



- **Pionierski przeszczep dwóch narządów
jednocześnie wykonał zespół wrocławskich lekarzy**
s. 6
- **Szkoła nadal daje w skórę**
s. 8
- **W ludzkim organizmie może przebywać
ponad 300 gatunków pasożytów**
s. 10



6^{LAT} | GWARANCJA
MAZDY

CRAFTED IN JAPAN

NOWA MAZDA CX-60

Stworzona rękoma japońskich mistrzów rzemiosła Takumi, nowa Mazda CX-60 łączy wyrafinowaną elegancję języka stylistycznego KODO z wytrzymałością SUV-a. Starannie wyselekcjonowane materiały, takie jak drewno klonowe, wysokiej jakości skóra, japońskie tkaniny i chromowane detale, łączą się w idealnej harmonii w samochodzie zaprojektowanym ze szczególną myślą o kierowcy. Jeżeli z taką perfekcją dopracowujemy każdy detal – wyobraź sobie, z jaką przyjemnością będziesz prowadzić nową Mazdę CX-60.



MAZDA CX-60 OD 2 052 ZŁ NETTO/MIESIĘCZNIE¹

JAREMKO WROCŁAW

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

W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa, energii oraz emisja CO₂ (na podstawie WLTP) wynoszą odpowiednio: 1,5-5,3 l/100 km, 23 kWh/100 km oraz 33-139 g/km. Samochody Mazda są wyposażone w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdują się na mazda.pl

¹ Przykładowa kalkulacja leasingu dla przedsiębiorców oferowanego przez Santander Consumer Multirent Spółka z o.o. z siedzibą we Wrocławiu: cena pojazdu 166585,37 zł netto, opłata wstępna 15%, czas obowiązywania umowy: 36 miesięcy, deklarowany przebieg kilometrów 20 tys. rocznie. Produkt Mazda Premium Go obejmuje administrowanie czynnościami serwisowymi. Niniejsza propozycja nie jest ofertą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Przykładowa kalkulacja została przygotowana w oparciu o zmienną stawkę WIBOR 1M dla PLN w wysokości 7,01%, obowiązującą na dzień przygotowania oferty tj. 01.09.2022r. Wysokość miesięcznych rat leasingowych może się różnić w zależności od daty przygotowania oferty i obowiązującej stawki WIBOR 1M. Szczegóły u Doradcy.

DRIVE TOGETHER



SPIS TREŚCI

Co nowego w medycynie 4

WYWIAD „MEDIUM”

6 Pionierski przeszczep dwóch narządów jednocześnie...
Rozmawia Maciej Sas

8 Szkoła nadal daje w skórę
Rozmawia Aleksandra Solarewicz

10 W ludzkim organizmie może przebywać ponad 300 gatunków pasożytów
Rozmawia Maciej Sas

12 Nowy oręż w walce z rakiem trzustki?
Rozmawia Maciej Sas

14 Dawne szpitale Wrocławia cz. I
Rozmawia Dariusz Lewera

17 Puszczam oko do służby zdrowia
Rozmawia Aleksandra Solarewicz

Z PORADNIKA PSYCHOPRAKTYKA

19 Rozmowa lekarza z pacjentem – uwagi praktyczne
Dariusz Delikat

PASJE LEKARZY

22 Strzelectwo – pasja na całe życie
Jakub Trnka

24 Najważniejszy nauczyciel życia
rozmawia Aleksandrą Szotyłys

Wydarzyło się 28

PRAWO I MEDYCYN

35 Prawo na co dzień
Beata Kozyra-Lukasiak

38 Dokumentacja medyczna
Agata Wnukiewicz-Kozłowska

41 Czy system no fault w ochronie zdrowia może mieć coś wspólnego z lotnictwem? Natalia Krej

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu 42

Uchwały DRL i Prezydium DRL 42

Konferencje i szkolenia 44

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

Zdzisława Michalska – p.o. redaktor naczelna
e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl, kom. 535 814 903

Aleksandra Kołodziejczyk – sekretarz redakcji
Wiktor Wołodkowicz – skład i łamanie

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący,

Małgorzata Niemiec – zastępca przewodniczącego,

Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska, Patrycja Drozdek,

Katarzyna Jungiewicz-Janusz, Bożena Kaniak, Andrzej Kierzek,

Alicja Marczyk-Felba, Dorota Radziszewska, Iwona Świętowska,

Krzysztof Wronecki, Paweł Wróblewski

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 26 września 2022 r.

Druk: Drukarnia Infopakt s.j.,

ul. Przewozowa 4, 44-251 Rybnik, tel. 32 423 85 90



Fot. z archiwum PW.

Komentarz aktualny

Sowiecka agresja na Ukrainę trwa. Coraz więcej lekarzy zza wschodniej granicy zgłasza się po czasowe prawo wykonywania zawodu w związku z wojną. Czy aby na pewno tylko z tego powodu? Efektem fatalnej legislacji naszych władz są dziś nie tylko problemy z działaniami podejmowanymi w czasie pandemii, ale także coraz bardziej dziwna i niebezpieczna sytuacja w ochronie zdrowia

związana z napływem lekarzy ze Wschodu i przyznawaniem im praw do pracy w zawodzie bez możliwości rzetelnego zweryfikowania ich umiejętności. Oczywiście wszyscy rozumiemy sytuację, staramy się jak najbardziej Koleżankom i Kolegom zza wschodniej granicy pomóc, za każdym razem zapraszamy ich na posiedzenie Komisji ds. Rejestracji Lekarzy i ds. Stażu Podyplomowego, rozmawiamy z nimi, ale jest sprawą oczywistą, że w krótkiej rozmowie nie da się ocenić ich przygotowania do pracy, a im więcej będzie takich przypadków, tym większe prawdopodobieństwo popełnienia błędu. A niestety decyzje ministerialne i tworzone ad hoc prawo są coraz bardziej niezrozumiałe i dziurawe. Wydaliśmy co najmniej kilkadziesiąt praw wykonywania zawodu w związku z pandemią COVID-19, wskazanie ministra było jasne: jednostka „covidowa”. W większości przypadków jednak lekarze ci trafiali do „zwykłych” zakładów opieki zdrowotnej w regionie. Za każdym razem informowaliśmy Urząd Wojewódzki o przyznaniu takiego prawa, żeby dać możliwość wykorzystania właśnie tych lekarzy w szpitalach „covidowych”, a nie odrywać od pracy z pacjentami „naszych”, nie znam jednak żadnego przypadku skorzystania z tej informacji i przesunięcia takiego lekarza do pracy choćby we wrocławskim szpitalu przy ul. Rakietowej, natomiast powszechne były praktyki angażowania lekarzy z USK, co nie usprawniało z pewnością pracy flagowej jednostki naszego Uniwersytetu Medycznego.

Na potrzeby wojny dość nieudolnie zmodyfikowano „prawo covidowe” i teraz pozwolenie ministerialne uprawniające do otrzymania czasowego prawa wykonywania zawodu dostaje nawet osoba nie znająca naszego języka, często posługująca się tylko własnymi oświadczeniami o posiadanych umiejętnościach, bo oryginały dokumentów musi dostarczyć dopiero pół roku po zakończeniu działań wojennych. Do tego pierwotne przepisy, które do skorzystania z tych praw uprawniali tylko osoby, które przekroczyły granicę polsko-ukraińską zostały zmodyfikowane, bo przecież uchodźcy trafiali do naszego kraju z różnych stron. Efekt tego jest taki, że ministerstwo wydaje teraz zgody uprawniające do uzyskania czasowego prawa wykonywania zawodu osobom, które granicę przekroczyły w innym miejscu, ale na Ukrainie nie mieszkają od lat i nic wspólnego z wojną nie miały... Izba może odmówić wydania takiego prawa, tyle że można się od tej decyzji odwołać i przez cały okres trwania procedur odwoławczych taka osoba już może pracować jako lekarz... A że po drodze jest Naczelna Izba Lekarska, a na końcu sądy administracyjne, łatwo można sobie wyobrazić sytuację, w której sprawa toczy się latami, a osoba bez kwalifikacji udaje lekarza...

Nie wiem, czy są dyrektorzy, którzy mieliby odwagę kogoś takiego zatrudnić. Zresztą, nawet zatrudnienie lekarza spoza Unii, który dostał czasowe prawo wykonywania zawodu, jest ryzykowne. Minister wydaje zgodę na pracę pod nadzorem o czasie trwania od trzech miesięcy do roku, nie zawsze ze zrozumiałych powodów. Dolnośląska Rada Lekarska z reguły wydłuża ten nadzór do całego okresu trwania czasowego prawa wykonywania zawodu, bo z naszych doświadczeń okresu „covidowego” wynika, że nie da się w sposób precyzyjny określić, ile czasu potrzeba na rzetelną ocenę umiejętności medycznych i językowych lekarza spoza Unii, żeby można go było samodzielnie dopuścić do leczenia naszych pacjentów. To jego „opiekun” i dyrektor zakładu ma dopiero realną możliwość oceny umiejętności podopiecznego i wtedy oczywiście można wystąpić do Dolnośląskiej Rady Lekarskiej o skrócenie nadzoru. Mamy już jednak przypadek odwrotny: osoba, która podjęła się „sprawdzenia” kwalifikacji lekarza ze Wschodu w ramach nadzoru poddała się stwierdzając, że jego podopieczny nie ma nawet podstawowej wiedzy medycznej i będziemy musieli naszą uchwałę przyznającą czasowe prawo wykonywania zawodu uchylić. I tu pojawia się niezwykle istotna kwestia: odpowiedzialności za takiego pracownika. Wątpliwości jest wiele: kto odpowiada za ewentualne błędy medyczne podczas okresu pracy pod nadzorem? Czy odpowiada lekarz sprawujący nadzór, „podopieczny” posiadający przecież prawo wykonywania zawodu, czy odpowiedzialność będzie solidarna? Jak taki nadzór powinien wyglądać w praktyce? Pojawiające się w sieci opinie prawne kierują ostrze odpowiedzialności na szczęście w stronę... dyrektorów. Wywód prawny opiera się na przesłance, że skoro w tym przypadku uzyskuje się prawo wykonywania zawodu w postępowaniu administracyjnym i pracować można tylko w oparciu o Kodeks Pracy, wprowadzone przepisy nie zawierają żadnych wytycznych dających podstawę do pociągnięcia lekarza pełniącego nadzór do odpowiedzialności prawnej (karnej lub cywilnej) za jego niewłaściwe wykonanie, to wszelkie niepożądane działania powodujące szkodę na mieniu czy osobie należy traktować jako błąd administracyjny. A za taki odpowiada zakład, czyli jego kierownik.

Jednak konia z rzędem temu, kto przewidzi, jaką linię orzeczniczą przyjmą sądy powszechne, albowiem nasze lekaarskie doświadczenie potwierdza starą maksymę, że „w sądzie i na morzu wszystko w rękę Boga”...

P. Wroblewski



Co nowego w... medycynie



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/animal-ge29fda4dc/tiburi

► PO BLISKO DEKADZIE UDAŁO SIĘ STWORZYĆ SZTUCZNE MYSIE EMBRYONY

Niesamowity sukces i przełom w medycynie z polskim akcentem. Naukowcy z University of Cambridge i California Institute of Technology pod kierownictwem Polki prof. Magdaleny Żernickiej-Goetz w warunkach laboratoryjnych wyhodowali sztuczny embriion myszy z bijącym sercem i załączkiem mózgu. Syntetyczny zarodek, stworzony bez jajeczek i plemników, pozwoli lepiej poznać procesy powstawania narządów oraz błędy w rozwoju embriionów.

Naukowcy do stworzenia sztucznego embriionu użyli jedynie trzech rodzajów komórek macierzystych, które skomunikowały się ze sobą i zaczęły tworzyć strukturę przypominającą zarodek. Laboratoryjne embriiony były inkubowane w obracającym się urządzeniu ze szklanymi fiolkami i przetrwały 8,5 dnia. Po tym czasie powstały w nich defekty, które uniemożliwiły dalszy rozwój. To prawie połowa długości typowej ciąży u myszy. – Wiedzieliśmy, że interakcje zachodzące pomiędzy różnymi typami komórek macierzystych są ważne dla dalszego rozwoju, jednak uderzającą rzeczą jest to, że nasza praca pokazuje, że jest to rzeczywiste „partnerstwo” – komórki te naprawdę kierują sobą nawzajem – przyznała prof. Magdalena Żernicka-Goetz.

W czasie inkubacji wokół embriionów rozwinął się woreczek żółtkowy, a same embriiony wykształciły bijące serca oraz mózgi z dobrze zdefiniowanymi podrozdziałami – można przeczytać w wynikach badań opublikowanych na łamach *Nature*. Zespół prog. Żernickiej-Goetz korzystał z technologii opracowanej przez Jacoba Hannę, biologa zajmującego się komórkami macierzystymi w Weizmann Institute of Science w Izraelu. Od lat pracuje on nad tym problemem.

Brytyjscy badacze z prof. Żernicką-Goetz na czele planują wydłużyć rozwój zarodka myszy w laboratorium choćby o jeden dzień. Nie będzie to łatwe, gdyż na tym etapie niezbędny jest już rozwój łożyska i trzeba je w jakiś sposób zastąpić. ■

Źródło: *Nature*



Źródło grafiki: unsplash.com/photos/tGYrlchfObE/drew-hays

► GRUPA KRWI W TRANSPLANTOLOGII TRACI NA ZNACZENIU

Kolejny sukces naukowców z University of Cambridge. Po raz pierwszy w historii udało się zmienić grupę krwi narządu pobranego od dawcy i dostosować ją do konkretnego biorcy.

Przeszczepy narządów mogą ratować życie, ale konieczność dopasowywania grup krwi oznacza, że wiele osób pozostaje na listach oczekujących. Rozwiązaniem tego problemu mogłoby być dopasowanie narządu dawcy do narządu biorcy. Badacze za pomocą specjalnego enzymu usunęli z nerki przeznaczonej do przeszczepu białkowe antygeny typowe dla grupy krwi. Enzym zadziałał jak molekularne nożyce i sprawił, że nerka nabrała cech narządu człowieka o grupie krwi 0. – Biorąc ludzkie nerki typu B i pompując enzym przez organ za pomocą naszej normotermicznej maszyny do perfuzji w ciągu zaledwie kilku godzin zamieniliśmy nerkę typu B w typ 0 – wyjaśniła doktorantka Serena MacMillan.

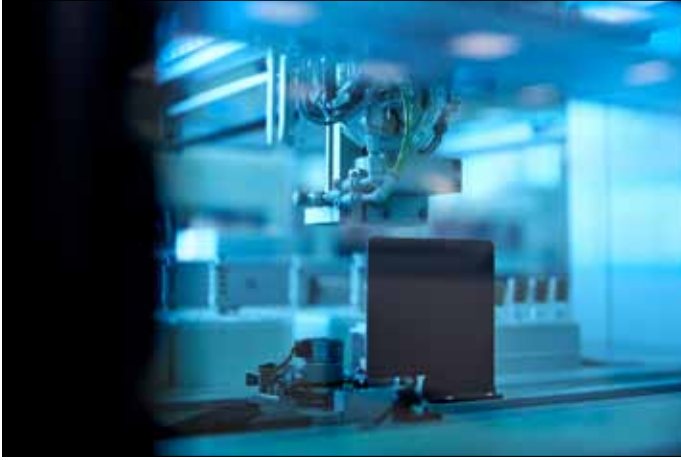
Teraz naukowcy chcą sprawdzić, jaka będzie reakcja narządu na „normalną” krew różnego typu. Z pomocą dostarczającej krew do narządu maszyny perfuzyjnej mogą wykonać takie testy, zanim rozpoczną próby z udziałem ludzi. Przełomowe odkrycie może oznaczać początek prawdziwej rewolucji w transplantologii. ■

Źródło: *British Journal of Surgery*

► MIKROROBOTY ZAMIAST OPERACJI PRZETOKI

Są cieńsze od ludzkiego włosa, nieinwazyjne i sterowane magnetycznie. Naukowcy z University of Essex opracowali mikro-roboty do przetykania przetok. Te dość powszechnie stosowane implanty do odprowadzania płynów z różnych części ciała zatykają się naturalnymi osadami, co powoduje konieczność przeprowadzenia kolejnych zabiegów. Mikroroboty pozwolą uniknąć związanych z nimi potencjalnych infekcji, a tym samym przyspieszą proces rekonwalescencji.

Jak działają te magnetyczne roboty? Najpierw w liczbie kilkuset zostają wstrzyknięte do przetoki. Następnie za pomocą pola magnetycznego generowanego przez potężny magnes



Źródło grafiki: unsplash.com/photos/9xHsWmh3m_4/Testalize.me

na powierzchni ciała są przesuwane i usuwają osadzający się w przetocze materiał. Autor wynalazku dr Ali Hoshier podkreśla nieinwazyjny charakter tej metody, w przeciwieństwie do tych obecnie stosowanych. Po wykonaniu zadania mikroroboty mogą zostać skierowane np. do żołądka lub płynu fizjologicznego, skąd zostaną naturalnie wydalone. Naukowcy po udanej fazie testów laboratoryjnych w planach mają rozpoczęcie testów klinicznych nad mikrorobotami. ■

Źródło: *IEEE Transactions on Biomedical Engineering*

► NIE TYLKO ZAWAŁ I UDAR. PALENIE PAPIEROSÓW SZKODZI BARDZIEJ, NIŻ SĄDZONO

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) poinformowało o najnowszych wynikach badania przeprowadzonego przez naukowców z kopenhaskiego Szpitala Herlev i Gentofte. Wyniki badania jasno wskazują, że serca palaczy mają grubsze ściany oraz mniejszą objętość lewej komory.

Dotychczas wiadomym było, że palenie papierosów jest wyniszczające – powoduje zatkanie tętnic i prowadzi do choroby wieńcowej oraz udaru, a także zwiększa ryzyko zawału serca. Najnowsze badania pokazują jednak, że palacze mają też mniejszą objętość krwi w lewej komorze i mniej mocy do pompowania jej do reszty ciała. – Im więcej ktoś pali, tym bardziej funkcje serca są osłabione. Do pewnego stopnia może się ono zregenerować po zaprzestaniu palenia, więc nigdy nie jest za późno, aby rozstać się z nałogiem – przekonuje Eva Holt, jedna z autorek badania.

Zespół badaczy przeanalizował dane dotyczące prawie 4 tys. pacjentów w wieku od 20 do 99 lat. Wśród badanych niemal jedna piąta paliła, niecałe 41% paliło w przeszłości, a 40,5% – nigdy nie paliła. Uczestnikom przeprowadzono m.in. badanie ultrasonograficzne serca. Badacze uwzględnili również wiek, płeć, BMI, ciśnienie krwi, poziom cholesterolu, cukrzycę i stan płuc. Z analiz wynika, że im więcej wypalonych w życiu papierosów, tym stan serca był gorszy. W porównaniu z osobami nigdy niepalącymi, serca palaczy są grubsze, słabsze i cięższe. – Odkryliśmy, że obecne palenie oraz kumulacja „paczko-lat” wiązały się z pogorszeniem struktury i funkcji najważniejszej części serca – jego lewej komory. Co więcej, zauważyliśmy, że w skali ponad 10 lat u osób, które kontynuowały palenie, serce stało się cięższe, grubsze, słabsze i mniej zdolne do pompowania krwi niż u tych osób, które rzuciły palenie – podkreśliła dr Holt.

Dla wszystkich czynnych palaczy jest jednak dobra wiadomość – część tych zniszczeń może się cofnąć po zaprzestaniu palenia. ■

Źródło: *ESC*



Źródło grafiki: unsplash.com/photos/oDBmduFQDn4/Szabo Viktor

► URZĄDZENIE, KTÓRE MOŻE POWSTRZYMAĆ KOMPULSYWNE OBJADANIE SIĘ

Na łamach czasopisma *Nature Medicine* naukowcy z Perelman School of Medicine na uniwersytecie w Pensylwanii poinformowali o efektach swojego pilotażowego badania. Mowa o wszczepialnym urządzeniu ograniczającym liczbę epizodów kompulsywnego objadania się.

Kompulsywne objadanie się, znane też jako zaburzenia z napadami objadania się, to zaburzenie psychiczne polegające na przyjmowaniu niekontrolowanej ilości posiłków w krótkim czasie. Dotychczas w leczeniu tego zaburzenia stosowano terapię poznawczo-behawioralną, najnowsze odkrycie może jednak to zmienić. Jak działa implant? Urządzenie wykrywa związaną z głodem aktywność mózgu w pewnym kluczowym regionie i reaguje na nią poprzez elektryczną stymulację tego regionu.

Badanie przeprowadzono na dwóch pacjentach ze zdiagnozowanym klinicznie zespołem napadowego objadania się. Polegało ono na wszczepieniu urządzenia do stymulacji mózgu z elektrodami ukierunkowanymi na jądro półleżące. Implant przez pół roku monitorował aktywność w tym obszarze. Jądro półleżące odpowiedzialne jest za przetwarzanie sygnałów dotyczących przyjemności i nagrody, w tym także głodu. Za każdym razem, gdy urządzenie wyczuwało sygnały z jądra półleżącego, automatycznie stymulowało ten obszar, zaburzając impulsy związane z głodem. W ciągu pół roku obaj pacjenci zgłaszali znacznie mniej epizodów objadania się, a każdy z nich stracił przez ten okres średnio 5 kg. – Było to wczesne stadium eksperymentu, w którym ocenialiśmy przede wszystkim bezpieczeństwo tej techniki, jednak już teraz możemy stwierdzić, że korzyści kliniczne u naszych pacjentów są naprawdę imponujące i ekscytujące – stwierdził prof. Casey Halpern, współautor badania.

Co ciekawe, sygnały, jakie powstają w jądrze półleżącym przed napadami zespołu kompulsywnego objadania się, są inne niż te powstające w warunkach „normalnego” głodu. Eksperymenty na myszach i ludziach wykazały, że charakterystyczna aktywność elektryczna o niskiej częstotliwości pojawia się w tym regionie tylko przy głodzie napadowym, nigdy zwykłym. – To była piękna demonstracja tego, jak może działać nauka – podsumowują autorzy badania.

Jeżeli kolejne testy przebiegną pomyślnie, w przyszłości urządzenie będzie można wykorzystać w leczeniu innych zaburzeń. ■

Źródło: *Nature Medicine*

Opracowała Aleksandra Szołtys

PIONIERSKI PRZESZCZEP DWÓCH NARZĄDÓW JEDNOCZEŚNIE WYKONAŁ ZESPÓŁ WROCŁAWSKICH LEKARZY

Retransplantacja serca i jednoczesne przeszczepienie nerki – taką unikalną w skali kraju operację przeprowadzili specjaliści z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Pacjentka już jest w domu, gdzie wraca do formy. O tym, co przemawiało za przeprowadzeniem takiego skomplikowanego przedsięwzięcia, jakie ryzyko i nadzieje się z nim wiążą, mówi prof. dr hab. n. med. Michał Zakliczyński, kierownik Pododdziału Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspomagania Krążenia, Instytut Chorób Serca, szef programu przeszczepów w USK. Rozmawia z nim Maciej Sas.

Maciej Sas: Można chyba powiedzieć, że operacja przeprowadzona w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu jest przełomowa nie tylko dla państwa, ale w skali ogólnopolskiej?

Michał Zakliczyński: Przełomowość polegała na tym, że przeszczepienie nerki towarzyszyło retransplantacji serca. A zarówno samych retransplantacji serca, jak i jednoczasowych przeszczepień serca oraz nerki robi się bardzo mało. W ogóle jeśli chodzi o retransplantacje, trochę się zmieniło i na całym świecie, i w Polsce – kiedyś uważano, że one się nie udają, że ich wyniki są złe. Zastanawiano się też, czy pacjent ma etyczne podstawy oczekiwać, że otrzyma kolejny narząd. Jednak z czasem wyniki się poprawiły i to podziało zachęcająco – nawet w systemach, które określają pilność zabiegów, retransplantacje są teraz trochę wyżej punktowane niż pierwsze zabiegi. Podkreślam raz jeszcze, że tak jest teraz nie tylko w Polsce, ale na całym świecie – także w wiodącym systemie amerykańskim.

M.S.: Dlaczego zdecydowali się państwo na tak zdecydowany i chyba ryzykowny krok – jednoczesna replantacja serca i transplantacja nerki niosą ze sobą ryzyko wielu kłopotów.

M.Z.: Nie ma sensu ukrywać, że takie połączenie niesie ze sobą pewien wzrost ryzyka, ale zacząłbym od tego, że przeszczepienia wielonarządowe są zalecane w aktualnych wytycznych towarzystw naukowych. Można by się zastanawiać, czy nie rozdzielić tych dwóch zabiegów i nie kumulować ryzyka, a więc najpierw przeszczepić serce, a potem, gdy pacjent dojdzie do



Fot. Tomasz Wałów/USK

► **prof. dr hab. n. med. Michał Zakliczyński**

kierownik Pododdziału Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspomagania Krążenia, Instytut Chorób Serca, szef programu przeszczepów w USK

siebie, zrobić transplantację nerki. Technicznie zapewne byłoby to prostsze, jednak uważa się, że ze względów immunologicznych lepiej, by te dwa narządy pochodziły od jednego dawcy. Dodatkowa korzyść dla biorcy wynika z tego, że przeszczepienia wielonarządowe to kolejny (po retransplantacjach) priorytet na liście pilności. Jeżeli ktoś oczekuje na dwa narządy od jednego dawcy, to ma swego rodzaju pierwszeństwo.

M.S.: Stan zdrowia pacjentki był już, jak rozumiem, bardzo zły i ten zabieg miał kluczowe znaczenie?

M.Z.: Zabieg miał rzeczywiście kluczowe znaczenie, aczkolwiek to nie była najpilniejsza pacjentka – nie było tak, że ona oczekiwała na oddziale intensywnej terapii. Miała powikłanie typowe dla transplantacji serca, tzw. waskulopatię – ciężkie zaburzenia mikrokrazenia, czyli najdrobniejszych tętnic wieńcowych, które były niedrożne i to przeszczepione serce bardzo źle funkcjonowało. Zapewne niewydolność przeszczepionego serca przyczyniła się również do rozwoju niewydolności nerek. Natomiast nie było tak, że każdy dzień decydował. W związku z tym mieliśmy trochę czasu, by przeprowadzić pełną kwalifikację do transplantacji nerki. Powiedziałbym, że nefrologi są bardziej skrupulatni – oni na ogół kwalifikują już pacjentów dializowanych, więc tacy pacjenci jak pani, o której mówimy, mogą czekać nieograniczoną ilość czasu. W przypadku transplantacji serca takiego komfortu nie ma – nawet jeżeli pacjentka może jeszcze funkcjonować sama, to zdajemy sobie sprawę, że taki stan rzeczy nie będzie trwał wiecznie. To zmusza nas do

przyspieszenia wszystkich niezbędnych procedur, więc gdy dostaliśmy zgłoszenie odpowiednie dla niej, zdecydowaliśmy się wykonać ten zabieg.

M.S.: Przeszczepy serca i nerek są już wykonywane w USK – rzec można – standardowo. Jednak taka operacja niesie ze sobą ogromnie skomplikowaną logistykę: współpracę wielu specjalistów różnych dziedzin, duży zespół operacyjny, znalezienie odpowiedniego dawcy dwóch narządów...

M.Z.: Rzeczywiście, to jest duże przedsięwzięcie. Każda transplantacja, czy szerzej rzecz ujmując, prowadzenie programu transplantacyjnego, wymaga umiejętności współpracy w dużym zespole osób i między różnymi zespołami. Oczywiście jednoczasowe przeszczepienie serca i nerki to jest trochę większe wyzwanie, ale nie mówiłbym, że aż tak bardzo się to różni od pojedynczego przeszczepu. Naturalnie nerkę pobiera zupełnie inny zespół niż serce. To nie jest tak, że kardiochirurg poleci, by pobrać i serce, i nerkę. Serce pobiera się jako pierwsze ze względu na krótszy dopuszczalny czas niedokrwienia. Jego transport także jest traktowany priorytetowo, a nerka może dojechać później. Moment, kiedy decydujemy się na wszczepienie nerki, zależy od ustabilizowania stanu pacjentki po transplantacji serca. Akurat w tym przypadku stabilizacja została osiągnięta na tyle szybko, że nie musieliśmy nawet wyjeżdżać z pacjentką z bloku operacyjnego, tylko od razu zespół zdecydował się na wszczepienie jej nerki – oczywiście w porozumieniu z zespołem kardiochirurgów i chirurgów naczyniowych pana profesora Dariusza Janczaka. Chciałbym zwrócić uwagę na to, że wykorzystaliśmy naturalną sytuację dla Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, gdzie są wszystkie specjalności lekarskie niezbędne do takiej operacji, jest centralny blok operacyjny, mamy więc wszystkich specjalistów na miejscu. Anestezjolodzy, którzy znieczulali do transplantacji serca, mogli również znieczulić pacjentkę do przeszczepienia nerki – nie jest to dla nich specjalnie duże wyzwanie. Tak naprawdę wszystko sprowadzało się do tego, że wszyscy ci, którzy świetnie wiedzą, co mają robić, zrobili to w jednym miejscu i w jednym czasie.

M.S.: To było wyzwanie większe pod względem medycznym czy logistycznym?

M.Z.: Logistycznie oczywiście było to duże wyzwanie, aczkolwiek to jest kwestia osoby koordynatora. W przypadku tej transplantacji był nim pan Mateusz Rakowski, który jak zwykle poradził sobie doskonale – on może odpowiedzieć na wszystkie pytania dotyczące tego, w jaki sposób było to organizowane. Natomiast najważniejszym elementem pod względem medycznym była decyzja, w którym momencie wszczepić nerkę, a dokładnie jak długi będzie czas pomiędzy wszczepieniem serca i wszczepieniem nerki.

M.S.: Sprawą nie mniej ważną jak zorganizowanie takiej skomplikowanej transplantacji jest zapewne właściwa opieka pooperacyjna?

M.Z.: Tak i jest to trudniejsze niż sam zabieg! Pooperacyjne prowadzenie takiej pacjentki jest tak naprawdę dużym wyzwaniem. Z jednej strony troszczymy się o serce, a z drugiej nie chcemy tego robić kosztem nerki. Tutaj w pewnym stopniu taka sytuacja zaszła – musieliśmy po pierwsze uzyskać sprawną funkcję serca i nie zastanawiać się za bardzo, w którym momencie nerka podejmie pracę. Mówiąc krótko, przez długie tygodnie czekaliśmy, aż ta nerka się pozbiera. Natomiast o ostatecznym sukcesie zdecydował kunszt chirurga – mimo

że nerka podjęła pracę późno, to cały czas perfuzja (czyli przepływ płynów ustrojowych przez narząd – przyp. red.) była prawidłowa i nic się nie stało temu narządowi.

M.S.: Jak wygląda przebieg takiej operacji – czy może pan pokrótce opowiedzieć?

M.Z.: Nie jestem chirurgiem, więc powiem tylko w ogólnym zarysie – najpierw serce, potem nerka. Jest taka zasada, że jak się wszczepia serce, to zanim się zakończy działanie krążenia pozaustrojowego, wydłuża się czas reperfuzji (przywrócenia przepływu krwi w niepracującym jeszcze narządzie – przyp. red.), który powinien być tak długi, jak czas niedokrwienia. Kiedy już się przywraca krążenie wieńcowe, ale serce jeszcze nie musi pracować, bo zastępuje je płucoserce – maszyna, która przejmuje funkcje i serca, i płuc, to jest moment, kiedy chirurdzy serca mogą odpocząć. Serce jest perfundowane i po prostu trzeba zaczekać. Kiedy natomiast serce już podjęło pracę, nadszedł moment, by zaprosić zespół chirurgów pana profesora Dariusza Janczaka do wszczepienia nerki. Ale znowu – to nie ja decydowałem, ale pan doktor Roman Przybylski, który przeszczepiał serce. Notabene to jest ten doktor, który 20 lat temu w Zabrzu pierwszy raz w Polsce dokonał przeszczepienia serca i nerki.

M.S.: Jak się czuje pacjentka? Skoro wróciła do domu, można podejrzewać, że jej życie zmieniło się radykalnie.

M.Z.: Wraca do normalnego życia. To jest pani, która ma nie-duży temperament i naturalną skłonność do fotelowego trybu życia. Ale ma bardzo opiekuńczego męża, który pilnuje, by się tak zupełnie nie zasiedziała. Powiem szczerze, że wolałbym, by troszeczkę bardziej wykorzystywała możliwości, które jej daliśmy. Mam nadzieję, że wkrótce wykorzysta sytuację i nabierze napędu... W tej chwili podstawową korzyścią dla niej jest to, że nie musi być dializowana, a to znaczna poprawa komfortu życia. Natomiast jeżeli chodzi o kwestię wydolności, to na razie nie podejmuje jakiegось większego wysiłku, ale wynika to raczej z jej natury, niż ze stanu zdrowia.

M.S.: Powodzenie tej operacji otwiera, jak rozumiem, drogę do podobnych już niebawem.

M.Z.: Taką mamy nadzieję, że podobnych zabiegów będzie więcej, niekoniecznie retransplantacji. Natomiast jeżeli chodzi o jednoczasowe przeszczepienia serca i nerek, to jest takie zapotrzebowanie. Teoretycznie dysponujemy również możliwością jednoczasowego przeszczepienia serca i wątroby. Jeżeli taka sytuacja i taka konieczność się pojawiają, to i w takim przypadku na pewno podejmiemy wyzwanie...

M.S.: Jak wielu takich zabiegów potrzeba rocznie na Dolnym Śląsku i w Polsce?

M.Z.: To bardzo, bardzo trudno ocenić. Na ogół początkowo wydaje się, że to zapotrzebowanie nie jest duże. Natomiast w momencie, gdy ośrodek zbuduje swoją markę jako ten, który w bezpieczny sposób wykonuje tego typu zabiegi, to od razu okazuje się, że pacjentów, którzy ich potrzebują, wcale nie jest tak mało. Teraz mam pod obserwacją dwóch pacjentów, którzy będą wymagać jednoczasowego przeszczepienia serca i nerki. To jest planowa sytuacja. Na razie nie ma wielkiego nacisku czasowego, ale kompletujemy już wszystkie badania potrzebne do kwalifikacji. Myślę, że nawet jeżeli nie dojdzie do transplantacji w tym roku, to na pewno w tym roku ci pacjenci znajdą się na liście. ■

Szkoła nadal daje w skórę

Rozmawia Aleksandra Solarewicz

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/board-g131eca971/geralt

Wrzesień – powroty z lasu, piachu i morza. Do zakrytych butów i sal gimnastycznych, do wspólnych natrysków i materacy. Skóra to mocno odczuje i trzeba ją chronić przed zakażeniami. O tym, że wszy nie skaczą z głowy na głowę, grzybica stóp i paznokci niemal omija dzieci, a kąpiel to samo zdrowie, pod warunkiem, że sami kąpiący się są zdrowi, z prof. dr. hab. Wojciechem Baranem rozmawia Aleksandra Solarewicz.

Aleksandra Solarewicz: Panie profesorze, jakie schorzenia dermatologiczne dzieci mogą przynosić ze szkoły?

Prof. dr hab. Wojciech Baran: Z chorób zaliczanych do dermatologicznych na pierwszym miejscu wymieniałbym wszawicę głowową. Wywołuje ją niewielki stawonóg o długości 2-3 mm – wesz głowowa (*Pediculus humanus capitis*). Co ważne, wszy te nie skaczą i nie latają, o czym zdarza się słyszeć od pacjentów. Zakażenie możliwe jest tylko przez kontakt bezpośredni – włos do włosa lub przez używanie tych samych nakryć głowy, ewentualnie przez grzebień, szczotki i ręczniki. Stawonóg ten składa jąca umocowanie do łodygi włosa, tzw. gnidy, i to one są poszukiwane przy podejrzeniu tej choroby u dziecka. Wraz ze wzrostem włosa gnidy przesuwają się ku górze. Wesz żywi się krwią człowieka, a poza obecnością gnid, efektem jej działalności są swędzące grudki na skórze karku i pleców – ich lokalizacja odpowiada długości włosów dziecka.

A.S.: Wydawało się już, że wszawica to wspomnienie dawniejszych, za przeproszeniem, siermiężnych czasów PRL?

W.B.: Otóż nie. W przedszkolach i szkołach prowadzone są zwykle regularne badania przesiewowe polegające na oglądaniu skóry owłosionej dzieci. Leczenie wszawicy jest proste. Środki bazujące na dimetikonie (cykolometikonie) są dostępne w aptekach bez recepty. Jedynymi problemami może być konieczność powtórzenia leczenia po 7-10 dniach, ze względu na oporność gnid na leki oraz ponowne zakażenie, jeżeli w otoczeniu znajdują się osoby zakażone, które nie były leczone.

AS.: Ze swoich czasów szkolnych pamiętam brudne (i duszne) szatnie przy sali gimnastycznej. Czy zajęcia sportowe w szkole zawsze są bezpieczne?

W.B.: W kontekście, niezwykle potrzebnych dzieciom, zajęć sportowych w trakcie edukacji szkolnej warto wspomnieć

o chorobach wirusowych skóry i grzybicy. Choroby wirusowe związane są z korzystaniem z basenu oraz wspólnych urządzeń sanitarnych, np. natrysków. U dzieci mniejszych, do 12. roku życia, największym problemem jest mięczak zakaźny, a u nastolatków brodawki wirusowe stóp. Pierwszą z tych chorób wirusowych wywołuje wirus *Molluscum contagiosum* należący do rodziny *Molluscipoxvirus*. Liczba nowych zachorowań na całym świecie sięga 122 milionów rocznie. Wirus przenosi się niezwykle łatwo przez bezpośredni kontakt skóra do skóry oraz pośrednio poprzez – ręczniki, gąbki, zabawki. Wydawałoby się, że jest to choroba przenosząca się w środowisku dzieci, bez względu na specjalne czynniki ryzyka. Jednak pierwotna nazwa tej choroby „water warts” lub „itch of the bath” (z ang. brodawki wodne, świąd kąpielowy), pochodząca z 1910 roku nie wzięła się znikąd i faktycznie we współczesnych badaniach epidemiologicznych ponad 90% dzieci z mięczakiem chodziło na basen przed pojawieniem się objawów. Zmiany mięczaka zakaźnego na skórze są bardzo wrażliwe na urazy mechaniczne i w procesie autoinokulacji, bardzo szybko dochodzi do powstania kilkudziesięciu wykwitów, u większości chorych do 50 zmian. Ze względu na dość długi okres inkubacji, trwający nawet do 6 miesięcy, trudno wykryć źródło zakażenia. Na szczęście choroba pomimo dość nieprzyjemnego wyglądu jest łagodna i nie niesie ze sobą ryzyka powikłań. Dysponujemy szeregiem metod leczenia – od farmakologicznych po usuwanie mechaniczne, kriochirurgię i laseroterapię, dla każdego pacjenta można dobrać odpowiednią ścieżkę terapeutyczną. Istotną sprawą jest także profilaktyka. Według wytycznych amerykańskiego Society of Pediatric Dermatology należy przede wszystkim uniemożliwić dziecku dotykanie i drapanie zmian, najlepiej przez ich zakrywanie, ogranicza to proces autoinokulacji i ryzyko zakażenia innych dzieci.

A.S.: A popularne kurzajki?

W.B.: Ma pani na myśli brodawki stóp (*Verrucae plantares*) wywoływane przez wirusy brodawczaka ludzkiego HPV. One także są związane z przebywaniem w środowisku wilgotnym – basen, natryski. Po pojawieniu się na skórze nie mają zdolności do tak szybkiego rozsiewu jak mięczak zakaźny, ale w przeciągu kilku miesięcy mogą się pojawiać w większych ilościach. Są, niestety, o wiele trudniejsze do wyleczenia i wymagają często kilku niezbyt przyjemnych zabiegów, np. kriochirurgii lub laseroterapii na wrażliwej skórze stóp.

A.S.: Wymrażanie kurzajki. Brrr...

W.B.: Wymrażanie brzmi groźnie, a jest prostym zabiegiem. Kończąc kwestie sportu w szkołach, muszę jeszcze wspomnieć o sportach walki, szczególnie judo i zapasach, gdyż wielokrotnie w literaturze opisywano lokalne epidemie grzybicy dermatofitowej skóry u dzieci, która doczekała się nawet, niewymagającego tłumaczenia łacińskiego określenia *Tinea gladiatorum*. Zarodniki grzyba przenoszą się bezpośrednio pomiędzy ćwiczącymi ze sobą, a także są wykrywane w próbkach pobieranych z mat do ćwiczeń. Podobnie jak w przypadku opisanych chorób wirusowych, nie jest to oczywiście ciężkie schorzenie, ale na skutek łatwości zakażenia bardzo uciążliwe do opanowania.

A.S.: Higiena stoi teraz na wyższym poziomie, zwłaszcza po „próbie covidowej” – większą uwagę zwracamy na mycie rąk, dezynfekcję. Czy widać poprawę, jeśli chodzi o występowanie zakażeń skóry u dzieci?

W.B.: Jeżeli mówimy o tych typowo dermatologicznych, które przedstawiłem powyżej, bez wątpienia okres lockdownu z zamknięciem szkół, części przedszkoli, basenów, sal gimnastycznych, czy siłowni bardzo ograniczył możliwości zakażenia. Dotyczy to także innych popularnych chorób wirusowych u dzieci, które są raczej domeną lekarzy chorób zakaźnych, jak mononukleozę, ostre biegunki wirusowe itp.

A.S.: Czy wyleczalność chorób skórnych, przenoszonych w skupiskach dzieci – to trudne zadanie?

W.B.: Tak jak wspomniałem wcześniej, choroby, o których mówię, nie są może poważne, ale ze względu na łatwość przenoszenia ich całkowite opanowanie może być niezwykle trudne. Na przykład w przypadku wszawicy bierność opiekunów dzieci, pomimo informacji o pojawieniu się chorego dziecka w klasie czy grupie przedszkolnej, praktycznie uniemożliwia usunięcie zagrożenia. Dlatego tak ważna jest współpraca między nauczycielami i opiekunami dziecka.

A.S.: Jakie nawyki należy wpajać dzieciom w domu i w szkole?

W.B.: Mam wrażenie, że nawyki dotyczące higieny zostały wszystkim łopatologicznie wpojone w czasie fali zakażeń COVID-19. Myślę, że edukacja w tym zakresie nigdy nie odniosła tak wielkiego efektu. Natomiast jeżeli skupimy się na schorzeniach typowo dermatologicznych, to jest to bez wątpienia nawyk noszenia kłapek na basenach i pod wspólnymi prysznicami w obrębie obiektów sportowych. Zaprocentuje to w przyszłości w postaci mniejszego ryzyka pojawienia się grzybicy stóp i paznokci w wieku dorosłym, gdyż co ciekawe, dzieci niemal nie chorują na te postacie grzybicy. Poza tym odradzanie wymiany ubrań, zwłaszcza mających kontakt ze skórą i nakryć głowy, i to już trzeba rozpocząć w wieku przedszkolnym.

A.S.: Szkoła to nie tylko choroby zakaźne. Prawdziwą plagą wśród dzieci są alergię: pokarmowe, wziewne, które utrudniają mu funkcjonowanie w szkole. Jak pomóc takim dzieciom?

W.B.: Problem alergii u dzieci w dermatologii objawia się przede wszystkim jako atopowe zapalenie skóry i alergiczny wyprysk kontaktowy. U dzieci w przypadku zaostrzania zmian skórnych przez pokarmy należy wyeliminować z diety pewne składniki, co może być wyzwaniem w żywieniu masowym. Zwykle rodzice proszą nas lekarzy o zaświadczenie dotyczące tych pokarmów i przedstawiają je w dyrekcji placówki. Z mojego własnego doświadczenia wynika, że przynajmniej w dużych miastach świadomość konieczności takiego postępowania jest dość duża i niezwykle rzadko rodzice skarżą się na niezrozumienie. Z drugiej strony trzeba pamiętać o tym, żeby poinformować rodziców, że nie należy opierać się tylko na wyniku badania laboratoryjnego, ale jednak zalecić wykonanie próby z danym pokarmem, żeby mieć pewność co do jego niekorzystnego wpływu na skórę dziecka. Mówię tutaj tylko o atopowym zapaleniu skóry, nie o pokrzywce czy innych nagłych reakcjach alergicznych. Wydaje się, że choroby o podłożu alergicznym należą do schorzeń cywilizacyjnych i należy się spodziewać, że liczba pacjentów będzie systematycznie wzrastać. Pewną nadzieją dla nich, także dzieci, jest bardzo szybki rozwój leków tzw. biologicznych, które w bardzo celowanym mechanizmie są w stanie hamować pewne reakcje układu immunologicznego bez wpływu na pozostałe funkcje ludzkiego organizmu. Już od 20 lat zajmuję się tym zagadnieniem w dermatologii i obecnie jestem w stanie pomóc wielu pacjentom pediatrycznym i dorosłym zmagającym się z atopowym zapaleniem skóry. Z niecierpliwością czekam na pełną refundację tych leków, tak żeby każdy lekarz specjalista mógł swobodnie je stosować.

A.S.: Na koniec, nie szata zdoła człowieka, ale szata... może czynić zdrowym albo przeciwnie, sprzyjać chorobie. W jaki sposób to, co dzieci ubierają, wpływa na zdrowie ich skóry? Na co zwrócić uwagę, dobierając odzież? Zwłaszcza buty!

W.B.: Dla dzieci z atopowym zapaleniem skóry zaleca się noszenie niedrażniącej odzieży, dobrze odprowadzającej pot, gdyż ma on działanie drażniące skórę. W żadnym wypadku nie powinny nosić ubrań z wełny, która pomimo wysokiego stopnia oczyszczenia może zawierać lanolinę, mogącą zaostrzać zmiany skórne. Trzeba pamiętać, że u dzieci, tak jak u dorosłych, może dojść do rozwinięcia alergii kontaktowej na barwniki stosowane w przemyśle tekstylnym. Jeżeli chodzi o dobór obuwi, to jest to raczej zagadnienie ortopedyczne, a nie z zakresu dermatologii. ■



Fot. z archiwum W.B.

► Prof. dr hab. n. med. Wojciech Baran

od 20 lat związany z Katedrą i Kliniką Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, gdzie obecnie kieruje Oddziałem Dermatologii Dziecięcej. Obszary jego zainteresowań to dermatologia dziecięca ze szczególnym uwzględnieniem przewlekłych dermatoz: atopowego zapalenia skóry, łysienia plackowatego, twardziny ograniczonej i łuszczycy. Od 20 lat zajmuje się też leczeniem biologicznym przewlekłych chorób skóry – atopowego zapalenia skóry, łuszczycy i trądziku odwróconego.

W ludzkim organizmie może przebywać ponad 300 gatunków pasożytów

Czy wszystkie pasożyty zagrażają naszemu zdrowiu, czy jednak do czegoś ich potrzebujemy? Co sprawia, że co rusz pojawiają się nowe doniesienia o ogniskach zoonoz? Dlaczego choroby odzwierzęce coraz skuteczniej rozprzestrzeniają się wśród ludzi? O to wszystko Maciej Sas pyta dr hab. Marię Wesołowską z Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.



Fot. z archiwum M. W.

► dr hab. Maria Wesołowska

Maciej Sas: Pasożyty wydają się problemem niedocenianym – z czego, pani zdaniem, to wynika?

Maria Wesołowska: Globalne zmiany klimatyczne, zmiany w ekosystemach wywołane przez człowieka, urbanizacja, zmiany zachowań i przyzwyczajęń ludzi, nasilenie migracji ludzi, transport, eksport i import zwierząt oraz rosnąca liczba osób z niedoborami odporności spowodowały zwiększone zainteresowanie pasożytami.

Nazwa pasożyt pochodzi od greckiego słowa *parasitos* – współbiedak, darmozjad. Powiązania pomiędzy żywicielami a pasożytami są często niezwykle ścisłe. Ale nie można powiedzieć, że pasożyt zawsze oznacza coś złego. Temat jest znacznie bardziej złożony. Współczesne definicje charakteryzują pasożytnictwo jako odmianę symbiozy, rodzaj ścisłej zależności, której charakter może być bardzo dynamiczny, a korzyści z układu pasożyt – żywiciel raz przechylają się na stronę pasożyta, innym razem – żywiciela. Szacuje się, że do grupy pasożytów zalicza się 40–50% wszystkich gatunków zwierząt należących do 15 gromad, choć niektóre dane wskazują, że gatunków pasożytniczych może być znacznie więcej niż wolno żyjących. Niecałe 10% pasożytów ma swoją nazwę gatunkową, a jeszcze mniej poznaną biologię, cykle życiowe czy zależności ekologiczne, a zatem wnikliwsze badania mogą przynieść wiele niespodzianek.

M.S.: Jak z tego wynika, rządzą tu bardzo złożone zależności.

M.W.: Układ pasożyt – żywiciel kształtował się w procesie ewolucji i trwa do dzisiaj. W związkach starych filogenetycznie, pasożyty nie wyrządzają żywicielowi większej szkody. Przykładem może być glista ludzka *Ascaris lumbricoides*. Natomiast nowsze ewolucyjnie pasożyty są silnie patogeniczne w odniesieniu do nowo opanowanych żywicieli – tak jak na przykład *Trypanosoma* wywołująca śpiączkę afrykańską. Niektóre pasożyty pozostają „wierne” swoim właściwym żywicielom, czyli do swojego rozwoju wymagają określonego gatunku żywiciela, natomiast inne charakteryzują się szeroką specyficznością żywicielską, co pozwala na większe możliwości utrzymania się w biocenozie, jak na przykład nicienie z rodzaju *Trichinella*. Warto podkreślić, że w ludzkim organizmie może przebywać ponad 300 gatunków pasożytów. Według danych WHO w ciągu ostatnich 10 lat różnymi pasożytami zaraziło się ponad 4,5 miliarda ludzi.

M.S.: A jak pod tym względem wygląda sytuacja w naszym kraju?

M.W.: W Polsce człowiek może być żywicielem kilkudziesięciu gatunków pasożytów, w tym przeszło 40 endopasożytów bytujących wewnątrz jego ustroju. Trudno jednoznacznie określić sytuację epidemiologiczną parazytoz w kraju, bo nadzorem epidemiologicznym objętych jest tylko 8 z nich: bąblowica, giardioza, kryptosporydioza, malaria, toksoplazmoza wrodzona, wążgrzyca i włośnica. Brakuje również ujednoliconych

standardów diagnostycznych, co może przekładać się na niedoszacowanie tego problemu.

M.S.: Dirofilarie, inne pasożyty – te kłopoty w ostatnich latach narastają. Z czym to ma związek – z częstszymi podróżami egzotycznymi, z tym że mamy więcej zwierząt towarzyszących, czy może z braku wiadomości?

M.W.: Choroby pochodzenia zwierzęcego, czyli zoonozy, którymi człowiek może zarazić się w naturalnych warunkach od zwierząt, stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia ludzi, o czym świadczą statystyki:

- większość „nowych” patogenów człowieka, jakie odkryto na przestrzeni minionych 25 lat, jest pochodzenia zwierzęcego;
- 60% obecnie istniejących chorób zakaźnych to zoonozy (choroby przenoszone ze zwierząt na ludzi);
- 75% nowych chorób zakaźnych człowieka było chorobami zwierzęcymi;
- z każdych 5 nowo pojawiających się chorób ludzkich, 3 są pochodzenia zwierzęcego;
- 80% środków używanych przez bioterrorystów to patogeny zoonotyczne.

Wśród nich znajdują się choroby przenoszone przez wektory. Należą do nich zoonotyczne filariozy, wywoływane przez nicienie należące do nadrodziny *Filarioidea*. Przypadki odnotowywane u ludzi w Europie najczęściej wywołane są przez pasożytnicze nicienie z rodzaju *Dirofilaria*, takie jak *Dirofilaria repens*, rzadziej *Dirofilaria immitis*. *Dirofilarioza* jest typową zoonozą.

Człowiek zaraża się postaciami inwazyjnymi, zwanymi mikrofilariami, podczas ukąszenia komara, m.in. z rodzaju *Culex*, *Anopheles*, *Aedes*. Naturalnymi żywicielami, jak również rezerwuarem *Dirofilaria spp.*, są głównie psy, rzadziej koty. *Dirofilarioza* człowieka występuje głównie w postaci skórnej i ocznej (podspojówkowej), wywoływanej przez *Dirofilaria repens* oraz płucnej, wywoływanej głównie przez *Dirofilaria immitis*.

Do tej pory w Europie u ludzi odnotowano ponad 5 tys. przypadków dirofilariozy wywołanej przez *Dirofilaria repens*, w tym ponad 2 tys. przypadków na Ukrainie, ponad 1,5 tys. przypadków w Rosji, kilkaset przypadków we Włoszech oraz na Białorusi. Odnotowano również 35 przypadków dirofilariozy płucnej wywołanej przez *Dirofilaria immitis*.

M.S.: Jak wygląda pod tym względem sytuacja w Polsce?

M.W.: Do 2007 roku w Polsce nie występowały przypadki dirofilariozy, natomiast notowane były na południu Europy, głównie w Grecji, Bułgarii, Rumunii oraz w krajach ościennych, przede wszystkim na Ukrainie. Zmiany klimatyczne, pozwalające na rozszerzanie się zasięgów geograficznych wektorów, urbanizacja i przemieszczanie się ludności

spowodowały wzrost liczby zarażeń dirofilariami na świecie. Pierwszy przypadek dirofilariozy importowanej w Polsce opisano w 2007 roku u pacjenta powracającego z regionu Morza Śródziemnego.

W 2009 roku do Kliniki Okulistyki Uniwersytetu Medycznego (w 2009 r. Akademii Medycznej) we Wrocławiu zgłosił się pacjent z nicieniem, umiejscowionym podspojówkowo. Nicień został usunięty chirurgicznie. Był to pierwszy przypadek w Polsce dirofilariozy podspojówkowej importowanej, co zostało opublikowane w 2010 roku. Pacjent prawdopodobnie został zarażony nicieniem podczas pobytu w Grecji, 8 miesięcy przed zaobserwowaniem objawów.

Natomiast pierwsze przypadki autochtonicznej dirofilariozy u polskich pacjentów, którzy nie wyjeżdżali na tereny endemiczne, zostały opisane dopiero w latach 2010–2011, co zgadzało się z obserwacjami u psów (główny rezerwuuar), u których stwierdzono autochtoniczną dirofilariozę w 2009 roku. Do tej pory w Polsce opublikowano około 30 przypadków dirofilariozy, głównie lokalizującej się podskórnie, w różnych miejscach ciała, np. na głowie, barkach, powłokach brzusznych, piersiach, pachwinach, mosznie, kończynach oraz podspojówkowo. Do niedawna uważano, że nicien z rodzaju *Dirofilaria* nie osiąga dojrzałości płciowej i nie rozmnażają się w ustroju człowieka. Jednak ostatnie dane ujawniły, że *Dirofilaria* może w organizmie człowieka zamknąć cykl życiowy, o czym świadczą opisane przypadki mikrofilaremii u ludzi, również w naszym kraju. Gwałtowny wzrost liczby przypadków dirofilariozy w Europie w ostatnich latach spowodował, że jest ona postrzegana jako nowo występująca choroba (*emerging disease*), a Polska obecnie jest zaliczana do krajów endemicznego występowania tej choroby.

M.S.: Ale to chyba niejedynie choroby pasożytnicze tego typu?

M.W.: W ostatnich latach obserwuje się przypadki zarażenia zoonotycznymi filariozami spowodowanymi przez nicien z rodzaju *Onchocerca*, takie, jak *O. lupi* (pasożyt psowatych), *O. cervicalis* (pasożyt koni) czy *O. gutturosa* (pasożyt bydła). W 2020 roku opublikowaliśmy pierwszy przypadek na świecie zarażenia pacjenta nicieniem *O. jakutensis* – typowym pasożytem jeleniowatych, w ciele szklistym gałki ocznej, co świadczy o przełamywaniu bariery żywicielskiej przez zoonotyczne pasożyty. Okazuje się, że w sprzyjających warunkach one łatwo adaptują się do nowych żywicieli. Pacjent mieszka w zachodniej Polsce i nie opuszczał granic kraju, a zatem to przypadek autochtonicznego zarażenia.

Wysoka prewalencja (czyli częstość występowania) pasożytów u zwierząt dzikich i udomowionych, podróże właścicieli psów i kotów z ich podopiecznymi na tereny endemiczne, poszerzenie obszaru występowania pasożytów w wyniku zmian klimatycznych i urbanizacji wydają się kluczowymi czynnikami wzrostu liczby zoonotycznych filarioz w Europie.

M.S.: Inną grupę stanowią choroby wektorowe – takie jak choćby leishmanioza.

M.W.: Leishmanioza jest pasożytniczą chorobą ludzi i zwierząt, występującą endemicznie w 92 krajach świata, szczególnie o ciepłym klimacie. W Polsce stwierdza się ją najczęściej u osób, które spędzały wakacje na terenach endemicznych. 75% (2,5 mln) psów na terenach endemicznych jest zarażonych wiciowcami *Leishmania*.

Za transmisję odpowiedzialne są wektory – muchówki z rodzaju *Phlebotomus*, które zarażają człowieka w trakcie ukłucia przez owada, wcześniej pobierającego krew od nosiciela. Jednakże możliwe jest też rozgniecenie owada i wtarcie wiciowców do rany, zarażenie przez transfuzję czy wertykalnie. Po wprowadzeniu do organizmu pasożyty, w zależności od postaci choroby, są przenoszone z krwią do narządów wewnętrznych, takich jak węzły chłonne, śledziona, wątroba, szpik kostny, bądź też rozwija się postać skórna choroby. *Leishmania* posiada szeroki rezerwuuar żywicieli – zarówno wśród zwierząt udomowionych, jak i dzikich, nawet na terenach miejskich. Stąd zmiany klimatyczne, przekształcanie środowiska, np. wylesianie czy wprowadzanie innego czynnika zaburzającego stan ekologiczny mogą powodować rozprzestrzenianie się tych pasożytów.

M.S.: Są też tak groźne choroby jak alweokokoza. W jaki sposób się rozprzestrzenia?

M.W.: Ta zoonotyczna choroba wywołwana przez larwalną postać tasiemca *Echinococcus multilocularis*, jest jedną z najgroźniejszych parazytoz człowieka. Żywicielami ostatecznymi tego tasiemca są przede wszystkim dzikie psowate, w naszej strefie geograficznej głównie lis

rudy. Wykazano, że zarażonych było 10% populacji lisów występujących na terenach miast oraz 50% populacji zamieszkujących tereny wiejskie i to one mają znaczenie w transmisji pasożyta do człowieka. Choć rozpatruje się także udział psów domowych i kotów w epidemiologii alweokokozy. Choroba rozwija się bardzo wolno – od zarażenia do wystąpienia pierwszych objawów może upłynąć nawet 15 lat. Larwy *E. multilocularis* atakują przeważnie wątrobę (99% przypadków). Długi okres inkubacji choroby utrudnia zarówno badania nad epidemiologią, jak i skuteczną terapię.

W Polsce według danych z monitoringu występowania *E. multilocularis*, prowadzonego przez Państwowy Instytut Weterynaryjny w Puławach od 2009 roku, najwyższy odsetek zarażonych lisów wykazano w województwie warmińsko-mazurskim (50%) oraz w województwie podkarpackim (47,2%). W województwie warmińsko-mazurskim stwierdzono największą liczbę zachorowań u ludzi (62 przypadki) ze wszystkich 121 zarejestrowanych w Polsce przypadków inwazji *E. multilocularis* w latach 1990–2011. Analiza danych wykazuje wzrost zachorowalności na alweokokozę wśród Polaków.

M.S.: Jakie efekty ma, czy może mieć, to niedocenianie organizmów, którymi się pani zajmuje naukowo?

M.W.: Spojrzenie na pasożyty bardzo się ostatnio zmienia – chodzi m.in. o ocenę roli ich w mikrobiomie. Na przykład rola *Blastocystis* w mikrobiomie człowieka i zwierząt nie jest wyjaśniona. Ten pierwotniak występuje zarówno u osób z dolegliwościami jelitowymi, jak i u tych, którzy nie wykazują zaburzeń ze strony układu pokarmowego. Pojawiły się doniesienia mówiące o tym, że u osób będących żywicielami dla *Blastocystis*, występuje wyższa różnorodność gatunkowa bakterii w jelitach. Aktualne dane wskazują na to, że *Blastocystis* może pełnić zarówno rolę inżyniera modulującego skład mikrobiomu, jak również brać udział w stymulacji układu odpornościowego gospodarza.

Innym tego przykładem jest helmintoterapia – obiecująca alternatywa terapii schorzeń o podłożu autoimmunizacyjnym, między innymi nieswoistych zapaleń jelit i stwardnienia rozsianego. Dane kliniczne i badania na zwierzęcych modelach chorób zapalnych i autoimmunizacyjnych wykazały, że zarażenia helmintami hamują rozwój procesów alergicznych, autoimmunizacyjnych, a nawet neurodegeneracyjnych w stwardnieniu rozsianym. Mechanizm hamujący stan zapalny i obniżający nasilenie choroby w trakcie terapii helmintami nie został wyjaśniony, ale obecnie większość badań skupia się na poszukiwaniu wybranych czynników pochodzenia pasożytniczego.

M.S.: Powiedziała pani, że spojrzenie na pasożyty zmienia się obecnie. Wynika to zapewne i z tego, że ich rola w ekosystemie ciągle jest chyba mało poznana?

M.W.: Tak, bo choćby do zamknięcia cyklu życiowego pasożyty wykorzystują bardzo złożone mechanizmy, łącznie z modyfikacją zachowań żywicieli. Na przykład *Toxoplasma gondii* wpływa na zachowanie myszy, żywiciela pośredniego tak, aby stała się ona mniej płochliwa, czyli łatwiejsza do upolowania przez kota, żywiciela ostatecznego, co w konsekwencji umożliwi pasożytowi rozmnażanie płciowe w organizmie kota.

Niektórzy naukowcy szacują, że zmiany klimatu i inne presje środowiskowe mogą doprowadzić do zniknięcia z Ziemi nawet 30% pasożytów, a skutki tego wymierania dla przyrody i bioróżnorodności są w zasadzie nieznane. W miarę jak wiadomo coraz więcej na temat znaczenia pasożytów dla ekosystemów, niektórzy naukowcy zaczynają myśleć o otoczeniu wybranych gatunków ochroną. Obecnie w czerwonej księdze zagrożonych gatunków publikowanych przez Międzynarodową Unię Ochrony Przyrody znajduje się tylko jeden pasożyt – wesz *Heamatopinus oliveri*, związana ze świnią karłowatą z Indii. Czyli mimo że pasożyty nie cieszą się sympatią, to pogłębione badania mogą zmienić ten wizerunek.

Wspomniane zoonozy stają się nowo występującymi chorobami (*emerging disease*) i konieczne jest podjęcie środków takich jak strategia One Health (czyli „Jedno zdrowie”) w celu identyfikacji i kontroli nowych przypadków u ludzi. Ważne są pogłębione badania nad poznaniem biologii i cykli życiowych pasożytów, bo bez tej wiedzy nie można rozpoznać i dobrze leczyć parazytoz. Inicjatywa One Health to również współpraca lekarzy medycyny oraz lekarzy weterynarii, zgodnie z którą zdrowie ludzi i zdrowie zwierząt wzajemnie od siebie zależą i są powiązane ze stanem środowiska, w którym żyjemy. ■

Nowy oręż z walce z rakiem trzustki?

Wydłużyć życie chorych na raka trzustki i poprawić jego komfort – taki jest cel badań prowadzonych przez naukowców z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. W ramach grantu z Agencji Badań Medycznych 70 pacjentów z całej Polski cierpiących na ten nowotwór będzie mogło nieodpłatnie skorzystać z terapii oferowanej w naszym kraju dotąd jedynie komercyjnie. Wrocławscy badacze chcą zastosować tę nowatorską metodę w jej udoskonalonej wersji. O szczegółach projektu mówi dr n. med. Julia Rudno-Rudzińska w rozmowie z Maciejem Sasem.

Maciej Sas: Urządzenie NanoKnife, a do tego jony wapnia albo chemioterapeutyk – to państwa sposób na wydłużenie życia chorym na raka trzustki i poprawienie jakości tego życia...

Julia Rudno-Rudzińska: Na razie nie wiemy, czy życie pacjentów rzeczywiście dzięki temu wydłuży się i czy stanie bardziej komfortowe – właśnie to jest bowiem celem naszego badania. Dzisiaj nie jesteśmy w stanie stwierdzić, czy ta terapia zapewni takie efekty – to się dopiero okaże, to chcemy osiągnąć. Zamyśl polega na tym, byśmy mieli do dyspozycji nową metodę terapeutyczną, którą będzie można zastosować u pacjentów z niesekcyjnym rakiem trzustki. Czy wszystko wyjdzie tak, jak chcielibyśmy? Mamy ogromną nadzieję. Liczymy też na to, że uda się dokładnie wskazać grupę pacjentów, dla których będzie to rozwiązanie jak najbardziej korzystne.

M.S.: O ile wiem, państwa klinika, jako jedyny ośrodek w Polsce, oferuje w tej chwili nieodpłatne skorzystanie z tej kosztownej metody.

J.R.-R.: Takie badanie niekomercyjne rzeczywiście jest jedynym w kraju – finansuje je Agencja Badań Medycznych. Ale w Polsce mamy kilka ośrodków, które oferują taką terapię komercyjnie.

M.S.: Kto i w jaki sposób może skorzystać z tego dobrodziejstwa w klinice, w której pani pracuje?

J.R.-R.: Podstawowe kryterium: pacjent musi mieć zmianę nowotworową, która jest niesekcyjna, czyli nieoperacyjna (nie można jej usunąć). Poza tym – co wynika z naszych wcześniej-



Fot. z archiwum J. R.-R.

► **dr n. med. Julia Rudno-Rudzińska**

szych badań – pacjent nie może mieć choroby uogólnionej, a więc zmian przerzutowych. W protokole badania jest jeszcze kilka innych warunków – nie można mieć m.in. wszczepionego rozrusznika serca, bo używana przez nas maszyna synchronizuje się z załamkiem P, moglibyśmy więc uszkodzić rozrusznik. Poza tym nie można być uczulonym na bleomycynę, ponieważ może się zdarzyć, że pacjent będzie zrandomizowany (czyli losowo przydzielony) do tej grupy, w której ten lek zostanie podany. Osoba zakwalifikowana do badania nie powinna chorować na złośliwieść płuc, nie może to być kobieta w ciąży – jest jeszcze kilka drobniejszych obwarowań. Nie ma natomiast znaczenia, czy pacjent jest w trakcie chemioterapii, czy przed nią.

M.S.: Mówimy o pacjentach z całej Polski?

J.R.-R.: Tak – onkolodzy, którzy mają pacjentów ze zmianą niesekcyjną, leczący ich przy pomocy chemioterapii już pół roku, gdy usłyszą, że u nas chory może skorzystać z nowej metody, przysyłają go do nas. Cała kwalifikacja opiera się o badanie pacjenta i wyniki tomografii nie starsze niż 30 dni.

M.S.: Pani ze zrozumiałych względów wyjaśniła przed chwilą stanowczo, że nie można mówić o badaniu, które poprawi długość i jakość życia, bo to jest przedmiotem badań objętych grantem z ABM. Ale państwo tę metodę rozwijacie od kilku lat, więc doskonale wiecie, jakie efekty może przynieść...

J.R.-R.: To prawda – nasze wcześniejsze doświadczenie z dwóch lat zostało opisane w kilku publikacjach w czasopi-

smach naukowych. W niektórych krajach metoda elektroporacji (choć bez połączenia z chemioterapią i z jonami wapnia) jest już dostępna – choćby w Stanach Zjednoczonych. Z panią profesor Julitą Kulbacką z Katedry i Zakładu Biologii Molekularnej i Komórkowej UMW (która jest właściwie mózgiem naukowym całego tego przedsięwzięcia) badamy możliwość połączenia tej metody z jonami wapnia i elektrochemioterapią – to już zostało sprawdzone w laboratorium na liniach komórkowych i stanowi nowość. Metodę elektroporacji stosowaliśmy już wcześniej (oczywiście za zgodą komisji bioetycznej), tyle że nie z bleomycyną (jak teraz), a z cisplatyną. Tym razem zdecydowaliśmy się na bleomycynę, dlatego że ona działa skuteczniej w połączeniu z elektroporacją.

M.S.: Czy może pani wyjaśnić pokrótce na czym polega ta metoda?

J.R.-R.: Następuje rearanżacja błony komórkowej komórki nowotworowej – destabilizacja pod wpływem zabiegu jest na tyle duża, że taka komórka zwyczajnie nie ma siły, by się odbudować. Elektroporacja jest nieodwracalna – komórka ginie na drodze apoptozy. Biorąc pod uwagę całą masę guza, nie jesteśmy jednak w stanie przewidzieć, jaki prąd dotrze do każdej komórki i czy ona przejdzie elektroporację w sposób nieodwracalny, a więc się nie podniesie, nie odbuduje, czy też dojdzie tylko do chwilowej rearanżacji błony komórkowej, a potem jednak do jej odbudowania. Dlatego chcemy zastosować te dwa dodatki – jony wapnia lub bleomycynę, bo one powinny intensyfikować antynowotworowe działanie zabiegu. W każdym razie tak się dzieje, gdy sprawdzamy to na liniach komórkowych. Warto dodać, że stężenie bleomycyny potrzebne do zabicia komórki nowotworowej w miejscu zastosowania elektroporacji jest 200 razy mniejsze niż w przypadku normalnego jej zastosowania. Niższą dawką leku można więc osiągnąć dużo lepsze efekty.

M.S.: A to, jak sądzę, ogranicza też dokuczliwe skutki uboczne?

J.R.-R.: Tak, to ważny aspekt. Natomiast jony wapnia potęgują zużycie ATP, czyli energii komórkowej, w efekcie czego ta komórka nie ma siły na odbudowanie się.

M.S.: O ile onkolodzy przekonują zwykle, że rak to nie wyrok, o tyle nowotwór trzustki wyrok zazwyczaj oznacza – rok od postawienia diagnozy przeżywa 25 procent chorych, a 5 lat – 6-7 procent. Niewiele...

J.R.-R.: Dane, o których pan mówi, pokazują sytuację od chwili postawienia diagnozy. A globalnie jest tak, że z około trzech tysięcy takich pacjentów rocznie w Polsce tylko 20 procent kwalifikuje się do operacji, a więc do resekcji guza. I to z tej grupy tylko 5 procent przeżywa 5 lat! Takie rozpoznanie, jak z tego wynika, jest dla pacjentów bardzo złe. W medycznym arsenale niewiele jest środków, które możemy zaoferować w tym przypadku – zaledwie dwie linie chemioterapii. Tu trzeba też podkreślić, że metoda, którą stosujemy, jest metodą miejscową i paliatywną. Z naszych doświadczeń wynika, że ma dobre działanie, ale korzystając z niej, raczej nie zniszczymy wszystkich komórek nowotworowych.

M.S.: Ma więc wydłużyć życie, poprawić jego jakość, ale całkowitego wyleczenia raczej nie osiągniemy?

J.R.-R.: Tak, to metoda paliatywna, nie możemy zakładać, że pozwoli kogoś wyleczyć. Ale w przypadku raka trzustki możliwości terapeutycznych jest tak niewiele, że moim zdaniem

warto rozwijać taką terapię, bo cierpiący na ten nowotwór pacjenci zwykle nie mają dzisiaj przed sobą długiego życia. Jeśli więc nasze badania dadzą oczekiwane efekty, może uda się poszerzyć nasz terapeutyczny arsenał w zmaganiach z tym rodzajem nowotworu.

M.S.: Jak wiele osób będzie mogło uczestniczyć w badaniu, które państwo niedawno zaczęliście prowadzić?

J.R.-R.: Grant dotyczy 70 pacjentów – mamy 74 zestawy specjalnych igieł niezbędnych do wykonania zabiegu (to one są najdroższe w całym tym przedsięwzięciu naukowym). Z tego cztery zestawy są niejako zapasowe – gdyby coś w czasie badań nie działało. Pacjentów rekrutujemy od marca, dzisiaj poddaliśmy zabiegowi ósmego z nich (rozmowa została przeprowadzona 24 maja – przyp. Sas). Co prawda projekt jest przewidziany na 6 lat, ale z tego co obserwujemy, rekrutacja skończy się szybciej, bo każdego tygodnia pojawia się u nas 1-2 nowych chorych. Każdy pacjent zakwalifikowany pojawia się u nas miesiąc, trzy miesiące i rok po zabiegu. Dopiero po roku kończy się obserwacja wyników terapii. Zawsze będzie badany tomografem lub rezonansem, a my sprawdzimy, czy choroba się ustabilizowała.

M.S.: Korzystają państwo z systemu NanoKnife od kilku lat. Czy można użyć tej technologii również w przypadku innych nowotworów?

J.R.-R.: Już nawet to zrobiliśmy, np. u pacjentów, którzy mieli guz trzustki i wątroby. Okazało się jednak, że to nie przynosi oczekiwanych efektów u osób, u których nowotwór jest rozsiany po organizmie. Zastosowaliśmy tę terapię również u pacjentki z mięsakiem – ogromnym guzem litym (ta pani była już po amputacji ręki). Zastosowaliśmy w jej przypadku tę terapię trzykrotnie, dzięki czemu przez kilka miesięcy udało się trzymać nowotwór w ryzach. To poprawiało jej komfort życia, a nie miała już szansy na inną terapię, bo wszystko, co było dostępne, zostało wykorzystane. Potem pojawiły się zmiany przerzutowe na płucach. Zmarła mając 46 lat...

Warto dodać, że w niektórych krajach ta metoda jest stosowana z powodzeniem w przypadku nowotworów skóry, np. czerniaka. Co więcej, ona wywołuje tzw. efekt abskopalny – jeśli nakłujemy zmianę i mamy przerzuty in transit idące dalej, to zniszczenie tej głównej zmiany powoduje zniknięcie pozostałych! W tym przypadku metoda elektroporacji w połączeniu z jonami wapnia jest stosowana standardowo np. w Danii. Stosuje się ją z dobrym skutkiem również w urologii. Tak naprawdę każdą zmianę litą można w ten sposób potraktować, tyle że za każdym razem trzeba wystąpić o zgodę do komisji bioetycznej, bo w Polsce jest to cały czas wykonywane w ramach badań naukowych.

M.S.: Słuchając pani myślę o tym, że w świecie naukowym, gdzie sukces jest ogromnie pożądanym, zajmowanie się jednym z najtrudniejszych do leczenia nowotworów, budzi szacunek. Tu bowiem o sukces może być najtrudniej...

J.R.-R.: To prawda, ale właściwie geneza projektu była taka, że nie mamy wielu możliwości pomocy pacjentom z rakiem trzustki. Bo np. w przypadku wątroby można zastosować wiele metod – to duży narząd, który wiele wybacza. W przypadku trzustki jest inaczej, ponieważ otaczają ją duże naczynia, nie można więc sięgnąć po metody stosowane w większości przypadków. A metoda, o której mówimy, czyli elektroporacja, wydaje się być idealna, stąd nasza decyzja o podjęciu takich badań. ■

Rozmawia Dariusz Lewera

**► Małgorzata Wójtowicz**

Kustosz dyplomowany, prowadzi Dział Architektury Wrocławia XIX i XX w. w Muzeum Architektury we Wrocławiu, w którym pracuje od ponad dwudziestu lat. Absolwentka Instytutu Filologii Polskiej i Instytutu Historii Sztuki Uniwersytetu Wrocławskiego. Doktor nauk technicznych Wydziału Architektury Politechniki Wrocławskiej.

Fot. z archiwum M.W.

Dawne szpitale Wrocławia cz. I

Kustosz dyplomowany, prowadzi Dział Architektury Wrocławia XIX i XX w. w Muzeum Architektury we Wrocławiu, w którym pracuje od ponad dwudziestu lat. Absolwentka Instytutu Filologii Polskiej i Instytutu Historii Sztuki Uniwersytetu Wrocławskiego. Doktor nauk technicznych Wydziału Architektury Politechniki Wrocławskiej. Do jej szczególnych zainteresowań należy architektura szpitali. Autorka wielu książek o tej tematyce, między innymi: „Z dziejów Kliniki Psychiatrycznej i Chorób Nerwowych we Wrocławiu” (1999, współaut. prof. Andrzej Kiejna), „Dawne szpitale Wrocławia” (2007), „Dawny Szpital Wszystkich Świętych” (2008), oraz „Architektura w służbie nauki. Dawny Wydział Medyczny we Wrocławiu” (2020). Dr Małgorzata Wójtowicz, bo o niej tu mowa, w rozmowie z Dariuszem Lewerą.

Dariusz Lewera: Pani doktor, skąd zainteresowanie właśnie architekturą szpitali?

Małgorzata Wójtowicz: Przede wszystkim bezpośrednio po studiach miałam szczęście przez czternaście lat szkolić się w Pracowni Dokumentacji Naukowo-Historycznej wrocławskiego oddziału Przedsiębiorstwa Państwowego Pracowni Konserwacji Zabytków. Kierownik, dr Janina Eysymontt, wybitny znawca dolnośląskiej architektury, gruntownie przygotowała mnie do zawodu historyka architektury. Rzucona na „głęboką wodę”, między innymi samodzielnie opracowywałam studia historyczno-architektoniczne dolnośląskich miast: Kamiennej Góry, Lubawki, Bogatyni i Sobótki. Następnie, po rozwiązaniu PP PKZ, w czasie kilkuletniej pracy w Archiwum Budowlanym Miasta Wrocławia zlecono mi opracowanie około 6000 planów, projektów i rysunków architektonicznych budynków dawnego Wydziału Medycznego Uniwersytetu Wrocławskiego. Przy okazji przeglądałam też dokumentację dotyczącą wrocławskich szpitali.

D.L.: W pani publikacjach poza architekturą dowiadujemy się wiele ciekawych rzeczy na temat użytkowników tych budowli, a także ich medycznej działalności. To fascynujące.

M.W.: Moim zadaniem jest nie tylko opisać zabytkowy budynek, sprecyzować czas jego budowy i kolejnych przebudów, ale również umieścić go w kontekście historycznym – dla szpitali jest to polityka i administracja państwowa dotycząca szpitalnictwa i uniwersyteckich wydziałów medycznych. W Niemczech w XIX w., po pruskiej reformie uniwersyteckiej przeobrażającej uniwersytety w instytucje państwowe, nastąpił wspaniały rozwój medycyny. Profesorom sfinansowano stworzenie odpowiednich miejsc pracy, a po uzyskaniu odszkodowania po wojnie lat 1870–1871 powstały w miastach charakterystyczne „dzielnice instytutów i klinik”. W ostatnim ćwierćwieczu XIX w. wzniesiono także ówczesnie nowoczesne szpitale miejskie, oprócz państwa w dużej mierze sponsorowane przez elitę mieszkańców Wrocławia. W każdym razie we wszystkich tych obiektach pojawili się wspaniali lekarze, któ-

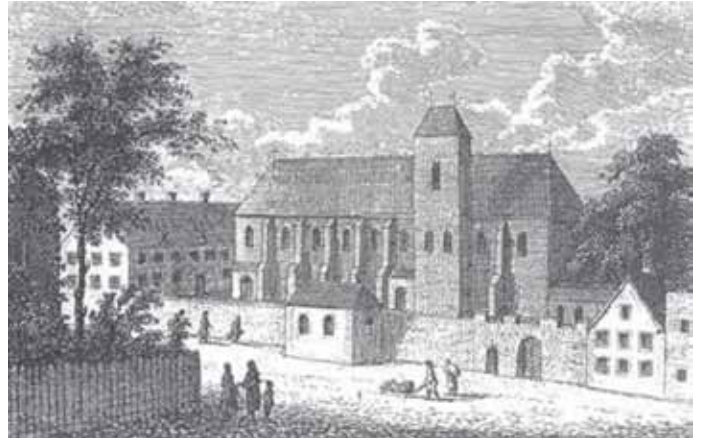
rych nazwiska zapisały się w historii medycyny. Przedstawienie ich sylwetek nobilitowało architekturę, a przebadanie źródeł ujawniło, że byli twórcami programów użytkowych budowli, zatwierdzali projekty oraz byli sprawcami kolejnych rozbudów.

D.L.: Pierwsze wrocławskie szpitale utworzone zostały na początku XIII w. Nie były to jednak placówki sensu stricto medyczne. Pełniły bardziej rolę domów opieki.

M.W.: Najstarsze wrocławskie tzw. szpitale, których zakładanie i prowadzenie uznawano w średniowieczu za jedną z form wypełniania chrześcijańskiego nakazu miłosierdzia, były raczej domami ubogich (przytułkami). Swoim podopiecznym zapewniały przede wszystkim utrzymanie i tylko w razie potrzeby opiekę medyczną. W latach 1214–1526 placówki te powstawały najczęściej pod patronatem panującego księcia lub biskupa, a także przy klasztorach i komendach zakonów rycerskich oraz z fundacji rady miejskiej i mieszczan. Sytuowano je w pobliżu bram miejskich oraz nad rzekami, natomiast leprozoria i szpitale zakaźne – poza murami miast. We Wrocławiu najwcześniej utworzono Szpital św. Ducha (w 1214 r., za bramą Piaskową przy obecnej ul. św. Ducha), następnie Leprozorium św. Łazarza (między rokiem 1214 a 1217, przy obecnej ul. R. Traugutta 54), Szpital św. Elżbiety (1241–1242, przy kościele św. Elżbiety na dużej działce przy obecnej ul. Szewskiej i pl. bp. Nankiera), Szpital św. Trójcy (między kwietniem 1318 a końcem 1319 r., przed bramą Świdnicką, po płn.-wsch. stronie kościoła Bożego Ciała), Leprozorium Jedenastu Tysięcy Dziewic (1400 r., na Olbinie przy drodze na Trzebnicę i kaplicy pod tym samym wezwaniem), Szpital Dziecięcy Bożego Grobu (około 1412 r., na rogu ul. Kazimierza Wielkiego i św. Mikołaja) i, największy z nich, Szpital św. Barbary (1460–1463, u zbiegu ul. św. Mikołaja i Ruskiej). Pojawiły się również szpitale szkolne dla ubogich i chorych uczniów: Szpital św. Hieronima (1410, przy ul. Świdnickiej róg pl. Teatralnego), szpital przy katedrze św. Jana Chrzyciela (1416), szpital przy kolegiacie św. Krzyża (1425) i szpital na Piasku (1426, przy kościele NMPanny). Wymienił je filozof, medyk i geograf Bartholomäus Stein w poświęconej Wrocławowi części dzieła *Descriptio totius Silesiae et civitatis regie Vratislaviensis* napisanej w latach 1512–1513. Wspomina tam, że jeden z nich, dla podrzutek „jest dzięki czynszom tak bogaty, że przed zamążpójściem wyposaża swe wychowance w posag”. Jeszcze w 1517 r. powstał Szpital św. Hioba dla chorych wenerycznie (poza murami miejskimi, na płn. od Arsenału Mikołajskiego), ale już wkrótce na fali reformacji, w latach 1526–1527, zbudowano nowy miejski Szpital Wszystkich Świętych, planowany jako „miejsce schronienia dla nędzarzy i chorych”, przy obecnym pl. Jana Pawła II 8.

D.L.: Mogłoby się wydawać, że warunki w owych szpitalach były spartańskie, a opieka i wyżywienie słabe. Czy wiemy coś na ten temat?

M.W.: Ekspertem w tej dziedzinie jest Marek Słoń, autor niezwykle ciekawego, opublikowanego w 2000 r. doktoratu „Szpitale średniowiecznego Wrocławia”. Otóż na przykład w Szpitalu św. Ducha pensjonariusze mieli obfite posiłki. Wprawdzie śniadanie (piwo) przysługiwało tylko braciom zakonnym, ale jedzenie podawano dwa razy dziennie. Na osobę przypadało ponad pół kg mięsa. W dni postne głównym daniem były ryby, codziennie kupowane świeże. Chleb, kasze, piwo i sery wytwarzano we własnym zakresie przy pomocy czeladzi. Ziarno pochodziło z danin i dziesięcin w naturze, ściąganych przez szpital, oraz z folwarków. Uzupełniano to warzywami i owocami z klasztornych ogrodów. Leprozoria były uboższe. Z kolei szpi-



Zespół kościelno-szpitalny św. Ducha przed 1597. Grafika F.B. Endlera z 1807 r. (wg. Czerner 1989, ryc. 47)

tale szkolne zostały znacznie zróżnicowane przez swoje wyposażenia i fundacje – od zasobnego Szpitala św. Hieronima do niskiego standardu szpitala przy kolegiacie św. Krzyża. Istotne było, że tylko szpitale szkolne postrzegane były jako te z jakąkolwiek opieką leczniczą.

D.L.: Czy pozostał jakiś ślad po tych pierwszych placówkach?

M.W.: Śladem może być utrwalona nazwa ulicy – św. Ducha. Lecz, po licznych przebudowach i rozbudowach, zachowały się dwa obiekty. Pierwszy przy ul. R. Traugutta 54, z kościołem św. Łazarza założony w 1260 roku, potem gotyckim ceglany z 2 poł. XIV w. – obecnie jest to Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Zgromadzenia Sióstr Albertynek. Drugi na rogu ul. Kazimierza Wielkiego 1/św. Mikołaja 63, z umieszczoną na elewacji rzeźbą Chrystusa Króla (kopia drewnianego oryginału przechowywanego w Muzeum Architektury) – obecnie biurowiec Times.

D.L.: Sytuacja się zmieniała, kształcili się lekarze. Powstawały szpitale, których zadaniem było, poza opieką, leczenie pacjentów.

M.W.: Prof. Waldemar Kozuszek precyzuje, że do 2 poł. XVIII w. pierwsi chirurdzy kształcili się we wspólnym cechu z cyrulikami i łaźniami. Za czasów pruskich często uczestniczyli jako felcerzy polowi w działaniach wojennych. W 1745 r. powołano we Wrocławiu Collegium medico-chirurgicum (później zwane Collegium Medicum) w celu nadzorowania szkolenia chirurgów i akuserek. Powstanie w 1813 r. Szkoły Medyczno-Chirurgicznej było podyktowane koniecznością wykształcenia w jak najkrótszym czasie (dwa lata) chirurgów niższej rangi na potrzeby wojska i na czas wojny. Absolwenci mogli zdać egzamin państwowy i otrzymać dyplom klasy II oraz I (ten upoważniał do podjęcia studiów uniwersyteckich). Wobec rozwoju i specjalizacji (szczególnie w ujęciu praktycznym) uniwersyteckiego Wydziału Medycznego, szkołę zamknięto w 1848 r.

We Wrocławiu pierwszymi szpitalami leczniczymi były dwa szpitale klasztorne. W szpitalu bonifratrów przy ul. R. Traugutta 57–59 skrzydło zachodnie konwentu, zbudowane w latach 1734–1736, zostało przeznaczone na 50-lóżkową salę dla uleczalnie chorych mężczyzn różnych wyznań. Ogród szpitalny służył do produkcji leków w do dziś słynnej aptece. W okresie od 20 października 1810 do 16 stycznia 1811 r. klasztor był sekularyzowany, następnie jako instytucja dobroczynna wyłączony z sekularyzacji i do kwietnia 1841 r. dofinansowywany comiesięczną subwencją królewską w wysokości 200 talarów. Szpitalem kierował wówczas królewski radca medyczny Johann Wenzel Hancke (1770–1849), którego imieniem został

nazwany drugi po Szpitalu Wszystkich Świętych, miejski szpital we Wrocławiu, działający od 1878 r. – ufundowany przez wdowę Linę Hancke. Można jeszcze wspomnieć, że pierwsza główna rozbudowa w 1865 r. o neoklasycystyczny gmach od strony ul. K. Pułaskiego zapewniła dodatkowych ponad 90 łóżek. W latach 1895–1902 szpitalem kierował profesor Karl Franz Maria Partsch (1855–1932), chirurg i stomatolog, który zorganizował tutaj nowoczesny oddział chirurgiczny i zdecydował o drugiej głównej neogotyckiej rozbudowie w 1896 r., zamykającej wspomniany gmach od strony południowej.

Szpital elżbietanek był początkowo (1737) usytuowany przy ul. A. Frycza-Modrzewskiego 19 w miejscu obecnej Akademii Sztuk Pięknych, a następnie (1793) został przeniesiony do zabudowań klasztoru Franciszkanów Reformatów przy ul. św. Antoniego 26–34. Tam szybko (1893–1894) dobudowano od strony południowej nowe skrzydło szpitalne. Projekt szpitala wykonał królewski inspektor budowlany Carl Gottfried Geissler (1754–1823), który należał do współpracowników jednego z najwybitniejszych niemieckich architektów epoki klasycyzmu Carla Gottharda Langhansa (1732–1808). Projekt szpitala powstał zapewne przy współpracy z ówczesnym tajnym radcą medycznym Antonem Krockerm (1742–1823), dziekanem Collegium Medicum oraz lekarzem i botanikiem opierającym się na dokonaniach Linneusza, ordynującym w szpitalu w latach 1770–1823. Oprócz niego w szpitalu był zatrudniony chirurg. Szpital elżbietanek także został wyłączony z sekularyzacji ze względu na prowadzoną działalność dobroczynną. Prawdopodobnie ordynator Krocker doradził konwentowi kupno w 1919 r. dużej parceli, położonej naprzeciwko budynku szpitala przy promenadzie, w miejscu dawnych fortyfikacji. Zaprojektowano na jej terenie ogród obsadzony drzewami owocowymi, ziołami leczniczymi i tymi wykorzystywanymi w kuchni. Elżbietanki od początku swojej działalności otrzymały również przywilej prowadzenia apteki klasztornej. W latach 1824–1825 nastąpiła reorganizacja apteki i decydujące zmiany w szpitalu. Istotne, że na pierwszym piętrze urządzono funkcjonalną salę operacyjną. Wyposażono ją w stoły operacyjne tzw. Graefego, fotele operacyjne i łóżko dla operowanego. Instrumentarium zostało uzupełnione o nowe nabytki, takie jak narzędzia do trepanacji, pompa żołądkowa i maszyna elektryzująca. 10 maja 1826 r. została wykonana pierwsza poważna operacja. Wtedy ordynatorem szpitala był tajny radca sanitarny doktor Anton Krocker (syn), pełniący tę funkcję do 1862 r. W tym czasie szpital dysponował prawdopodobnie 40 łózkami. Nowy Szpital elżbietanek, zbudowany w końcu wieku przy ul. Grabiszyńskiej 105, to inna epoka w historii medycyny i architektury, o której będzie jeszcze mowa w kontynuacji wywiadu.

D.L.: Krankenhaus zu Allerheiligen – Szpital Wszystkich Świętych – pierwszy miejski szpital we Wrocławiu. Powstał z porozumienia władz miasta i Kościoła.

M.W.: I tutaj wracamy do wspomnianego już Szpitala Wszystkich Świętych. 27 lipca 1526 r. starosta księstwa wrocławskiego Hieronimus Hörnig i pierwszy pastor na probostwie kościoła św. Marii Magdaleny dr Johann Hess położyli kamień węgielny pod budowę szpitala. Jak zapisał kronikarz Wrocławia Nicolas Pol (1623): „Szpital został nazwany *Domus omnium Sanctorum*, Dom Wszystkich Świętych, w którym z powszechnej dobroczynności we Wrocławiu wielu miejscowym i obcym ludziom w potrzebie ma być zapewnione jado, napitek, opieka i chirurg, innym miastom na dobre *exemplum*. Kontrolę nad działalnością szpitala w całości sprawowała Rada Miejska przez założony wcześniej (1523) Urząd Dobroczynności. Największym wsparciem były prywatne fundacje. W XVII w. ten w istocie dom opieki sukcesywnie zyskiwał rangę głównej miejskiej tego typu



placówki. W XVIII w., wzorem szpitali bonifratrów i elżbietanek, zapoczątkował przyjmowanie wszystkich potrzebujących pomocy, bez względu na wyznanie. Wtedy też zaczęło kształtować się jego znaczenie jako szpitala leczniczego. W 1773 r. ulokowano tutaj „Teatr Anatomiczny” będący zakładem autonomicznym, od 1798 r. mający status Królewskiego Instytutu Anatomii. Jednocześnie służył wspomnianemu Collegium medico-chirurgicum. Kursy chirurgii na potrzeby wojska, obejmujące wykłady z anatomii, fizjologii i chirurgii oraz pokazy „preparowania” na zwłokach prowadził Johann Gottfried Morgenbesser (1741–1804), pierwszy profesor anatomii, chirurgii i położnictwa, dziekan collegium, główny lekarz miejski i lekarz garnizonu wojskowego. „Teatr Anatomiczny” działał w szpitalu do 1811 r. – roku założenia Uniwersytetu Wrocławskiego. W latach 1799–1801 wzniesiono według projektu Geisslera nowy reprezentacyjny gmach szpitala określanego jako leczniczy – Krankenhaus. Od 1810 do 1858 r. placówką kierował dr Johann Jacob Friedrich Ebers (1781–1858), który dokonał reorganizacji i stworzył podwaliny funkcjonowania tego głównego szpitala miejskiego. Był inicjatorem nowych inwestycji i generalnej rozbudowy w latach 50. Dostrzegając korzyści wynikające ze ścisłej współpracy z uniwersyteckim Wydziałem Medycznym, umożliwił jak najlepsze warunki pracy dla – pierwotnie opartych na oddziałach szpitalnych – Kliniki Medycznej (Chorób Wewnętrznych), Kliniki Chirurgicznej i Chorób Oczu, Kliniki Psychiatrycznej, Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych oraz Instytutu Patologii. Przejawiało się to między innymi tym, że kolejne nowe obiekty szpitalne, fundowane przez wrocławian, przekazywano właśnie klinikom. Do momentu przeniesienia większości klinik i instytutu do zespołu budynków przy ul. T. Chałubińskiego, zapoczątkowali tutaj pracę profesorowie Anton Biermer (1827–1892), Herman Eberhard Fischer (1830–1919), Carl Wernicke (1848–1905), Albert Neisser (1855–1916) i Emil Ponfick (1844–1913). Na fasadzie ostatniego nowego budynku szpitalnego, ukończonego w 1936 roku, 410 lat po położeniu kamienia węgielnego pod budowę szpitala, rocznicę uczczono wielkoformatowym przedstawieniem autorstwa Otto Kaliny, obrazującym to wydarzenie. ■



► dr Dariusz Lewera

Polskie Towarzystwo Historii Nauk Medycznych

PUSZCZAM OKO DO SŁUŻBY ZDROWIA

Dwóch złodziejasków ucieka z diamentami pewnego biznesmena, które ukradli jubilerowi przy Kołłątaja. Na Świdnickiej mają wypadek i trafiają do szpitala przy Fieldorfa. I tu kolejny pech. Do Marciniaka trafili z tego samego wypadku właściciel kamieni i policjant śledczy. Jak się wydostać z zadymy, gdy po piętrach pęta się jeszcze kilkuletni pacjent, który uparł się być detektywem? Z Malwiną Ferenz, autorką powieści „Szpital na peryferiach” rozmawia Aleksandra Solarewicz.

Aleksandra Solarewicz: Opryszek przypomina lekarzom konsultanta w dziedzinie chirurgii. Ubierają go i w ukłonnach prowadzą do sali operacyjnej: „Prosimy pana doktora o pierwsze cięcie!”. Żartów z lekarzy dziś ze świecą szukać. A pani książka jak medyczna wersja „Gangu Olsena”... musnięta lekko przez Musierowicz. Czy jestem blisko?

Malwina Ferenz: O Musierowicz akurat nie myślałam, ale nawiązania do „Gangu Olsena” jak najbardziej trafne i bardzo się cieszę za każdym razem, gdy ktoś je odkrywa. Moi bohaterowie przypominają też ponoć dwóch pechowych i fajtlapowatych złodziei z filmu „Kevin sam w domu” i takie podobieństwo rzeczywiście również zachodzi. Zaznaczę jednak, że żarty dotyczą nie tylko lekarzy, puszczam oko do całej, szeroko rozumianej, służby zdrowia. To ważne, byśmy umieli zachować dystans, a dystans to ostatnio popularne słowo. Wychodzę z założenia, że jeśli umiemy śmiać się sami z siebie, wszystko jest w porządku. Książka została wydana w 2020 roku, a powstawała w 2019, kiedy jeszcze temat pandemii się nie pojawiał, nie mówiąc już o wojnie. Nie wiem, czy napisanie jej dzisiaj byłoby możliwe z tym bagażem, który wszyscy nosimy, dlatego cieszę się, że udało mi się to wcześniej.

A.S.: Ja płakałam ze śmiechu. Ścigany za kradzież podmienia tablice z łóżek. Tablica z nazwiskiem okradzionego pojawia się na pustym łóżku, kojarzonym ze złodziejem. Tam ją znajduje żona ofiary, która szuka męża po oddziale: „Zabrano go. To złodziej był!” – słyszy. Całą tę groteskę zadeptykowała pani „Ojcu i całemu zespołowi Fieldorfa”. Rozumiem, że osadzenie akcji w szpitalu to nie był przypadek?

M.F.: To było trochę inaczej. Osadziłam wydarzenia w szpitalu i taki był pomysł na fabułę niezależnie od dedykacji, natomiast nieprzypadkowy jest sam szpital, czyli konkretnie budynek przy ul. Fieldorfa. Chciałam przenieść wydarzenia właśnie tam.



Fot. archiwum M.F.

► MALWINA FERENZ

rocznik '76, wrocławianka z urodzenia, autorka dziesięciu różnicowanych gatunkowo powieści z akcją osadzoną w rodzinnym mieście. Na co dzień niereformowalny, bankowy korporaludek, specjalistka od kredytów hipotecznych, matka trzech córek, wielbicielka yerba mate. Kobieta z dziwnym hobby – hoduje ptaszniki. Miłośniczka wałęsania się po Wrocławiu z aparatem fotograficznym i dokumentowania tkanki miejskiej. Fascynuje ją astronomia, a po godzinach – poza pisaniem książek – biega długodystansowo.

Zdarzyło mi się wielokrotnie tę placówkę odwiedzać, a skomplikowany układ pięter, wind, schodów i sam rozmiar budynku idealnie się nadawał na potrzeby mojego pomysłu jak żaden inny wrocławski szpital.

A.S.: Książkę znam, Fieldorfa nie znam wcale. A miałam wrażenie, że wcześniej spotkałam niektóre osoby. „Dziadu”, czyli dr Arkadiusz Dziadek, ordynator Oddziału Ortopedycznego, z charakteru przypomina mi znajomego (świetnego) chirurga. Ojciec Irek, kapelan, który ma za maskotkę pytona imieniem Miś, też się wydaje z życia wzięty. Czy oni mają swoje pierwowzory?

M.F.: Żaden z bohaterów książkowych nie ma swojego pierwowzoru w takim stopniu, by można było powiedzieć, że „Dziadu” to XY i nikt poza nim, a franciszkanin to ten łysy XZ, którego wszyscy znamy. Każda z postaci została wyposażona w cechy zaobserwowane u różnych osób i raczej jest ich mozaiką niż bezpośrednim przełożeniem, ale oczywiście pewne podobieństwa do ludzi faktycznie istniejących zachodzą. Różne rzeczy zawodowo w życiu robiłam, między innymi pracowałam wśród lekarzy, a ponieważ z natury jestem obserwatką, zaowocowało to taką a nie inną konstrukcją postaci. Cieszę się, że wyglądają realistycznie, odbieram to jako komplement.

A.S.: Bardzo realistycznie, a najważniejsze, że są to pozytywne postacie. Mają swoje wady, a może raczej pecha, i są dobrymi ludźmi. A skoro jesteśmy przy realizmie, szpital w pani powieści to twierdza: szeregi jednakowych sal o tasiemcowej numeracji, walka z RODO i kod PIN do każdego zamka. Może to zwykła szpitalna nowoczesność z perspektywy pacjenta?

M.F.: Tasiemcowa numeracja sal rzeczywiście funkcjonuje w szpitalu przy ul. Fieldorfa. Numery są czterocyfrowe. Tu żartu

nie ma, to rzeczywistość: kody umożliwiające wstęp na oddziały dodałam od siebie, aczkolwiek zaobserwowałam to w innym szpitalu. Sam szpital przy Fieldorfa jest bardzo nowoczesny, przynajmniej ja go tak odbieram. To zresztą stosunkowo nowe miejsce na mapie Wrocławia. Myślę jednak, że pomimo postępu technologicznego pewne rzeczy w służbie zdrowia pozostają niezmiennie, pozwoliłam więc sobie na przedstawienie ich w krzywym zwierciadle.

A.S.: W innych pani książkach są też (wrocławskie) wątki medyczne. Bohaterowie, jak wszyscy ludzie, chorują. Ciekawe, bo aż dwa razy – w „Szpitalu” oraz w refleksyjnej trylogii „Neon Cafe” – pojawia się wyniszczający rak trzustki. Czy w pani książce to również odbicie jakichś obserwacji?

M.F.: Wszystko, co przekładałam do książek, jest odbiciem rozmaitych obserwacji. Steven King pisał kiedyś, że tematy, wątki, inspiracje są dosłownie rozsiane dookoła nas, leżą na chodniku, wystarczy się schylić. Mogą to być kompletnie błahе zdarzenia, migawki, przypadkowe spotkania, ludzie mijani na ulicy, coś, na co zwykle nie zwrócilibyśmy uwagi. Te drobnostki mogą w sprzyjających okolicznościach wykiełkować i rozrosnąć się w fabułę. Dokładnie tak się dzieje z serią „Neon Cafe”, która jest tzw. powieścią szkatułkową, czyli składają się na nią opowieści kolejnych bohaterów. Bardzo trafiają do mnie te słowa Kinga, myślę, że ma rację. Pomysły na opowiadania przychodziły mi do głowy podczas jazdy tramwajem, gdy zauważyłam coś za oknem, albo gdy dostrzegłam coś na ulicy, cokolwiek. Wtedy w umyśle następował błysk i pozornie nic nieznaczący szczegół stawał się punktem centralnym jakiejś fabuły. Oprócz wyobraźni umiejętność obserwacji jest niezbędna przy pisaniu książek. Chodzi o zdolność do wydobywania historii z otaczającej nas rzeczywistości. Jest nimi wręcz przesiąknięta.

A.S.: To prawda, tak powstał niejeden mój reportaż! Z takich punktów, które pani uchwyciła, powstaje cała mapa Wrocławia. Z każdą pani książką w ręku można spacerować, bo te miejsca istnieją. Istnieje konkretny komisariat policji, a także odwieczny jubiler przy Kołłątaja, którego obrabowali geniusze, Karol z Filipem. Dokąd zaprowadzi nas pani w kolejnej książce, którą ma w planie?

M.F.: Rzeczywiście moje książki tworzą taką mapę, są nawet organizowane wycieczki śladami powieściowych bohaterów, co mnie niezwykle cieszy. Miałam okazję w kilku również uczestniczyć, to była niesamowita frajda, mnóstwa rzeczy się dowiedziałam, a bezpośredni kontakt z czytelnikami to wartość sama w sobie. W kolejnej książce znajdzie się głównie Ołbin i Nadodrze oraz Śródmieście, miejsca w pierwszej kolejności zasiedlane po zakończeniu wojny. Na Ołbinie miała siedzibę pierwsza powojenna polska administracja miasta.

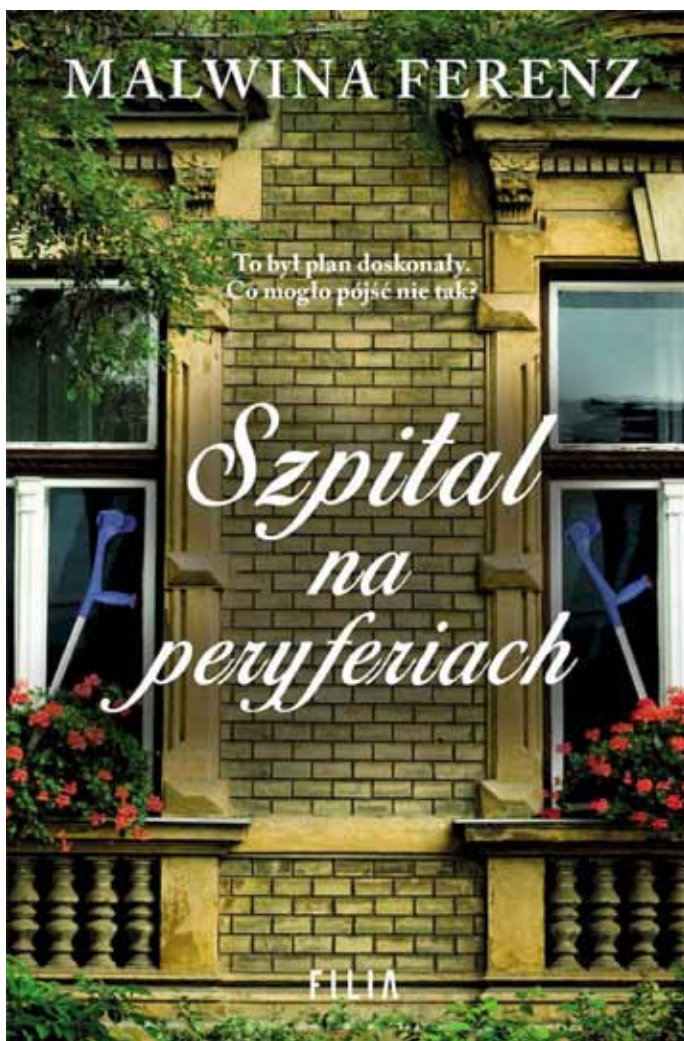
A.S.: O! To są miejsca wciąż swojskie, ciekawe, tajemnicze. Jak gdyby z filmu wycięte. Uwielbiam przemierzać je rowe-

rem, oglądać witryny, czytać napisy na starych tabliczkach...

M.F.: I jak najbardziej akcja będzie osadzona w konkretnych lokalizacjach, ściśle określonych kamienicach. Może też ktoś kiedyś poprowadzi spacer śladami bohaterów, na pewno byłoby co oglądać i opowiadać, bo będą mocno spleceni z historią samego miasta. Sama fabuła obejmie lata 1945–1946, dlatego wybór miejsca jest nieprzypadkowy.

A.S.: Czy na koniec zdradzi pani, kim jest Ojciec, skoro to on pojawia się we wspomnianej dedykacji „Szpitala na peryferiach”?

M.F.: Niestety, mój ojciec już nie żyje. Zadeedykowałam mu książkę, bo był dość częstym bywalcem szpitala przy Fieldorfa (kardiologia), a premiera powieści miała miejsce w dniu jego urodzin, których jednak nie doczekał. Nie poznał też samej powieści. Jeśli jednak zerka z zaświatów, to z pewnością macha nam ręką i śmieje się od ucha do ucha. Był zresztą fanem „Gangu Olsena”, doceniłby dowcip. ■



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

Krzysztof Wronecki
przewodniczący Koła Lekarzy Seniorów DIL



Rozmowa lekarza z pacjentem – uwagi praktyczne

W codziennych kontaktach z koleżankami i kolegami oraz na prowadzonych przeze mnie szkoleniach często spotykam się z pytaniami dotyczącymi praktycznych aspektów prowadzenia rozmowy z pacjentem: jak mam prowadzić rozmowę, jakie zadawać pytania aby zdobyć niezbędne informacje, jak zbudować dobrą atmosferę spotkania, jak sprawić by mnie pacjent zrozumiał, zapamiętał czego od niego oczekuję, jak kontrolować rozmowę, jak nie dać sobie wejść na głowę itp.

Zadawane pytania często dotyczą dużych obszarów wiedzy i nie da się na nie odpowiedzieć kilkoma zdaniami. O niektórych problemach już pisałem w „Medium”, np. o budowaniu dobrych relacji, o komunikacji asertywnej, o wykorzystywaniu w budowaniu porozumienia analizy transakcyjnej itp.

Tym razem chcę przedstawić państwu konkretny schemat – procedurę do wykorzystywania w codziennej pracy. Wierzę, że moja propozycja pozwoli na jej usprawnienie, zwiększenie efektywności, a w konsekwencji przyczyni się do czerpania z pracy większej satysfakcji.

Zanim przedstawię szczegółowe kwestie dotyczące modelu prowadzenia rozmowy z chorym, chciałbym abyśmy spojrzeli na nią z szerszej perspektywy.

Rozmowa lekarza z pacjentem, podobnie jak każda międzyludzka konwersacja, jest przykładem komunikacji interpersonalnej – a komunikacja interpersonalna to proces przekazu informacji pomiędzy nadawcą i odbiorcą. Nadawca to osoba przekazująca informację w danej chwili. Odbiorca to osoba, do której kierowana jest informacja. Gdy komunikacja ma charakter dwustronny, komunikujące się ze sobą osoby stają się na przemian nadawcą i odbiorcą. Aby doszło do przekazania informacji, myśli, intencje i chęci nadawcy muszą zmienić się w język komunikatu – to proces kodowania. Dekodowanie to proces odwrotny – przekład odebranych sygnałów na konkretne treści znaczeniowe i ich interpretacja. Narzędzie, za pomocą którego przekazywana jest informacja, to środek przekazu. W rozmowach „face to face” to wypowiedzane słowa (komunikacja werbalna) oraz modulacja głosu, gesty, postawa, zachowania (komunikacja niewerbalna). Inne środki przekazu to np.: folder, ulotka, hasło itp.

Każdy proces komunikacji międzyludzkiej ma kilka wymiarów:

- niesie określone informacje – to wymiar merytoryczny;
- zmierza do osiągnięcia określonego celu – to wymiar perswazyjny;

- ujawnia osobę (nadawcę komunikatu) – odkrywa, czy jest np. zmęczona, zainteresowana, zniecierpliwiona itp. – to wymiar autoprezentacyjny;
- wskazuje poziom relacji, czyli ujawnia, jaki jest stosunek nadawcy do jego interlokutora (neutralny, bliski, chłodny, niechętny itp.) – to wymiar relacyjny.

Komunikacja obarczona jest ryzykiem zniekształceń. Do nieporozumień, np. błędnego odczytywania intencji stron interakcji, pomijając zewnętrzne dystraktory, dochodzi przede wszystkim z powodu opisanej wyżej wielowymiarowości procesu komunikacji. Czy tego chcemy czy nie, nasze zachowania, wypowiedzi, pytania mogą być różnie interpretowane. Mogą służyć zakładanym celom lub wręcz odwrotnie, hamować ich realizację. Efektywność komunikacji interpersonalnej zależy zatem od naszej sprawności w każdym z jej wymiarów.

Istotą wymiaru merytorycznego jest umiejętność: słownego wyrażania własnych myśli, formułowania opinii i oczekiwań, zadawania trafnych pytań itp.

W wymiarze perswazyjnym liczy się umiejętność wywierania wpływu: argumentowania, przedstawiania korzyści, zagrożeń.

Wymiar relacyjny dotyczy stosunku między nadawcą i odbiorcą komunikatów. Liczy się w nim budowanie klimatu rozmowy, otwartość, zaufanie, stanowczość, atrakcyjność.

Istotą wymiaru autoprezentacyjnego jest umiejętność kreowania swojego wizerunku.

A teraz przeanalizujmy poniższy przykład. Co swoimi wypowiedziami i zachowaniami komunikuje lekarz?

PRZYKŁAD

Pacjent: Dzień dobry panie doktorze.



Lekarz: *Dzień dobry, proszę usiąść (nie spoglądając na pacjentkę wciąż wypełnia dokumenty), słucham?*

P: *Panie doktorze, przyszedłam, ponieważ mój syn ostatnio bardzo często choruje. Pomyślałam, że dobrze by było zrobić mu jakieś badania. Czy może mi pan doktor wypisać skierowanie na badania krwi i moczu, CRP i wymaz z gardła?*

L: *I co jeszcze?*

W wymiarze merytorycznym lekarz odpowiada na powitanie, prosi o zajęcie miejsca i przedstawienie powodu wizyty, a po wyjaśnieniach pacjentki dopytuje o kolejne ewentualne oczekiwania. W wymiarze perswazyjnym chce, aby pacjentka sprecyzowała swoje oczekiwania (Słucham?) i je zredukowała (I co jeszcze?). W wymiarze relacyjnym wskazuje wyraźnie, że nie jest zainteresowany potrzebami pacjentki, traktuje ją instrumentalnie. W wymiarze autoprezentacyjnym ujawnia siebie jako osobę zapracowaną, niezainteresowaną potrzebami pacjentki i oburzoną z powodu wyartykułowanych przez kobietę oczekiwań.

Ten krótki dialog dostarcza dużej dawki informacji. Na tyle dużej, by wrażliwy obserwator mógł z łatwością określić, jak do pacjentki nastawiony jest lekarz.

KOMUNIKACJA WERBALNA

Komunikacja werbalna to komunikacja za pomocą słów. Słowa są częścią języka, a ten, wraz z zespołem zasad decydujących o sensie wypowiedzi, systemem, który służy do opisu rzeczy, zjawisk i stanów. Pełni dwie ważne funkcje: reprezentacyjną (opisuje rzeczywistość) oraz komunikacyjną (służy do porozumiewania się).

Zwykliśmy mówić, że ktoś posiada werbalną kompetencję komunikacyjną, jeśli potrafi posługiwać się językiem odpowiednim dla danej osoby, grupy i sytuacji. Na tę kompetencję składają się:

- umiejętność jasnego i precyzyjnego wyrażania własnych myśli,
- umiejętność zadawania pytań,
- umiejętność aktywnego słuchania,
- umiejętność budowania klimatu rozmowy za pomocą słów.

Aby precyzyjnie wyrażać to, co ma się do powiedzenia, warto stosować zasady znane jako maksymy Grice'a:

- mów tylko tyle, ile w danym momencie rozmowy jest potrzebne,
- mów o tym, o czego prawdziwości jesteś przekonany,
- mów na temat,
- unikaj dwuznaczności, niejasności, pustosłowia.

Nie sposób przecenić umiejętności zadawania pytań. Dzięki właściwym pytaniom możemy nawiązać kontakt z drugą osobą, okazać jej zainteresowanie, przede wszystkim jednak uzyskać interesujące nas informacje. Biorąc pod uwagę cel, w jakim zadawane są pytania, można je podzielić na dwie kategorie: zamknięte i otwarte.

Pytania zamknięte

- Zadajemy je, aby skoncentrować rozmowę na interesującym nas temacie, szybko dotrzeć do meritum, ograniczyć naszemu rozmówcy możliwość dywagowania.
- Zazwyczaj można na nie odpowiedzieć krótko lub używając partykuły „tak/nie”.
- Najczęściej zaczynają się od zaimka pytajnego „czy”.
Czy ma pan ból w klatce piersiowej?
Czy cierpi pani na bezsenność?

Odmianą pytań zamkniętych są pytania sugerujące

Czy zgodzi się pan ze mną, że profilaktyka zdrowotna jest równie ważna jak leczenie?
warunkowe

Czy będzie pan stosował się do zaleceń, jeśli przepiszę panu lek, który należy zażywać tylko raz dziennie?
alternatywne

Które rozwiązanie jest dla pani optymalne, to czy to?

Pytania otwarte

- Pozwalają prowadzącemu rozmowę zdobyć obszernie informacje o opiniach i poglądach swojego interlokutora.
- Umożliwiają rozmówcy rozwinięcie wypowiedzi.
- Sprzyjają budowaniu pozytywnego klimatu rozmowy.
- Dzięki nim rozmówca nie ma poczucia, że jest przesłuchiwany.

- Zazwyczaj rozpoczynają się od zaimków pytajnych: kto, gdzie, kiedy, co, jak, dlaczego.

Proszę powiedzieć jak doszło do urazu? Co zmieniło się w pana odczuciach po zastosowaniu tego leku?

Warto pamiętać, że zbyt częste zadawanie pytań zamkniętych może spowodować, że w rozmówcy zrodzi się poczucie wywierania presji. To zaś przełoży się, a przynajmniej istnieje takie ryzyko, na ograniczenie otwartości lub wręcz odmowę odpowiedzi. Wskazana jest sekwencja, w której pytania otwarte i zamknięte występują prawie naprzemiennie, np.: *Jakie są pana dolegliwości?; Co dzieje się, gdy zje pan tłusty, smażony posiłek?; Czy ból pojawiają się rano, na czczo?*

AKTYWNE SŁUCHANIE

Kolejną ważną kompetencją komunikacyjną jest umiejętność tzw. aktywnego słuchania. To jedna z najważniejszych umiejętności komunikacyjnych w ogóle – dzięki niej można dokładnie zrozumieć sens wypowiedzi, rozpoznać przekonania, intencje, sugestie. To także sposób, aby okazać zainteresowanie i szacunek rozmówcy, a przez to tworzyć sprzyjający rozmowie klimat. Słuchanie to nie tylko koncentracja uwagi na rozmówcy, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, potakiwanie, to także stosowanie konkretnych werbalnych technik komunikacyjnych takich jak parafrazowanie, precyzowanie, podsumowanie czy udzielanie informacji zwrotnej. Przedstawiam je poniżej.

Parafrazowanie

To powtórzenie własnymi słowami tego, co się zrozumiało z wypowiedzi rozmówcy. Często zaczyna się od słów: *Inaczej mówiąc... Powiedział pan, że... Czy chciał pan powiedzieć... O ile dobrze pana zrozumiałem...*

Precyzowanie

To dopytywanie o szczegóły, uściślanie wypowiedzi, wyjaśnianie zawiłych kwestii. *Co ma pan na myśli mówiąc... Dlaczego to jest dla pana ważne...*

Podsumowanie

To zwięzłe streszczenie rozmowy, uchwycenie jej ogólnego sensu. Sprowadza się do przedstawiania zasadniczych ustaleń w kilku zdaniach (często w punktach).

Podsumowanie rozmowy z pacjentem sprzyja zapamiętywaniu faktów i realizacji podjętych przez chorego zobowiązań. *Panie Kowalski, dzisiaj rozmawialiśmy o... Ustaliliśmy, że... Pana zadaniem od jutra jest... Tak?*

Informacja zwrotna

Informacja zwrotna to komunikat obrazujący jak zachowanie rozmówcy lub treści, które wypowiada, wpływają na prowadzącego rozmowę.

Charakterystyczne cechy informacji zwrotnej:

- opisuje – nie ocenia,
- jest konkretna (oparta na faktach),
- jest na czasie (im wcześniej przedstawiona tym lepiej),
- jest przekazana w zrozumiałym sposobie,
- jest komunikatem typu „ja” (widziałem, miałem wrażenie itp.),
- pokazuje związek przyczynowo-skutkowy.

Od kilku minut rozmawiamy o konieczności stałego przyjmowania leków na nadciśnienie. Ponieważ wciąż poddaje pan w wątpliwość moje zalecenia, mam wrażenie, że nie przekonałem pana wystarczająco. Proszę powiedzieć, dlaczego tak sceptycznie odnosi się pan do konieczności leczenia? Co jest zasadniczą trudnością?

Werbalna umiejętność budowania klimatu – to zdolność wykorzystywania słów do budowania atmosfery rozmowy. Celowi temu służy:

- posługiwanie się językiem swojego rozmówcy – stosowanie podobnych słów i sformułowań,
- naśladowanie sposobu mówienia rozmówcy – podobne tempo, tembr głosu, głośność, akcentacja...,
- tworzenie atmosfery aprobaty i zrozumienia (potwierdzenie: tak, rozumiem, prawda, że...),
- używanie pozytywnych sformułowań budzących pozytywne skojarzenia.

Podsumowując, dobry słuchacz to ten, który:

- utrzymuje kontakt wzrokowy,

- zadaje pytania, aby upewnić się, czy właściwie zrozumiał przekaz rozmówcy,
- parafrazuje, podsumowuje, przekazuje informacje zwrotne,
- nie ponagla rozmówcy,
- nie przerywa dyskusji,
- jest skoncentrowany na rozmówcy.

MOWA CIAŁA

Mowa ciała to przekaz niewerbalny. Składają się na nią: postawa; mimika; gesty (pantomimika); głos i jego cechy; sposób poruszania się; odległości, jakie przyjmujemy względem innych; miejsca oraz przestrzenie, które traktujemy jak swoje; wygląd zewnętrzny; nasze spojrzenie i zapach. Słowa są nośnikiem informacji, mowa ciała potęguje ich znaczenie i zwiększa czytelność – odkrywa intencje, postawy, emocje mówiącego.

Komunikując się zapominamy często o wydawałoby się banalnej kwestii – o odległościach pomiędzy interlokutorami. Jesteśmy pewni, że zdarzyło Ci się rozmawiać z osobą, która wyraźnie przekraczała akceptowalny przez Ciebie dystans. Co wtedy odczuwałeś? Dyskomfort, lęk, zniecierpliwienie? W takich sytuacjach odruchowo odsuwamy się zazwyczaj od rozmówcy. Poszukujemy bezpiecznej dla nas strefy. Uwarunkowania kulturowe decydują o tym, czy dany dystans uważamy za komfortowy. Inne odległości będą akceptowane przez osoby pochodzące z małych miejscowości, inne przez mieszkańców aglomeracji, a jeszcze inne przez Azjatów i Amerykanów itd. Z racji pełnionych obowiązków lekarze wkraczają często w strefy intymne swoich pacjentów. To strefy najbliższe każdemu z nas, dlatego warto zadbać o komfort i poczucie bezpieczeństwa pacjenta opisując, uprzedzając, uzasadniając podejmowane działania.

SCHEMAT ROZMOWY

Biorąc pod uwagę wszystkie opisane dotychczas zagadnienia, proponuję, aby w kontaktach z pacjentami stosowany był poniższy scenariusz. Aby mógł być lepiej zapamiętany opatrzyłem go nazwą **Scenariusz 7P** – to akronim pochodzący od 7 słów, które są niejako przystankami w drodze do sukcesu terapeutycznego.

Jeśli chcesz zastosować scenariusz 7P to:

- **powitaj** (otwórz rozmowę, zbuduj dobrą atmosferę spotkania),
- **przyjmij** (zezwól pacjentowi opowiedzieć dokładnie o tym, z czym przychodzi – wywiad),
- **precyzuj** (zbierz wywiad pogłębiony),
- **przebadaj** (wykonaj badanie lekarskie),
- **poinformuj** (przedstaw diagnozę i zalecenia),
- **potwierdź** (upewnij się, czy pacjent wszystko zrozumiał i podkreśl najważniejsze kwestie),
- **pożegnaj** (ustal kolejne kroki, termin ewentualnego spotkania, zakończ wizytę).

A teraz więcej szczegółów.

Powitaj

Zasadniczym celem tego etapu jest wywołanie pozytywnego pierwszego wrażenia, zbudowanie poczucia bezpieczeństwa i miłego klimatu spotkania. Służą temu: zaproszenie do gabinetu, przedstawienie się, przedstawienie planu spotkania, „small talking”, a jeszcze bardziej szczegółowo: właściwy kontakt wzrokowy, otwarta postawa ciała, pozytywne nastawienie (lekki uśmiech), spokojne tempo wypowiedzi, nieco niższy i umiarkowanej sile głos.

Warto unikać służbiściego tonu, podkreślania hierarchii czy krytykowania rozmówcy na wstępie.

Przyjmij to, z czym pacjent przychodzi, a więc pytaj i słuchaj

Zachęć pacjenta do przedstawienia jego sytuacji. Zastosuj tzw. lejek „od ogółu do szczegółu”. Zaczynaj od pytań otwartych (co, gdzie, kiedy, jak, dlaczego), ponieważ pozwolą one rozmówcy uzewnętrznić się, nie ograniczą chęci wypowiedzi, zbudują pozytywny klimat rozmowy. Dopiero teraz przejdź do pytań zamkniętych (czy), które pozwolą zatrzymać się na interesujących cię wątkach.

Precyzuj

Po zdefiniowaniu ważnego z twojego punktu widzenia obszaru, ustal szczegóły. Nie stosuj jednak pytań zamkniętych w kaskadach. Nie mogą one padać jedno po drugim, ponieważ sprawiają wrażenie wywierania presji, muszą pojawiać się naprzemiennie – pytanie otwarte, pytanie zamknięte (*Co pan odczuwał gdy... Czy towarzyszyły temu?*).

Gdy pacjent odpowiada, ty słuchaj, i to aktywnie. W tym celu: parafrazuj, powtarzaj własnymi słowami to, co zrozumiałeś z wypowiedzi rozmówcy, potwierdzaj, podsumowuj, dopytuj. To nie tylko sposoby na zrozumienie pacjenta, ale także wyraźny sygnał, że jesteś na nim skoncentrowany, że jest dla ciebie ważny.

Zdobywszy wszystkie niezbędne informacje, podsumuj to, co udało ci się ustalić z pacjentem. To szansa na uniknięcie komunikacyjnych nieporozumień (np. *Czyli dziecko czuje się źle od wczoraj, gorączkowało, temperatura sięgała do 38 stopni Celsjusza, obecnie nie gorączkuje, od rana do teraz miało 3 luźne stolce...*).

Przebadaj

Pamiętaj, że czynności instrumentalne związane z badaniem także są źródłem lęku – informuj, co zamierzasz zrobić i dlaczego chcesz to zrobić.

Poinformuj

Przedstaw diagnozę i jej uzasadnienie (wskaż, na czym ją opierasz). Omów z pacjentem zalecenia. Używaj argumentów, które utwierdzą chorego w przekonaniu, że twoja propozycja lecznicza będzie naprawdę skuteczna (np. *Infekcja ma charakter bakteryjny, dlatego przepiszę panu antybiotyki*). Nie strój od pytań, które pozwolą ustalić, czy twój przekaz jest dla pacjenta zrozumiały.

Potwierdź

Podsumuj wizytę (np. *Dziecko ma zapalenie ucha środkowego, przez najbliższe 10 dni będzie otrzymywało... Czy macie Państwo pytania?*).

Pożegnaj

Dziękuję, zapraszam na wizytę kontrolną... W razie potrzeby proszę o...

Warto zadbać o to, aby pierwsze wrażenie, jakie wywieramy na swoim rozmówcy, było pozytywne. Jego waga związana jest z tzw. efektem aureoli. To zniekształcenie poznawcze polegające na dokonywaniu automatycznej oceny osoby lub zdarzenia na podstawie jednego lub kilku elementów zaobserwowanych w pierwszych sekundach. Jeśli naszą uwagę przykuły bodźce pozytywne, interlokutorowi będziemy przypisywać pozytywne cechy osobowościowe (efekt Galatei). Jeśli były to elementy negatywne, to kolejne właściwości przypisywane danej osobie też takie będą (efekt Golema).

Nie wszystkie cechy mają moc wywoływania tego efektu. Te, które z pewnością to czynią zawierają się w kategoriach: mądrość/głupota, dobroć/zło, atrakcyjność/nieatrakcyjność fizyczna, wygląd zewnętrzny (schludny/niechludny).

PODSUMOWANIE

Na zakończenie chciałbym podkreślić, że rozmowa lekarza z pacjentem jest kluczem nie tylko do postawienia trafnej diagnozy czy zalecenia odpowiedniego leczenia, ale także okazją do zbudowania pozytywnej postawy wobec medyka i jego zaleceń. Presja czasu związana z liczbą przyjmowanych dziennie pacjentów jest często tak duża, że przeważającą część wizyty zajmują czynności instrumentalne (badanie fizykalne, pomiar ciśnienia, EKG, USG itp.) a czynności ekspresyjne (ukierunkowane na stan emocjonalny pacjenta) są mocno ograniczane. Bardzo nad tym ubolewam. Pomimo niesprzyjających okoliczności zachęcam do wytrwałych ćwiczeń w zakresie umiejętności komunikacyjnych. Ich efektem będzie dobra współpraca, wysoka skuteczność i obustronna satysfakcja.

Piśmiennictwo:

McKay M., Davis M., Fanning P., *Sztuka skutecznego porozumiewania się*. GWP, Gdańsk 2004.

Król-Fijewska M., *Stanowczo, łagodnie, bez lęku*. GWP, Gdańsk 2003.

Aronson E., Akert Robin M., Wilson D. Timothy, *Psychologia społeczna – serce i umysł*. Zys i S-ka, Warszawa 2012.

Jakub Trnka

Strzelectwo – pasja na całe życie

Odkąd pamiętam interesowała mnie historia broni, barwy mundurów, wszelkie militaria oraz strzelectwo. Członkostwo w sekcji strzeleckiej Wojskowego Klubu Sportowego „Śląsk” umożliwiło mi rozpoczęcie treningów i pierwsze starty w zawodach sportowych. Moim ówczesnym trenerem był Kazimierz Kurzawski, laureat olimpiady w Tokio w konkurencji pistolet dowolny. Zacząłem wygrywać pierwsze zawody strzeleckie.

W latach 90. okazało się, że wiele moich zainteresowań mogę realizować w ramach Bractwa Kurkowego. W tym czasie w Polsce Bractwa Kurkowe przeżywały swój renesans i powstawały w wielu miastach.

Bractwa Kurkowe to organizacje mieszczańskie, wywodzące się ze średniowiecznych bractw strzeleckich, których zadaniem była obrona miast. Początkowo strzelano z łuków i kusz, potem z broni palnej. Na treningach i zawodach strzelano do tradycyjnej tarczy w kształcie kura, stąd nazwa.

W roku 1994 powstało Bractwo Kurkowe Miasta Wrocławia, którego byłem jednym ze współzałożycieli i do dzisiaj pełnię w nim różne funkcje. Nasze Bractwo nawiązuje do tradycji m.in. Lwowskiego

Na zawodach Bractwa strzelamy z broni czarnoprotechowej. ◀
Obowiązują mundury brackie.



Bractwa Kurkowego i skupia przedstawicieli różnych zawodów. Naszą dewizą jest: „Ćwicz oko i dłoń w Ojczyzny obronie”, dlatego też regularnie organizujemy ćwiczenia strzeleckie. Siedzibą Bractwa jest Arsenał Miejski.

Nasze Bractwo bierze aktywny udział w życiu Wrocławia. Prowadzimy m.in. działalność charytatywną, organizujemy treningi i zawody strzeleckie dla mieszkańców miasta. Sfinansowaliśmy też replikę historycznej statuetki niedźwiadka przy wejściu do Piwnicy Świdnickiej. Bractwo ufundowało nagrodę – statuetkę „Złotego Niedźwiadka”, o którą każdego roku w czerwcu rywalizują członkowie Bractw Kurkowych

► Odbieram zwycięską, bardzo prestiżową nagrodę – statuetkę „Złotego Niedźwiadka”.

z całej Polski. Pierwsze zawody odbyły się w 1998 roku. Pomimo ogromnej konkurencji udało mi się je wygrać.

Zainteresowanie strzelectwem łączy się z moją inną pasją – medycyną sądową. W praktyce sądowo-lekarskiej wiedza o różnych rodzajach broni palnej, typach używanych pocisków, zasadach balistyki jest bezcenna. A taką wiedzę można zdobyć m.in. na strzelnicy. Pozwala to medykowi sądowemu ustalić, z jakiej broni strzelano do ofiary, z jakiej odległości, pod jakim kątem, jakich pocisków używał sprawca. Nieraz do spraw trudnych należy rozstrzygnięcie czy mamy do czynienia z samobójstwem, czy zabójstwem, a może z zabójstwem upozorowanym na samobójstwo? Zdarzają się także przypadki samobójstw upozorowane na zabójstwa. Tymi zagadnieniami zajmuje się m.in. balistyka sądowo-lekarska.

Od samego początku powstania Bractwa Kurkowego Miasta Wrocławia jego członkami byli także lekarze. Trzeba tu szczególnie wspomnieć dr. n. med. Tadeusza Myczkowskiego, specjalistę chirurgii plastycznej, ordynatora Oddziału Chirurgii Plastycznej ówczesnego Szpitala Kolejowego we Wrocławiu. Był inicjatorem powstania, współzałożycielem i od 1996 roku hetmanem naszego Bractwa. Zorganizował jego strukturę i zwyczaje. Zaprojektował także nasze piękne mundury. ■



▼ Jestem na zawodach sportowych w cywilu



▼ Bractwo Kurkowe Miasta Wrocławia przed swoją siedzibą – Arsenalem Miejskim. Stoję czwarty od prawej. W środku stoi Hetman Bractwa dr Tadeusz Myczkowski.



Najważniejszy nauczyciel życia

Ich codzienność związana jest z medycyną. Ale gdy tylko mają taką możliwość, wkładają odpowiednie obuwie i dają się ponieść rytmom muzyki. Trzy kobiety, które łączy nie tylko praca zawodowa, ale także niegasnąca pasja do tańca. Co daje im taniec? Czego ich uczy? A jakich poświęceń wymaga? W rozmowie z Aleksandrą Szoltys odpowiadają: Anna Korzeniowska, studentka 4. roku Wydziału Lekarskiego UM we Wrocławiu, lek. dent. Aleksandra Oźga oraz lek. Małgorzata Kowalik-Jagodzińska.

Miłość od pierwszego... kroku

Jak zaczęła się ich przygoda z tańcem? Co było pierwsze: taniec czy medycyna? Rozmówczynie odpowiadają zgodnie – pierwszy był taniec! – Na pierwsze zajęcia z tańca zaprowadziła mnie moja babcia, gdy miałam zaledwie 5 lat. Początkowo taniec traktowałam jedynie jako rozrywkę, natomiast kiedy rozpoczęłam rywalizację turniejową, stał się on całym moim życiem – mówi lek. Małgorzata Kowalik-Jagodzińska. Anna Korzeniowska swoją przygodę z tańcem rozpoczęła w wieku 6 lat, kiedy to zaczęła uczęszczać na zajęcia tańca towarzyskiego w szkole. Z kolei historia Aleksandry Oźgi i tańca zaczęła się dość niepozornie. – Razem z mamą poszłam odebrać brata z zajęć. Wtedy po raz pierwszy zobaczyłam na parkiecie kolorowe pary sunące tanecznymi krokami po parkiecie w rytm chwytającej za serce muzyki. Stałam i nie mogłam oderwać wzroku od tego pięknego, magicznego obrazka. Wtedy wiedziałam, że chcę wziąć w tym udział, chcę, żeby taniec towarzyszył mi w życiu. Następnego dnia na parkiecie obok mojego brata byłam ja i moja młodsza siostra (śmiech) – wspomina Aleksandra Oźga.

Uwiedzione przez taniec

Tempo, takt, kroki, charakter, muzyka – poszczególne style taneczne różnią się pod tak wieloma aspektami, że każdy może znaleźć swój idealny. Serce lekarskiego trio skradł jednak taniec towarzyski. Małgorzata Kowalik-Jagodzińska i Anna Korzeniowska preferują taniec standardowy. – Myślę, że elegancja tego stylu i muzyka uwiódły mnie najbardziej – podkreśla pierwsza z nich. Walc angielski, tango, walc wiedeński, foxtrot, quickstep – to ulubione tańce Anny Korzeniowskiej. – Uważam, że nie ma drugiej takiej formy tańca, która dostarcza aż tak wiele przyjemności. Fascynująca jest w nim ciągła rozmowa między dwiema osobami, tyle że bez użycia głosu. Partner prowadzi, a partnerka na to reaguje. Wymaga to bardzo dużej świadomości swojego ciała i ruchów ciała partnera. Na pewnym poziomie myślę, że to właśnie ta umiejętność sprawia tancerzom tyle radości – dodaje studentka medycyny.

Styl najbliższy Aleksandrze Oźdze to taniec latynoamerykański. – Do tej grupy zaliczamy: sambę, chachę, rumbę, pasodoble i jive'a. Bardzo istotnym elementem w tym tanecznym sporcie jest muzyka, która stanowi mieszaninę rytmów muzyki amerykańskiej, hiszpańsko-portugalskiej i indiańskiej. Tańce te pozwalają kobiecie poczuć się pięknie i zmysłowo. Do tego dochodzi jeszcze aspekt wizualny: stroje przypominają karnawał w Rio de Janeiro – są kolorowe, szalone, czasem abstrakcyjne.

Energia, która temu towarzyszy, jest mocno uzależniająca – opowiada o swojej pasji Aleksandra Oźga.

Pasja pełna wyrzeczeń

Studia medyczne, a później zawód medyka, są bardzo wymagające. Jak udaje się to połączyć z taneczną pasją? Dla Anny Korzeniowskiej podstawą jest dobra organizacja. – Od początku mojej kariery tanecznej (a trwa już 16 lat!) musiałam nauczyć się zorganizować dzień na tyle dobrze, by mieć czas na obowiązki szkolne, a potem na treningi taneczne. Często uczyłam się po nocach, opuszczałam spotkania rodzinne czy te w gronie znajomych – przyznaje. W tym wszystkim Anna Korzeniowska ma jednak ogromne wsparcie. – Stałym motorem napędowym była i wciąż jest moja Mama. Zawsze mnie wspiera i motywuje. Zarówno w tych dobrych, ale co ważniejsze, w tych trudnych chwilach, kiedy bardzo poważnie myślałam o zakończeniu kariery tanecznej, bo było mi zwyczajnie za trudno. Mama zawsze mówiła wtedy, że to tylko gorszy moment, w którym trzeba zagryźć zęby, a potem już będzie dobrze.

Kluczem do sukcesu w przypadku Aleksandry Oźgi również była dobra organizacja. – Od samego początku musiałam bardzo zwinnie gospodarować swoim czasem, żeby ze wszystkim zdążyć. Jednak z racji tego, że od małego przyzwyczajałam się do takiego trybu życia, dzisiaj jest mi dużo łatwiej łączyć pracę z pasją.

A jak swoje taneczne początki wspomina Małgorzata Kowalik-Jagodzińska? – Momentami było bardzo trudno. W treningach brałam udział średnio 4 razy w tygodniu. Brak czasu na naukę działał na mnie jednak mobilizująco i spędzałam go nad wyraz efektywnie.

Nieustanna nauka

Treningi, samodyscyplina, silna wola, pracowitość – to tylko niektóre z wymagań, jakie stawia przed tańczącymi ta aktywność. A co poza tym?

Dla Małgorzaty Kowalik-Jagodzińskiej taniec wymaga zarówno kondycji fizycznej, jak i elegancji. – Wysiłek w tańcu może spokojnie równać się z biegami długodystansowymi. Tańce standardowe wymagają również utrzymania nienagannej sylwetki i tzw. ramy, co dodatkowo wiąże się z mobilizacją mięśni całego ciała. Zważywszy, że taniec jest dodatkowo dziedziną artystyczną, mimo bólu i zmęczenia, nie możemy zapominać o mimice, uśmiechu czy podziękowaniach dla publiczności.



Fot. z archiwum A. K.

▶ ANNA KORZENIOWSKA

22-letnia studentka 4. roku kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Anna Korzeniowska z partnerem w tańcu towarzyskim

Anna Korzeniowska zwraca uwagę na jeszcze inny aspekt. – Taniec wymaga przede wszystkim czystej głowy. Podczas treningu trzeba nauczyć się wyłączać myślenie o problemach życia codziennego. Jeśli się tego nie zrobi, żaden krok taneczny nie sprawi nam przyjemności.

Z kolei dla Aleksandry Ożgi taniec to nieustanna nauka. – Nie tylko nauka kroków, ruchów czy przejść. Taniec to przede wszystkim nauka samodyscypliny. Wymaga ode mnie wiele poświęcenia, zaangażowania, pasji, chęci ciągłego doskonalenia się, jak również żelaznej kondycji oraz skupienia.

Jak w każdym sporcie, potrzebne są treningi

A tych w życiu moich rozmówczyń jest bardzo dużo. Anna Korzeniowska trenuje z partnerem 4-5 razy w tygodniu po około dwie godziny dziennie. – Wiadomo jednak, że kiedy zbliża się turniej, ta intensywność treningów zwiększa się. Oprócz treningów tanecznych, trenuję też sama w domu i pływam.

Ile czasu poświęca na treningi Aleksandra Ożga? – Sporo, chociaż kiedyś było tego jeszcze więcej. Od podstawówki do klasy maturalnej na parkiecie spędzałam od dwóch do trzech godzin dziennie. Do tego dochodziły turnieje w każdy weekend. Bardzo często tańczyłam siedem dni w tygodniu.

Małgorzata Kowalik-Jagodźńska wspomina, że najbardziej intensywnym okresem w treningach była szkoła średnia i okres studiów. – Treningów było około 3-4 w ciągu tygodnia roboczego, natomiast w weekendy wyjeżdżałam na zawody lub szkolenia. Praktycznie nie było mnie w domu. Niestety, to z perspektywy tancerza czy trenerów było ciągle zbyt mało, ale nie było to wykonalne przy moich planach na przyszłość.

Ale taniec rekompensuje wszystko!

Co daje taniec? Co dzięki niemu się zyskuje? Rozmówczynie są zgodne – przede wszystkim kształtuje charakter. – Śmiało mogę stwierdzić, że nie byłabym tak zawziętą i pracowitą osobą, gdyby nie taniec. Myślę, że któregośkolwiek sportowca nie wzięlibyśmy pod lupę, każdy powiedziałby, że

sport uczy pokory i właśnie wytrwałości w dążeniu do celu – przyznaje Anna Korzeniowska.

– Taniec nauczył mnie żelaznej dyscypliny, zadaniowego podchodzenia do problemów, jak i ich rozwiązywania. Mogę zaryzykować nawet tezę, że gdyby nie taniec, nie byłabym w tym punkcie kariery, w którym jestem teraz. Poprzez taniec młody człowiek w kuźni potu i łez przekuwa swoje lęki, słabe strony na siłę i pewność siebie – mówi Aleksandra Ożga. – Od pierwszej klasy podstawówki spędzałam codziennie po szkole godziny na parkiecie. Wszystko, co musiałam zrobić w domu do szkoły, robiłam od razu, szybko i sprawnie, bo tylko tak mogłam ze wszystkim zdążyć. Nie było czasu na narzekanie czy dąsanie się. Trzeba było działać. Oprócz tego taniec, poza umiejętnością odnalezienia się na parkiecie przy dowolnej muzyce, dał mi pewność siebie oraz znajomości i przyjaźnie na całe życie. Taniec był jednym z moich najważniejszych nauczycieli życia.

Małgorzata Kowalik-Jagodźńska, która z racji obowiązków zawodowych musiała zawiesić taneczną aktywność, dodaje: – To, co po tańcu mi pozostało, to zdyscyplinowanie

ALEKSANDRA OŹGA-ROJEK

Urodziła się i mieszka we Wrocławiu. Tu w 2019 roku ukończyła Uniwersytet Medyczny z tytułem lekarza dentysty. Pracuje jako stomatolog we Wrocławiu i okolicach oraz jest asystentem dydaktycznym na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu na Wydziale Lekarsko-Stomatologicznym.



Aleksandra Ożga podczas pokazu tanecznego z partnerującym bratem

Fot. archiwum A. O-R.

i umiejętność łączenia wielu obowiązków jednocześnie. Sama o sobie mówi „tancerz na emeryturze”. – Każdy trening wspominam jako odskocznnię od codzienności, a każde zawody jako szansę pocucia się kimś lepszym, ciekawszym. Taniec dawał mi ogromną przyjemność, a także niesamowitą odwagę i pewność siebie.

Taniec bywa zaraźliwy

Swoją niewyczerpaną pasją tancerki zarażają też ludzi wokół! Pierwszą osobą, w którą wszczepiła tanecznego bakcyla Aleksandra Ożga, była jej młodsza siostra. Innego razu na jednym z turniejów koleżanki ze szkoły tak zachwyciły się jej pokazem, że same zapisały się do szkoły tańca lub chciały, by Aleksandra je uczyła. Jak mówi, taniec jest radością, więc bardzo łatwo nim kogoś zarazić!

Dzięki Małgorzacie Kowalik-Jagodzińskiej jej mąż nauczył się pocucia rytmu, a nawet zapisał się na kurs tańca towarzyskiego. Doktorantka w Katedrze Okulistyki UM we Wrocławiu przyznaje, że wciąż pracuje nad tym, by przekonać męża do tańców latynoamerykańskich czy salsy.

Reakcje na wiadomość, że tańczą, bywają różne!

Anna Korzeniowska wspomina zabawną sytuację: – Kiedyś na praktykach wakacyjnych na Oddziale Chirurgii Ogólnej, gdy pacjent usłyszał, że tańczę, od razu chciał wstać z łóżka i zacząć ze mną tańczyć.

A jak na wiadomość, że Aleksandra Ożga tańczy, reagują jej pacjenci i współpracownicy? – Są mocno zdziwieni, zazwyczaj ciężko jest im połączyć lekarza w mundurku, czepku i masce z wizerunkiem umalowanej mocnym makijażem tancerki występującej w kolorowej scenicznej sukience na parkiecie. Bardzo często zadają pytania, chcą zobaczyć filmiki czy zdjęcia. Taniec towarzyski w Polsce nie jest popularnym sportem, dlatego gdy pacjenci lub współpracownicy dowiedzą się, że jestem czynną tancerką, chcą wiedzieć się o tym świecie troszkę więcej. Podczas leczenia zazwyczaj nie ma na to czasu, dlatego staram się unikać tego tematu (śmiech).

Z kolei Małgorzata Kowalik-Jagodzińska mówi tak: – Na pewno nie wszyscy wiedzą o mojej pasji, a już na pewno nie pacjenci, ponieważ odkąd pracuję jako lekarz, nie tańczę zawodniczo. Reakcje są zawsze bardzo pozytywne co do mojego zdyscyplinowania podczas studiów. Kiedy pokazuję zdjęcia, nie mogą uwierzyć, że to wciąż ta sama osoba.

Jest się czym pochwalić!

Małgorzata Kowalik-Jagodzińska międzynarodową klasę taneczną S w tańcach standardowych otrzymała w wieku 16 lat. Wraz z ówczesnym partnerem Krzysztofem Szostkiem uplasowała się w półfinale mistrzostw Polski par młodzieżowych i niejednokrotnie w finałach zagranicznych turniejów międzynarodowych, m.in. w Linzu czy Pradze (2010 r.) oraz na podiach w turniejach Grand Prix Polski. – W trakcie studiów, kiedy startowałam już w kategorii par dorosłych, zdobyłam 4. miejsce podczas Akademickich Mistrzostw Polski w 2014 r., 14. miejsce na Mistrzostwach Polski par dorosłych w 2013 r. i również w 2013 r. finałowe 7. miejsce na międzynarodowym turnieju w kategorii Rising Stars w Brnie – podsumowuje swoje sukcesy Małgorzata Kowalik-Jagodzińska.



Fot. archiwum M. K.-J.

▶ MAŁGORZATA KOWALIK-JAGODZIŃSKA

Jest lekarzem rezydentem w Klinice Okulistyki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu oraz doktorantem w Katedrze Okulistyki Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Małgorzata Kowalik-Jagodzińska z partnerem.
Grand Prix Dancesport 2010 – Linz

Aleksandra Ożga ma na swoim koncie najwyższą międzynarodową sportową klasę taneczną S w stylu latynoamerykańskim oraz klasę A w stylu standardowym. – Trudno opisać jeden największy taneczny sukces. Byłam kilkakrotną finalistką mistrzostw Polski oraz Akademickich Mistrzostw Polski. Jestem dumna z reprezentowania naszego kraju na turniejach międzynarodowych. Bardzo cieszę się, że swoją pasją mogę dzielić się z dziećmi i młodzieżą. Prowadziłam także taneczno-rehabilitacyjne zajęcia z dziećmi cierpiącymi na reumatoidalne zapalenie stawów i dla mnie to właśnie ten fakt pomocy osobom potrzebującym poprzez taniec jest ogromnym sukcesem.

Dla Anny Korzeniowskiej największym tanecznym sukcesem był półfinał Mistrzostw Polski w klasach w obydwu stylach: standardowym i latynoamerykańskim. Choć, jak sama przyznaje, chciałaby osiągnąć dużo więcej! – Tyle, że znowu schodzimy do tematu pokory: studiując medycynę i aspirując do bycia rzetelnym i profesjonalnym lekarzem, nie da się spędzać na sali tyle samo czasu, ile spędzają współzawodnicy zajmujący się na co dzień wyłącznie tańcem. Dlatego moim głównym osiągnięciem jest fakt, że ilekroć nie przychodziłabym na salę treningową, zawsze czerpię z tego maksimum przyjemności i zabawy.

Lekarz, który tańczy czy tancerz, który leczy?

Co jest im bliższe?

– Mimo że nie tańczę już od 7 lat, nie jestem w stanie przestać być tancerzem, bo to trochę jak stan ducha. Na pewno spełniam się w roli lekarza, ale 17 lat spędzonych na parkiecie to więcej niż w lekarskim kitlu – mówi Małgorzata Kowalik-Jagodzińska.

Dla Anny Korzeniowskiej taniec gra w życiu bardzo ważną rolę i jest pewna, że pozostanie w nim na zawsze, ale odpowiada bez namysłu – przyszłym lekarzem, który tańczy! – i dodaje: – Zdecydowanie chcę być lekarzem z krwi i kości. A po pracy będę zapraszać koleżanki, kolegów i pacjentów na taneczny parkiet – taki jest plan!

Bez namysłu odpowiada również Aleksandra Ożga. – Zdecydowanie lekarz, który tańczy. Zawsze chciałam zostać lekarzem. Zdecydowałam się na bardzo trudny i odpowiedzialny zawód,

który powinien być wybrany z powołania, z chęci niesienia pomocy. I tak właśnie jest, dlatego zawsze będzie on przed przyjemnościami. A taniec? Taniec był, jest i będzie moją pasją, chwilą dla wytchnienia, odskocznią od trudów życia codziennego – czasem dla mnie.

Jakie są ich taneczne plany lub marzenia na przyszłość?

– Dalej chcę tańczyć. Chcę spełniać się jako instruktorka tańca, zarażać tym pięknym, szlachetnym sportem. Chcę poznawać i kosztować nowe style taneczne. Jest jeszcze bardzo dużo do odkrycia i to mnie fascynuje – zdradza Aleksandra Ożga.

Ambicji nie brakuje również Annie Korzeniowskiej. – Cały czas marzę o tym, by zatańczyć w finale mistrzostw Polski. Czy się uda? Zobaczmy, ale cele trzeba mieć i należy robić wszystko, aby udało się je zrealizować.

Rozańczona marzenia ma i Małgorzata Kowalik-Jagodzińska. – Chciałabym wrócić na parkiet, ale nie myślę już w żadnym wypadku o rywalizacji zawodniczej. Pragnęłabym jedynie znaleźć choć kilka godzin w tygodniu, żeby móc raz jeszcze czerpać z tańca to, co najlepsze. ■



ZŁOTY JUBILEUSZ

W dniach 9 i 10 września 2022 r. spotkali się absolwenci Oddziału Stomatologii, którzy ukończyli studia w roku 1972. W pierwszym dniu spacer po Ostrowie Tumskim przypomniał im młode lata. Niespodzianką było spotkanie z patronem Wrocławia błogosławionym Czesławem, który ukazał się w pozostałościach zamku książęcego z czasów najazdu tatarskiego w roku 1241. W błogosławionego dominikanina wcielił się jeden z przewodników miejskich, a towarzyszyła mu przebrana za mieszczkę organizatorka spotkania. W nowej restauracji „Rajskie Ogrody”, tuż przy moście Tumskim, przy wytwornych daniach zaczęły się pierwsze wspomnienia.

Kulminacyjnym momentem jubileuszowej uroczystości było spotkanie z władzami uczelni w siedzibie naszej Izby, które poprzedziło śniadanie studenckie w nowej restauracji „Golden Record Club”. Następnie urzędujący dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego naszego uniwersytetu prof. dr hab. Marcin Mikulewicz w towarzystwie prodziekana prof. Macieja Dobrzyńskiego dokonał uroczystego wręczenia odnowionych dyplomów. Wśród odbierających dyplom znalazła się matka prof. Mikulewicza. Prof. Mikulewicz w krótkim wystąpieniu



► Uroczą mieszczkę, czyli organizatorkę spotkania

Zakapturzony mnich to patron Wrocławia, dominikanin błogosławiony Czesław ◀



Fot. z archiwum autorki

przedstawił perspektywy rozwoju wrocławskiej stomatologii. Do zebranych przemówił też prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej dr Paweł Wróblewski, a każdy z uczestników otrzymał w prezencie od Izby książkę Jerzego Bogdana Kosa „Mistrzowie wrocławskiej medycyny”. Uroczystość uświetniła też swoją obecnością wiceprzewodnicząca Dolnośląskiej Rady Lekarskiej dr Bożena Kaniak. Występ chóru Medici Cantantes pod batutą Magdaleny Wojtas był kolejnym punktem uroczystości. Na zakończenie zebrani obejrzeli film z otwarcia gabinetu profesorostwa Hanny i Ludwika Hirszfeldów, który to gabinet mogli też obejrzeć. Wykład okolicznościowy był filmem obrazującym spacer po dzielnicy starych uniwersyteckich klinik. Wspólne zdjęcie udokumentowało to wyjątkowe spotkanie po latach. Wieczorem uroczysta kolacja w hotelu „Scandic” była akcentem kończącym Jubileuszowy Zjazd. ■

Elżbieta Wronecka



Fot. z archiwum D.R.

Złożono hołd ofiarom obozu zagłady Gross-Rosen w Rogoźnicy

W niedzielę, 4 września 2022, na terenie niemieckiego obozu koncentracyjnego Gross-Rosen w Rogoźnicy odbyły się uroczystości upamiętniające ofiary II wojny światowej. Zorganizowane zostały przez Muzeum Gross-Rosen, Urząd Miejski w Strzegomiu i Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej. Uroczystości takie odbywają się corocznie, ale przez ostatnie dwa lata pandemia je uniemożliwiła i po dwóch latach znów mogliśmy tam być, by uczcić pamięć tych, których podczas morderczej pracy, krew i pot wsiąkały w tę ziemię i tych, których tu bestialsko zamordowano. Wśród uczestników najważniejsi to ostatni z żyjących, byli więźniowie KL Gross-Rosen, panowie Waclaw Bryjanowski (urodzony w 1925 roku) i Ignacy Kurczyński, oraz więźniowie innych obozów, a także kombatan ci i inwalidzi wojenni z Dolnego Śląska, Czech i Wielkopolski. Udział w uroczystości wzięli także wicewojewoda dolnośląski Bogusław Szpytma, ks. Adam Szpotański z wrocławskiego Oddziału Instytutu Pamięci Narodowej, władze państwowe, samorządowe, przedstawiciele parlamentu i służb resortowych, młodzież szkolna, w tym licznie harcerze ZHR, strażacy, żołnierze, orkiestra wojskowa Wyższej Szkoły Wojsk Lądowych we Wrocławiu oraz liczni uczestnicy. Obecna była też delegacja Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: wiceprezes DIL ds. Delegatury Wałbrzyskiej Dorota Radziszewska i przewodnicząca Koła Terenowego DIL w Świdnicy Krystyna Michalak oraz wiceprezes DIL ds. Delegatury Jeleniogórskiej Barbara Polek. Chwilą ciszy uczczono pamięć więźniów, którzy odeszli w ostatnich latach. Po wystąpieniach zaproszonych gości i odczytaniu okolicznościowych listów: szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów pośła Michała Dworczyka i szefa Urzędu ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych Jana Kasprzyka, ks. biskup diecezjalny Marek Mendyk odprawił uroczystą koncelebrowaną mszę św. w intencji ofiar tego obozu i wszystkich ofiar II wojny światowej. Z wszystkich wystąpień wypływało przesłanie: HISTORIA JEST

NAUKĄ ŻYCIA, NIGDY NIE WOLNO DOPUŚCIĆ, ABY WRÓCIŁY CZASY WOJNY I OKRUCIEŃSTWA.

Z inicjatywy harcerzy uroczystości towarzyszyły relikwie i wizerunek męczennika, bł. ks. Wincentego Frelichowskiego, patrona harcerzy. Warto tę postać przybliżyć: aresztowany został na początku wojny, jako młody ksiądz. Pięć lat spędził w różnych więzieniach i obozach. Przebywał kolejno w Forcie VII w Toruniu, Nowym Porcie Gdańskim, Stutthofie, Sachsenhausen oraz w Dachau. Tam z narażeniem życia organizował życie religijne więźniom, podtrzymywał na duchu, był stale przy chorych i umierających. Współwięźniowie wspominali, że był dla nich wielkim wsparciem. Zmarł w Dachau 23 lutego 1945 roku, krótko przed wyzwoleniem obozu, na tyfus plamisty. Tyfusem zaraził się od chorych, którym posługiwał w ostatnich godzinach ich życia. Zaraz po jego śmierci, jeszcze w Dachau, współwięźniowie w tajemnicy spisali o nim wspomnienia. Stanisław Bieńka, student medycyny, współwięzień zatrudniony przy chorych i wywożeniu ciał zmarłych, zachował fragmenty kości jego palców. Udało się odlać pośmiertną maskę i jedną część kości w niej umieścić, a drugą schować w kawałku wapna w blaszanym pudełku. Po wojnie otrzymała je rodzina. Ks. Wincenty Frelichowski został beatyfikowany w 1999 r., a w 2003 r. ogłoszony patronem polskich harcerzy. Wzruszający był Apel Pamięci przygotowany przez harcerzy, po którym oddano hołd ofiarom składając pod Pomnikiem – Mauzoleum wieńce i wiązanki.

Po zakończeniu uroczystości zwiedzając obozowe baraki miałyśmy okazję i przyjemność spotkać się z panem Waclawem Bryjanowskim, którego wspomnień wysłuchałyśmy z ogromnym zainteresowaniem. Na uroczystości przyjechał z rodziną – z wrocławskimi lekarzami, państwem Marzeną i Jakubem Cieszyńskimi oraz wnuczką Martyną – stomatologiem. Myślę, że bliscy pana Waclawa, jak i wrocławscy stomatolodzy mają również w pamięci, szczególnie w tym czasie, profesora Anto-



Pan Wacław Bryjanowski z rodziną – lekarzami córką Marzeną internistką i zięciem Jakubem Cieszyńskimi ortopedą oraz wnuczką Martyną – lekarzem stomatologiem.

niego Cieszyńskiego, twórcę stomatologii polskiej i jednego z jej światowych pionierów, który aresztowany przez Niemców, w lipcu 1941 roku, tuż po ich wkroczeniu do Lwowa, został rozstrzelany wraz z grupą 25 polskich profesorów wyższych uczelni Lwowa.

Z Wrocławiem złączyły pana Wacława wojenne losy, bowiem w wieku 14 lat został wywieziony z rodzinnego Wielunia właśnie tutaj do obozu pracy, gdzie przez 3 lata pracował jako młodociany robotnik przymusowy. Za udział w obozowej konspiracyjnej organizacji „Wrocław będzie polski” został zesłany jako więzień polityczny do KL Gross-Rosen, a stamtąd na krótko przed końcem wojny do Mauthausen-Gusen. Przeżył dzięki młodości i umiejętności pracy ślusarskiej. Po wojnie ukończył studia inżynierskie i zamieszkał we Wrocławiu. Mieszka tu do dzisiaj i jest żywym świadkiem tragicznej historii. Pomimo wieku jest w wspaniałej kondycji zwłaszcza intelektualnej. Opowiadał nam o ewakuacji więźniów obozu w styczniu 1944 roku i ich dalszych losach. Spotkałyśmy również innego więźnia 93-letniego żołnierza AK z innego obozu, który przyjechał na uroczystość do Gross-Rosen jak twierdził po to, aby ludzie nie zapominali o OKRUCIEŃSTWACH WOJNY, o prześladowaniach więźniów również tuż po wojnie, o swoich pobytach w więzieniach komunistycznych.

W obozie Gross-Rosen więziono o wielu lekarzy, między innymi profesora naszej Alma Mater Stanisława Potoczka (1923-2013).

W ubiegłym roku nawiązaliśmy współpracę jako DIL wspólnie z UM we Wrocławiu z Muzeum w Gross-Rosen. Ufundowaliśmy tablicę upamiętniającą męczeństwo lekarzy, o czym pisaliśmy już w naszym „Medium” (wrzesień 2021, s. 27). ■

Barbara Polek, Dorota Radziszewska



Z wieńcem delegacja Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: od lewej lek. stom. Barbara Polek wiceprezes DIL ds. Delegatury Jeleniogórskiej, lek. Krystyna Michalak przewodnicząca Koła Trenowego DIL w Świdnicy i dr Dorota Radziszewska wiceprezes DIL ds. Delegatury Wałbrzyskiej.





W drodze do bazyliki



Ołtarz główny. Salezjanin ks. Marek opowiada o historii świątyni.

Fot. z archiwum Z. M.

Seniorzy odwiedzili Trzebnicę

Sobota, 17 września. Pochmurny i chłodny poranek. Auto-Skar czekał na seniorów wybierających się na wycieczkę do Trzebnicy. Tym razem celem była bazylika z sanktuarium św. Jadwigi Śląskiej i klasztor w Trzebnicy. Ufundowane przez księcia Henryka Brodatego i jego żonę Jadwigę w 1202, stał się siedzibą pierwszego w Polsce zakonu żeńskiego. Przeznaczono go dla cysterek, sprowadzonych z Bambergu 22 stycznia 1203.

Jadwiga przybyła na Śląsk z Bawarii. Wywodziła się z rodu hrabiów von Diessen-Andechs. Zgodnie z ówczesnymi obyczajami oddano ją na wychowanie i naukę do klasztoru sióstr benedyktynek w Kitzingen koło Würzburga. Nie jest znane miejsce oraz data jej urodzin. Zapewne był to zamek w Andechs. Nie jest też znana data i miejsce ślubu z piastowskim księciem Henrykiem Brodatym.

Przekazy historyczne mówią, że była osobą wykształconą. Jako żona księcia śląskiego interesowała się sytuacją poddanych, biednych oraz chorych. Pomagała im udzielając jałmużny, żywiła ubogich na swoim dworze, starała się o obniżanie podatków. Wraz z mężem zakładała szpitale. Przy trzebnickim

klasztorze spędziła znaczną część swego życia, ale nie została mniszką. Zmarła 14 października 1243 roku. Kanonizowana została 26 marca 1267 roku. Spoczęła w ufundowanym przez siebie kościele. Barokowy wystrój bazyliki zachwyca swoim pięknem. Tu też znajduje się kaplica św. Jadwigi z jej sarkofagiem wzniesionym w latach 1679-1680. O historii trzebnickiej świątyni i życiu świętej opowiadał seniorom salezjanin ksiądz Marek. Najstarszą częścią trzebnickiej świątyni jest romańska krypta św. Bartłomieja. Tu znajduje się lapidarium, interesujący zbiór detali rzeźbiarskich romańskich i gotyckich odnalezionych podczas prac konserwatorskich. Dzisiaj klasztor należy do sióstr boromeuszek. W prowadzonej przez nie kawiarni, seniorzy mogli delektować się kawą i wspaniałymi ciastami.

Kiedy wyjeżdżaliśmy na obiad do Rudy Sułowskiej zaświeciło słońce. W „Gospodzie 8 Ryb” na stole, jakżeby inaczej, królował karp z milickich stawów. Wycieczkę uwiecznił na taśmie redaktor Stanisław Wolny. Film obejrzą seniorzy na najbliższym spotkaniu 30 września przy al. Matejki 6.

Z.M.



Sarkofag św. Jadwigi z roku 1680



Krypta św. Bartłomieja. Średniowieczne detale rzeźbiarskie w lapidarium.



Trzebnicka bazylika i klasztor sióstr boromeuszek.



Fot. Tomasz Bielecki

III Piknik Lekarski

W piękną, słoneczną niedzielę, 4 września, odbył się po raz kolejny, po przerwie spowodowanej przez pandemię, III Piknik Lekarski zorganizowany przez Radę Klubu Lekarza przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej. Na terenie Fortu Przygody na Sołtysowicach przy ul. Redyckiej bawiło się 202 lekarzy i około 380 dzieci. Na uczestników pikniku, zarówno dużych jak i małych, czekały liczne atrakcje: gra terenowa, strzelnice (paintball, luk i wiatrówka), dmuchane zamki, megabańki, animacje dla dzieci, klocki max. A do tego wielkie ognisko, grill i muzyka. Było wesoło, wszystkim dopisywały humory, a piknikowa atmosfera zachęcała do udanej zabawy. ■

Katarzyna Jungiewicz-Janusz



XIX Igrzyska Lekarskie w Zakopanem



Fot. z archiwum autora

Druga z prawej z dzieckiem na ręku – dr Krystyna Okoniewska.

W dniach 7-10 września br. odbyły się w Zakopanem XIX Igrzyska Lekarskie. Wzięło w nich udział ponad 500 lekarzy z całej Polski. W igrzyskach uczestniczyły również dzieci, które startowały w różnych konkurencjach: bieganiu, pływaniu, rzucie piłeczką.

Wśród nietypowych dyscyplin w trakcie zawodów były: brydż, golf, strzelanie. W dyscyplinie strzelanie – karabinek sportowy brązowy medal wywalczyła dr n. med. Krystyna Okoniewska z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. ■

Krystyna Okoniewska

MISTRZOSTWA POLSKI PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA W PÓŁMARATONIE

28 sierpnia 2022 roku w ramach XII Toyota Półmaratonu Wałbrzych odbyły się Mistrzostwa Polski Pracowników Służby Zdrowia w Półmaratonie.

W biegu wystartowało ponad tysiąc osób, w tym 42 reprezentantów służby zdrowia. Trasa była dość wymagająca – górzysta (ponad 600 metrów przewyższeń), ale pogoda i kibice dopisali.

Na najwyższym podium stanął Kenijczyk Kyeva Cosmas Mutuku, pokonując trasę w godzinie 7 minut i 8 sekund.

Wśród pracowników służby zdrowia zwyciężył Wit Zawadzki. Za nim na metę dotarli Paweł Pawlik i Jerzy Słobodzian.

W klasyfikacji kobiet triumfowała Izabela Wolak. Tytuł wicemistrzyni zdobyła Marta Olejnik, a na trzecim miejscu uplasowała się Katarzyna Biała. Obie panie są członkami DIL. ■



Fot. z archiwum autora

Marta Olejnik

Marta Olejnik wicemistrzyni Polski Pracowników Służby Zdrowia w Półmaratonie.



Jose Torres



Jose Torres z zespołem

Fot. B.K.

Inauguracja sezonu tanecznego Klubu Lekarza Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

17 września 2022 r. w restauracji „Golden Records Club” odbyło się pierwsze spotkanie taneczne Klubu Lekarza DIL. Spotkanie urozmaicił występ Jose Torresa z zespołem.

wiceprezes Bożena Kaniak



Jose Torres, wiceprezes Bożena Kaniak i instruktor tańca Grzegorz Kijkowski



Zaproszeni goście bawili się świetnie.

KLUB LEKARZA Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zaprasza lekarzy, lekarzy dentystów oraz sympatyków do GOLDEN RECORDS CLUB w czwartki, piątki i soboty na godz. 19.00

30.09.2022	Electro Duo	28.10.2022	Kolacja degustacyjna
06.10.2022	Piano czwartek	29.10.2022	Koncert DVD
07.10.2022	Andrea Bocelli (koncert DVD)	02.11.2022	Zaduszki u lekarzy
09.10.2022	Spotkanie Podróżników	03.11.2022	Piano czwartek
13.10.2022	Piano czwartek	06.11.2022	Spotkanie Podróżników (prof. Piotr Wiland)
14.10.2022	Jesienny koncert: lekarz Wika Kałamarska – śpiew, Maciej Kałamarski – gitara	10.11.2022	Piano czwartek
15.10.2022	Wieczór muzyczny przy winylach	11.11.2022	Kolacja degustacyjna – gęsina na św. Marcina
20.10.2022	Piano czwartek	18.11.2022	Jesienny koncert: lekarz Julia Radkiewicz – śpiew, Szymon Rabiej – gitara
27.10.2022	Piano czwartek	24.11.2022	Piano czwartek

Aby zapoznać się z aktualnymi wydarzeniami zachęcamy do śledzenia profilu DIL i „Golden Records Club” na facebooku i stronie internetowej.

Szanowni Państwo

Aktywizuje się orkiestra przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej. Wszystkich chętnych do udziału w tej orkiestrze: lekarzy, lekarzy dentystów, przedstawicieli innych zawodów medycznych, a także studentów tych kierunków zapraszam na spotkanie organizacyjne, które odbędzie się 3 października 2022 r. (poniedziałek) o godz. 20.00 w Sali Klubowej w budynku DIL przy al. Jana Matejki 6 we Wrocławiu. W czasie spotkania ustalone zostaną szczegóły dotyczące prób. Przypuszczalnie będą to poniedziałki w godzinach 20.00-22.00.

Kontakt: e-mail mich.gron@gmail.com

Michał Groniek





Fot. z archiwum „Medium”

PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

11 sierpnia 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1687 obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania medycznych zawodów regulowanych

11 sierpnia 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1689 obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 7 lipca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób

16 sierpnia 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1708 obwieszczenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 27 lipca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie trybu przeprowadzania badań lekarskich osób zatrzymanych przez funkcjonariuszy Straży Granicznej

17 sierpnia 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1720 obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 lipca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym

18 sierpnia 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 5 sierpnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

18 sierpnia 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1732 obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 7 lipca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa

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





18 sierpnia 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1738 obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie

19 sierpnia 2022 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej, opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1734

Celem programu pilotażowego jest przetestowanie modelu organizacji opieki nad świadczeniobiorcami w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym, zapewnianej poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez:

- **platformę pierwszego kontaktu** – od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 danego dnia do 8.00 następnego dnia oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 danego dnia do 8.00 następnego dnia;
- **centrum medycznej pomocy doraźnej** – od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 24.00 oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 24.00.

W celu uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, które nie jest stanem nagłym, świadczeniobiorca korzysta w pierwszej kolejności ze świadczeń udzielanych na odległość za pośrednictwem platformy pierwszego kontaktu.

Centrum nie może odmówić udzielenia świadczeń świadczeniobiorcy, który zgłosił się do centrum bezpośrednio, nie korzystając ze świadczeń zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu.

Wykaz realizatorów programu pilotażowego jest określony w załączniku do rozporządzenia.

20 sierpnia 2022 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1749

W wykazie dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być uzyskiwany tytuł specjalisty, dodana została medyczna genetyka molekularna.

22 sierpnia 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1759 obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie

22 sierpnia 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1755 obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

31 sierpnia 2022 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego, opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1817

Dotychczasowy termin obowiązywania wskazanych ograniczeń, nakazów i zakazów (31 sierpnia 2022 r.) został określony na **30 września 2022 r.**

Do 30 września 2022 r. świadczeniobiorca, który nie zgłosił się na ustalony termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej i został z tego powodu skreślony z listy oczekujących, podlega przywróceniu na tę listę bez konieczności uprawdopodobnienia, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.

Świadczeniobiorca, który nie przedstawił oryginału skierowania, jest obowiązany dostarczyć go świadczeniodawcy w terminie 21 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, jednak nie później niż w dniu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego na podstawie tego skierowania.

31 sierpnia 2022 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1831

Etap realizacji programu pilotażowego trwa 28 miesięcy od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie tego programu.

31 sierpnia 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1836 obwieszczenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 9 sierpnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie chorób zawodowych

2 września 2022 r. weszła w życie ustawa z dnia 8 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2022 r. poz. 1733

Ustawa wprowadza również zmiany:

- **w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry**

Komisja bioetyczna dokonuje, w drodze uchwały, oceny etycznej badania klinicznego objętego wnioskiem o pozwolenie na przeprowadzenie badania klinicznego, uwzględniającej aspekty ujęte w części I i II sprawozdania z oceny na użytek pozwolenia na badanie kliniczne, o których mowa w przepisach rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi.

Minister zdrowia wyznacza spośród działających komisji bioetycznych jedną komisję bioetyczną do sporządzania wskazanej oceny etycznej.

- Przy sporządzaniu oceny etycznej komisja bioetyczna:
 - zasięga opinii przedstawiciela organizacji, których celem statutowym jest ochrona praw pacjentów,
 - może zasięgać opinii eksperta w dziedzinie, której dotyczy badanie kliniczne, wyznaczając zakres opinii i termin jej wydania.

Znowelizowane przepisy stosuje się do sporządzenia oceny etycznej badań klinicznych składanych od 31 stycznia 2022 r. w trybie przepisów wymienionego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE).

– w ustawie o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (wchodzi w życie z mocą od 18 lipca 2022 r.)

Określona w ustawie pomoc obywatelom Ukrainy oraz opieka medyczna może być udzielana przez wojewodę również osobom, które odniosły obrażenia w wyniku działań wojennych prowadzonych na terytorium Ukrainy, niespełniającym wskazanych warunków i nieuprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na terytorium RP na podstawie innych przepisów lub umów międzynarodowych, które zostały przetransportowane na terytorium RP w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

2 września 2022 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej, opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1845

Elektroniczną dokumentację medyczną stanowi również karta profilaktycznego badania ucznia.

Do **31 sierpnia 2027 r.** karta może być prowadzona na dotychczasowych zasadach.

6 września 2022 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami, opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1861

6 września 2022 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1866

Ustala się dodatkowe zakresy i rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których świadczeniodawca zakwalifikowany do danego poziomu systemu zabezpieczenia udziela świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku świadczeniodawcy zakwalifikowanego do poziomu szpitali I lub II stopnia – nefrologia, jeżeli w dniu ogłoszenia wykazu świadczeniodawców, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na świadczenia hemodializa lub dializa otrzewnowa, z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

6 września 2022 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 lipca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

23 września 2022 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 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. 1761

Szczegółowy zakres informacji przekazywanych przez usługodawcę do SEZOZ i gromadzonych w tym systemie obejmuje w odniesieniu do środków ochrony osobistej, o których mowa w części II załącznika do rozporządzenia:

- liczbę sztuk środka ochrony osobistej danego rodzaju posiadanych przez usługodawcę w dniu przekazania informacji,
- liczbę sztuk środka ochrony osobistej danego rodzaju zużytych przez usługodawcę od dnia przekazania ostatniej informacji.

W przypadku przekazywania informacji po raz pierwszy należy podać liczbę sztuk środka ochrony osobistej danego rodzaju zużytych przez usługodawcę w ciągu ostatnich trzech miesięcy.

Informacje zawierające dane dotyczące:

- 1) pacjenta z podejrzeniem o zakażenie i potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
 - 2) liczby łóżek i ich wykorzystania,
- usługodawcy przekazują do Rządowego Centrum Bezpieczeństwa od 1 stycznia 2023 r.

Do 31 grudnia 2022 r. informacje, o których mowa w pkt. 2 usługodawcy przekazują w postaci elektronicznej jednostce podległej ministrowi zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia (wchodzi w życie z mocą od 29 czerwca 2022 r.).

1 października 2022 r. wchodzi w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1965

Świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej obejmują opiekę koordynowaną.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie:

- badania diagnostyczne, określone w części IV i IVa załącznika nr 1 oraz w załączniku nr 6 do rozporządzenia,
- leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze,
- konsultacje: lekarza specjalisty, dietetyczne oraz porady edukacyjne, w przypadku świadczeń gwarantowanych obejmujących opiekę koordynowaną.

Załącznik do rozporządzenia zawiera wykaz świadczeń opieki koordynowanej oraz warunki ich realizacji

10 października 2022 r. wchodzi w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, opublikowane w Dz. U. z 2022 r. poz. 1912

Rozporządzenie określa warunki realizacji świadczenia usunięcia wypełnienia amalgamatowego oraz wykaz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych. ■

DOKUMENTACJA MEDYCZNA – o czym należy wiedzieć i pamiętać, a czego unikać

cz. I

Źródło grafiki: www.flickr.com/photos/old-g07ed24998/geralt

Prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej jest jednym z najważniejszych obowiązków lekarza, a także osób wykonujących inne zawody medyczne oraz podmiotów leczniczych. Dostęp zaś do niej jest równocześnie podstawowym prawem pacjenta. W praktyce kwestia dokumentacji budzi wiele wątpliwości i problemów. Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na najczęstsze albo najpoważniejsze kwestie związane z dokumentacją medyczną oraz przypomnienie zasad jej prawidłowego prowadzenia i udostępniania. Nie jest możliwe na łamach „Medium” przedstawienie całościowego kursu na temat dokumentacji medycznej. Dlatego dokonałam subiektywnego, opartego na doświadczeniach z praktyki i orzecznictwa, wyboru zagadnień. Część pierwsza artykułu obejmuje zagadnienie prowadzenia i przechowywania dokumentacji. W części drugiej przedstawiony zostanie problem jej udostępniania.

1. Prowadzenie dokumentacji jako obowiązek lekarza/ podmiotu leczniczego i jako prawo pacjenta

Prowadzenie dokumentacji medycznej jest obowiązkiem przypisanym indywidualnie każdemu lekarzowi oraz instytucjonalnie każdemu podmiotowi świadczącemu usługi medyczne. Obowiązek ten realizuje się w postaci szczegółowego pisemnego raportowania przez lekarza oraz osoby wykonujące inne zawody medyczne (np. pielęgniarki, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych, techników radiologów) medycznej historii pacjenta, zgodnie z wymogami nałożonymi przez prawo (w Polsce przede wszystkim przez ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy regulujące wykonywanie innych zawodów medycznych, ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia, ustawę o działalności leczniczej a także rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania). **Należy wyraźnie zaznaczyć, że prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej jest elementem wykonywania zawodu lekarza.** Nie powinno być zatem zależne wyłącznie od obowiązkowości czy uprzejmości lekarza. Co więcej, każdy lekarz i każdy podmiot leczniczy powinien dołożyć należytej

staranności w prowadzeniu i udostępnianiu dokumentacji. Leży to w ich interesie, stanowiąc dowód na prawidłowe albo błędne wykonywanie obowiązków zawodowych oraz organizacyjnych. Na pewno **zaś samo leczenie, nawet realizowane wg najwyższych standardów, nie wyczerpuje zakresu zadań lekarza czy podmiotu leczniczego.** Jest to sytuacja podobna jak w przypadku opisywanego niedawno na łamach „Medium” obowiązku uzyskania zgody pacjenta na leczenie. Analogia polega na tym, że zarówno uzyskanie zgody jak i prowadzenie oraz udostępnianie dokumentacji jest obowiązkiem lekarza i jednym z elementów wykonywania zawodów medycznych. Równocześnie dokumentacja stanowi ważny w sporach medycznych dowód, który może obciążać lekarza albo, przeciwnie, wesprzeć obronę. Ponadto pacjentowi przysługuje prawo do dokumentacji medycznej. Realizacja tego prawa jest obowiązkiem lekarza lub podmiotu leczniczego.

Dla przypomnienia najważniejsze podstawy prawne obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej:

Art. 41. 1. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej jako uzl) „Lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

2. Sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przez lekarza określają przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”.

Art. 24. 1. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej jako upp) „W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1 (prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej – przyp. autora), podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji”.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tj. Dz.U. z 2022 r., poz. 1304); dalej jako rdm.

2. O czym należy pamiętać, prowadząc dokumentację medyczną

Lekarz ma obowiązek prowadzić indywidualną dokumentację medyczną każdego pacjenta niezależnie od formy udzielania świadczeń medycznych (czyli niezależnie od tego w jakiej formie jest zatrudniony – czy to jest umowa o pracę, czy umowa cywilnoprawna, np. kontrakt, czy członkostwo w spółce z innymi lekarzami). W przypadku dokumentacji zbiorczej (czyli odnoszącej się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w danym podmiocie leczniczym), lekarz ma obowiązek dokumentować te czynności, które są udzielane przez niego wobec konkretnego pacjenta. Inne czynności związane z prowadzeniem dokumentacji mogą być wykonywane przez uprawnione do tego osoby, czyli w zakresie ich czynności profesjonalnych, pracowników wykonujących inne zawody medyczne. Należy też pamiętać, że lekarz może być wyręczony w zakresie pewnych czynności przez asystentów medycznych, pod warunkiem udzielenia im stosownego uprawnienia do wystawiania recept czy zwolnień. Niemniej jednak i tak lekarz musi kontrolować czy dokumentacja prowadzona w jego imieniu jest prawidłowa. O ile bowiem w zakresie czynności technicznych lekarza może zastąpić asystent, o tyle odpowiedzialność merytoryczną ponosi lekarz. Korzyść jest zatem w postaci oszczędności czasu związanego z czynnościami formalnymi, natomiast ryzyko polega na możliwości pomyłek i nadużyć w dokumentacji, za które odpowiada lekarz. W praktyce oznacza to konieczność kontroli elementów dokumentacji sporządzonej przez inną osobę na zlecenie lekarza.

3. Co musi znaleźć się w dokumentacji

Co do zasady dokumentacja medyczna prowadzona jest w postaci elektronicznej. Tylko wyjątkowo, tzn. jeżeli przepis rdm tak stanowi lub jeśli warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej, można jeszcze prowadzić dokumentację w formie papierowej. Należy pamiętać, że szczególną formą dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej jest elektroniczna dokumentacja medyczna (EDM). Szczególną, albowiem zapisaną w prawem określonym formie, z określoną metodologią autoryzacji. Dokumentacji medycznej nie powinno się prowadzić w obu formach jednocześnie. Elektroniczna dokumentacja medyczna obejmuje, poza e-receptami i e-skierowaniami, następujące elementy: informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, informację dla lekarza kierującego świadczeniobiorcą do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, opis badań diagnostycznych, innych niż badania laboratoryjne, wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem.

Ustawodawca w upp oraz rdm wymienia elementy, które są w dokumentacji konieczne. Gdy chodzi o dokumentację indywidualną, czyli taką, do której prowadzenia zobowiązany jest każdy lekarz wykonujący zawód (zwłaszcza w formie indywidualnej praktyki lekarskiej albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej), należą do nich:

- a) **dane identyfikujące pacjenta:** nazwisko i imię, data urodzenia, oznaczenie płci, adres zamieszkania, nr PESEL, a w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do wyrażenia zgody – nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- b) **dane identyfikujące podmiot leczniczy:** nazwa podmiotu wraz z kodem resortowym;
- c) **dane identyfikujące osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych:** imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis;
- d) **opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych:** opis świadczeń, rozpoznanie, zalecenia, informacja o wydanych zaświadczeniach, orzeczeniach oraz opiniach,
- e) **data sporządzenia.**

Zdecydowanie trzeba pamiętać, że w klasycznym już wyroku z dnia 15 października 1997 r. Sąd Najwyższy podkreślił, że nieścisłości, braki, lakoniczność dokumentacji obciążają lekarza lub podmiot leczniczy: „Ewentualne, nie dające się usunąć braki w dokumentacji lekarskiej, nie mogą być wykorzystywane w procesie na niekorzyść pacjenta” (sygn. akt III KKN 226/97). Dlatego dokumentacja powinna być prowadzona rzetelnie, w sposób pozwalający zrekonstruować przebieg procesu diagnostyki i leczenia oraz dokumentujący uzyskanie zgody pacjenta na wszelkie wykonane wobec niego czynności medyczne. Oczywiście można próbować dowodzić poszczególnych zdarzeń i działań innymi środkami, np. zeznaniami, ale taka metoda jest ryzykowna i często zawodna. Z raportu NIK (KZD.430.002.2015 Nr ewid. 199/2015/P/15/061/KZD, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-prowadzeniu-dokumentacji-medycznej.html>) w sprawie dokumentacji medycznej wynika, że najczęstszymi stwierdzonymi wadami dokumentacji medycznej są: brak rozpoznania wstępnego, brak adnotacji o przebytych poważnych chorobach, o chorobach przewlekłych, brak lub niepełna autoryzacja wpisów lekarskich, niewpisywanie lub niedołączanie wyników badań, brak numeracji stron, nieprawidłowa korekta błędnych wpisów, nieczytelność wpisów.

Dobrym przykładem ilustrującym nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej jest kasus z kciukiem (wyrok SA w Białymstoku z dnia 15 maja 2015 r. sygn. I Aca 1077/14). Polegał on na tym, że małoletni pacjent uszkodził sobie kciuk w sieczkarni. Po badaniu lekarze stwierdzili złamanie palca i zagipsowali rękę, nie wykonując otworu umożliwiającego obserwację palca. Spowodowało to rozwój martwicy i konieczność amputacji palca. Sąd okręgowy zasądził kwotę 40 tysięcy tytułem zadośćuczynienia i prawie 9 tysięcy tytułem odszkodowania. Sąd apelacyjny utrzymał wyrok w mocy. Zasadniczym zarzutem wobec lekarzy były zaniedbania podczas kontroli oraz brak stosownych zaleceń co do postępowania ze złamanym kciukiem przez pacjenta. Gdy chodzi o dokumentację sąd stwierdził, że: „O niedochowaniu należytej staranności przez personel medyczny szpitala może świadczyć to, że wizyta powoda w tej placówce nie została należycie udokumentowana, w dokumentacji medycznej nie wpisano bowiem jak wyglądało ukrwienie i unerwienie kciuka oraz nie wykonano kontrolnego zdjęcia radiologicznego złamanego kciuka, który był nastawiony i unieruchomiony w opatrunku gipsowym”. Biegli oraz sąd, na podstawie ich opinii, zauważyli zatem związek między niestarannością w leczeniu a brakiem staranności w dokumentowaniu terapii i stanu chorego. Istotny był też brak zaleceń dla pacjenta w postaci elewacji kończyny. Przy czym, gdy chodzi o terminologię, zalecałabym wpisanie do dokumentacji określenia „uniesienie kończyny” zamiast „elewacja kończyny”. Z całą pewnością taka forma jest dla pacjenta bardziej zrozumiała, a lekarzowi nie przynosi ujmy. Nie stanowi bowiem fragmentu fachowej opinii medycznej przedstawianej na forum specjalistów, tylko istotne dla końcowego efektu leczenia instrukcje postępowania dla chorego, których zaniechanie albo błędne stosowanie, może doprowadzić do negatywnych konsekwencji.

4. Wpisy w dokumentacji

Wszelkie wpisy w dokumentacji powinny być dokonywane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Wpisy i zmiany wpisów opatruje się oznaczeniem osoby ich dokonującej. Dokumentację podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Dokumentację wewnętrzną można podpisać również przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego. Dokumentację w postaci papierowej opatruje się własnoręcznym podpisem. Wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

Zachowanie integralności dokumentacji i kolejności zdarzeń ma kluczowe znaczenie kliniczne oraz prawne. Wprowadzanie jakichkolwiek dodatkowych wpisów i uzupełnień w dokumentacji powinno być zgodne z regułami, tzn. dopuszczalne pod warunkiem pomyłki i konieczności jej sprostowania z wyraźnym zaznaczeniem przyczyny i okoliczności korekty. Absolutnie niekorzystne dla lekarza jest dokonywanie dopisków w celu ochrony przed konsekwencjami prawnymi. Taka praktyka zawsze jest traktowana jako obciążająca. Dla przykładu można wskazać kasus przed jednym z okręgowych sądów lekarskich (<https://oilgdansk.pl/aktualnosci/errando-discimus-przestepstwo-przeciw-dokumentom/>). W rozpatrywanej tam sprawie lekarz całkowicie niepotrzebnie dodał kilka uzupełnień w postaci takich zwrotów jak: „ale nadal”, „kaszel ustąpił”, „laryngolog nie był!”, „od 3 dni”, „od ok. 10 dni”, skreślono „stale”. Sprawa wyszła na jaw w ten sposób, że żona pacjenta, po przyjęciu go do szpitala zwróciła się do przychodni, w której był leczony z prośbą o kserokopię jego dokumentacji medycznej w celu przekazania jej do szpitala i taką dokumentację otrzymała. Po powrocie męża do domu stwierdziła brak dostarczonych przez nią do szpitala kserokopii i poszła ponownie po dokumentację do przychodni. Po kilku dniach pocztą otrzymała zwrot ze szpitala dostarczonych tam wcześniej dokumentów. Porównując je ze sobą, stwierdziła kilka różnic pod postacią dopisania w 6 miejscach słów, których nie było w pierwszej kserokopii. Dopiski dotyczyły 6 różnych wizyt. Lekarz obawiał się zarzutów dotyczących niewłaściwego leczenia, zwłaszcza w zakresie zleceń badań specjalistycznych. Przed sądem lekarskim udowodniono, że jego działanie było prawidłowe i że zachował czujność onkologiczną wobec pacjenta. Rak drobnokomórkowy, który zdiagnozowano u pacjenta, ma szczególnie złośliwy charakter i stąd jego błyskawiczny rozwój. Lekarz reagował na objawy prawidłowo i zlecił odpowiednie badania. Sąd wymierzył obwinionemu lekarzowi karę upomnienia. Kara została nałożona, mimo że korekta w dokumentacji lekarskiej pacjenta nie wpływała ani na rozpoznanie, ani na stosowane przez niego leczenie, a miała w jego opinii „jedynie uściślić szczegóły obserwacji”. Zdecydowanie jednak manipulowanie dokumentacją było działaniem niezgodnym z prawem.

5. Przechowywanie dokumentacji

Ponieważ dokumentacja medyczna zawiera dane osobowe pacjenta, a zwłaszcza informacje o jednej z najbardziej intymnych sfer życia jaką jest zdrowie, lekarz, inne osoby wykonujące zawód medyczny lub uczestniczące w udzielaniu świadczeń medycznych, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązane są do przestrzegania praw pacjenta określonych w ustawie (art. 2 upp). Przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej wiąże się z obowiązkiem poszanowania prawa pacjenta do informacji oraz ochrony jego danych.

Zgodnie z przepisami rdm, dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził (§ 69 ust. 1). Dokumentacja zewnętrzna, w formie skierowań w postaci papierowej, pozostaje w gestii podmiotu, który zrealizował zlecane świadczenie zdrowotne (§ 69 ust. 2). W każdym przypadku dokumentacja jest przechowywana w sposób zapewniający jej poufność, zabezpieczona przed dostępem osób nieupoważnionych oraz przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub zagubieniem, a także w taki sposób, aby można było ją wykorzystać bez zbędnej zwłoki.

Ze względu na poszanowanie prawa do ochrony danych osobowych oraz zadośćuczynienie celom, dla których sporządza się i prowadzi dokumentację medyczną, podmiot udzielający świadczeń medycznych zobowiązany jest do jej odpowiedniego przechowywania. Ustawa o prawach pacjenta określa ten obowiązek w art. 29. Reguła ogólna mówi o **20-letnim okresie przechowywania, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu**. W zakres enumeratywnie wymienionych zaś wyjątków wchodzi następujące sytuacje. W przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia okres przechowywania wzrasta do 30 lat. **Zdjęcia rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją podlegają okresowi 10-letniemu. Skierowania** na badania lub zlecenia lekarskie przechowywane są **przez lat 5**, licząc od końca roku, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia. Wreszcie w przypadku dokumentacji dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia okres przechowywania wynosi 22 lata. Po upływie ustawowych okresów przechowywania podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

Konkluzje:

- w świetle obowiązujących regulacji dokumentacja medyczna stanowi ważny obowiązek lekarza lub podmiotu leczniczego oraz wiąże się z prawem pacjenta do dostępu do niej;
- należy przestrzegać zasad prowadzenia dokumentacji medycznej zdefiniowanych w odpowiednich ustawach i rozporządzeniach;
- solidność w prowadzeniu dokumentacji jest istotna zarówno dla lekarza jak i dla pacjenta;
- udowodnienie, że dokumentacja medyczna nie oddaje rzeczywistości wymaga wykazania, że została sporządzona niezgodnie ze stanem klinicznym pacjenta lub sfałszowana względnie sporządzona niestarannie. Przy prawidłowo sporządzonej dokumentacji medycznej dzięki takim zasadom jak chronologia wpisów, sposób dokumentowania omyłek, jest to rzadka sytuacja;
- nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej nie tylko nie może być odczytywane na niekorzyść pacjenta, lecz jest okolicznością obciążającą podmiot leczniczy;
- im więcej wad posiada dokumentacja medyczna, tym większe prawdopodobieństwo jej podważenia jako wiarygodnego środka dowodowego;
- jeżeli czegoś nie ma w dokumentacji medycznej, to domniemywa się, że nie było przez lekarza brane pod uwagę lub wykonane;
- należyta staranność lekarza oceniana jest przez pryzmat dokumentacji medycznej. ■



Fot. z archiwum A.W.-K.

dr hab. Agata Wnukiewicz-Kozłowska
kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa Medycznego i Bioetyki oraz Studiów Podyplomowych Prawa Medycznego i Bioetyki na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, członek Odwoławczej Komisji Bioetycznej

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/justitia-322265/geralt

Czy system *no fault* w ochronie zdrowia może mieć coś wspólnego z lotnictwem?

Zanim przejdziemy do ochrony zdrowia i analizy jej w kontekście zakładanego systemu *no fault*, warto zwrócić uwagę na lotnictwo, które nadal jest jednym z najbezpieczniejszych środków transportu. Swoją nieustanną rozwój opiera na trzech zasadniczych założeniach:

- wiedzy na temat błędów popełnianych przez człowieka (w tym przypadku pilota),
- analizie błędów w celu ich maksymalnego wyeliminowania w przyszłości,
- możliwości wyłączenia odpowiedzialności za błąd pilota, jeśli ten zgłosi go w ciągu określonego czasu od zdarzenia.

Jeśli powyższe założenia przełożyć na system ochrony zdrowia i oprzeć go na powyższych fundamentach, wówczas możemy założyć z daleko idącym prawdopodobieństwem, że medycyna jako nauka zacznie rozwijać się w zaskakującym tempie, zgodnie z zasadą, iż najlepsza nauka to nauka na błędach i nie ma znaczenia czyj to błąd, bowiem odrzuca on z założenia poszukiwanie winnego takiego stanu rzeczy jak powstały błąd. Dalej, lekarze będą mogli wykonywać swój zawód w sposób umożliwiający im poczucie bezpieczeństwa, co uważam, w szczególności w przypadku lekarzy operatorów ma istotne znaczenie. Zwłaszcza biorąc pod uwagę, iż spora część przedstawicieli świata medycznego emigruje bądź rezygnuje ze specjalizacji obciążonych dużym stopniem ryzyka w zakresie odpowiedzialności karnej czy cywilnej za błąd w zakresie realizowanych świadczeń zdrowotnych.

Analizując opinie i stanowiska wygłaszane na łamach różnych publikacji, spotkań, wywiadów w tej sprawie można dojść do wniosku, że mamy spore obawy przed stworzeniem *de facto* i *de iure* nowego systemu ochrony zdrowia. Jedni wskazują, iż nadal w Polsce powinny funkcjonować wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, jedynie wyposażone w lepsze narzędzia pracy, w tym dostosowane przepisy prawa, inni odnoszą się do sytuacji, w których nie można wykluczyć w całości możliwości orzekania o winie w przypadku zdarzeń medycznych, zwłaszcza w sytuacji, kiedy chodzi o rażące niedbalstwo lub odstępstwo lekarza od procedur medycznych, skutkiem czego jest śmierć pacjenta lub ciężki uszczerbek na zdrowiu.

W mojej ocenie wszyscy prezentujący powyższe stanowiska mają rację. Otóż należy przy budowie nowego systemu ochrony zdrowia podjąć próbę wykorzystania pracowników merytorycznych, administracyjnych, struktur organizacyjnych, w ramach któ-

rych działają rzeczne wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Nadto nie można całkowicie przy budowie nowego systemu ochrony zdrowia wykluczyć sytuacji, w których orzekanie o winie, w tym ustalanie osoby odpowiedzialnej na przykład za śmierć pacjenta lub jego ciężki uszczerbek na zdrowiu będzie nieodzowne chociażby z powodu opisanych powyżej konsekwencji danego zdarzenia medycznego. W ramach powyższego można wprowadzić jako zasadniczy element systemowy rozwiązanie polegające na przyznawaniu odszkodowań pacjentom zupełnie bez orzekania o winie personelu medycznego. Dla skuteczności powyższego należy pozwolić personelowi medycznemu zgłaszać zdarzenie medyczne bez ryzyka ponoszenia konsekwencji karnych czy dyscyplinarnych, a podmiot prowadzący działalność leczniczą powinien prowadzić rejestr tych zdarzeń w celu wyciągania wniosków i eliminowania takich zdarzeń w przyszłości (tzw. metoda czarnej skrzynki wraz z klauzulą abolicyjną). Jak również analizowany system *no fault* oprzeć na niezwłocznej wypłacie pacjentowi odszkodowania, bez przeprowadzania żmudnego, długotrwałego postępowania sądowego. Powyższe rozwiązania mogą zatem współistnieć, jeśli zostaną rozmyślnie zaplanowane i wdrożone. Wymaga to otwartej postawy, ale bez rewolucyjnych zapędów. Nie sposób za pomocą jednego czy dwóch aktów normatywnych (nową ustawą o jakości w ochronie zdrowia i znowelizowaną ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) wykorzystać wszystkiego co do tej pory funkcjonowało w systemie ochrony zdrowia. Wprowadzenie innowacyjnego rozwiązania systemowego nie oznacza wykluczenia pozostałych elementów współtworzących ten system, czy też mających do niego zastosowanie.

Reasumując, należy podkreślić, iż propozycja wprowadzenia szwedzkiej formuły przyznawania odszkodowania pacjentom jest szansą dla rozwoju medycyny jako nauki, formułą ujednolicającą nasz system ochrony zdrowia, podstawą bezpieczeństwa dla osób wykonujących zawody medyczne, rzeczywistym stworzeniem jakości w ochronie zdrowia z korzyścią dla pacjentów. Czego zarówno lekarzom, jak również pacjentom należy życzyć, mając nadzieję, iż nie pozostaniemy wyłącznie w sferze życzeń, ale przede wszystkim w obszarze realizacji prezentowanych założeń, w których medycyna jako nauka czy medycyna jako system będzie rozwijać się tak jak rzeczne na wstępie lotnictwo. ■

radca prawny, dr Natalia Krej



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1978

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Ze względów logistycznych zmianie uległo miejsce spotkania! Termin pozostaje ten sam. Za utrudnienia przepraszamy.

Spotkanie koleżeńskie z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu odbędzie się w dniach 12-14 maja 2023 r. w Kudowie-Zdrój (hotel „Kudowa**** Manufaktura Relaksu”, ul. Pogodna 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

12 maja 2023 r. (piątek)

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

13 maja 2023 r. (sobota)

godz. 7.00-10.00 Śniadanie
godz. 10.00 Msza święta, czas wolny,
spacer po uzdrowisku
godz. 13.45 Zdjęcie grupowe
przed hotelem
godz. 14.00 Obiad
godz. 19.00-2.00 Bankiet

14 maja 2023 r. (niedziela)

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

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 750 zł.
W związku z szalejącą inflacją nie wykluczamy ewentualnej korekty wpłat (na miejscu).

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 37 1090 2428 0000 0001 5149 6312 (odbiorca Ryszard Ściborski) do 31.12.2022 r. z dopiskiem „Zjazd AM 78”.

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.

Blizszych informacji udziela:
Ryszard Ściborski, 601 713 154,
e-mail: sciborski@poczta.onet.pl

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1983

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 19-21 maja 2023 r. w Kudowie-Zdrój (hotel „Kudowa**** Manufaktura Relaksu”, ul. Pogodna 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

19 maja 2023 r. (piątek)

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

20 maja 2023 r. (sobota)

godz. 7.00-10.00 Śniadanie, czas wolny,
spacer po uzdrowisku
godz. 13.45 Zdjęcie grupowe
przed hotelem
godz. 14.00 Obiad
godz. 19.00-2.00 Bankiet

21 maja 2023 r. (niedziela)

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

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 700 zł.
W związku z dużą inflacją nie wykluczamy ewentualnej korekty wpłat (na miejscu).

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1140 2004 0000 3202 7720 8878 (odbiorca Dariusz Wołowicz) do 31.12.2022 r. z dopiskiem „Zjazd 1983”.
Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

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
Zenona Jabłońska (Motyka),
Marek Pudełko, Dariusz Wołowicz

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

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 25 sierpnia 2022 roku

NR 89/2022

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 90/2022

w sprawie wydania opinii dotyczącej kandydata na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej dla województwa dolnośląskiego

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę lek. dent. Marty Berdzik-Janeckiej na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej dla województwa dolnośląskiego.

NR 91/2022

w sprawie wydania opinii dotyczącej kandydata na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa dolnośląskiego

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę prof. dr. hab. n. med. Grzegorza Mazura na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa dolnośląskiego.

NR 92/2022

w sprawie wspólnego ponoszenia kosztów dzierżawy i utrzymania części podwórka przy alei Jana Matejki 6–16 we Wrocławiu

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na partycypowanie w kosztach dzierżawy i utrzymania części podwórka przy alei Jana Matejki 6–16 we Wrocławiu, w tym zainstalowanie zapory wyjazdowej na parking Wspólnoty Mieszkaniowej, w kwocie do 3 000 złotych brutto.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 1 września 2022 roku

NR 93/2022

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 94/2022

w sprawie zmiany regulaminu Komisji Socjalnej DRL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę 134/2018 z dnia 4 października 2018 roku zmienioną uchwałą nr 25/2022 z dnia 17 marca 2022 roku w sprawie regulaminu Komisji Socjalnej DRL, w następujący sposób:

1. Tytuł Regulaminu otrzymuje brzmienie:

Regulamin Komisji Socjalnej DRL

2. W punkcie 1 Regulaminu skreśla słowa „i ds. Lekarzy Seniorów DRL”

3. Punkt 9 Regulaminu otrzymuje brzmienie:

Komisja przyznaje zapomogi do wysokości 3 000 pln. Wnioski o wyższą kwotę są rozpatrywane przez Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej lub Dolnośląską Radę Lekarską, po uprzedniej akceptacji Komisji.

NR 95/2022

w sprawie zmiany uchwały 51/2022 DRL z dnia 5.05.2022 roku w sprawie składu Komisji Kształcenia DRL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu dokonuje zmiany uchwały nr

51/2022 DRL z dnia 5 maja 2022 roku w sprawie składu Komisji Kształcenia DRL zatwierdzając następującą osobę: Dorota Radziszewska

NR 96/2022

*w sprawie zmiany uchwały 67/2022 DRL z dnia 23.06.2022 roku
w sprawie składu Komisji Współpracy Międzynarodowej DRL*
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu dokonuje zmiany uchwały nr 67/2022 DRL z dnia 23 czerwca 2022 roku w sprawie składu Komisji Współpracy Międzynarodowej DRL zatwierdzając następujące osoby:

- Adriana Pietraszkiewicz
- Henryk Szlemp
- Patryk Woytala

NR 97/2022

*w sprawie powołania Komisji Lekarskiej dla oceny zdolności
do wykonywania zawodu lekarza*
§ 1

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

przewodniczący lek. Aleksander Błaszczuk
członkowie: lek. Anna Komorowska
 lek. Anna Król-Chwastek

NR 98/2022

*w sprawie powołania Komisji Lekarskiej dla oceny zdolności
do wykonywania zawodu lekarza*
§ 1

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

przewodniczący lek. Aleksander Błaszczuk
członkowie: lek. Anna Król-Chwastek
 dr n. med. Marek Nikiel

NR 99/2022

w sprawie udziału lekarza w konsylium lekarskim
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na udział dr. Felixa Göhre pracownika Kliniki Neurochirurgii Szpitala Bergmannstrost w Halle w Niemczech oraz dr. Carola Marie Fahrion pracownika Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii, Medycyny Ratunkowej i Bólu w Halle w Niemczech, w dniach 19–21 września 2022 roku w kursie mikrochirurgii naczyń mózgowych „Supporting techniques in microsurgical treatment of CNS vascular lesions” i wykonanie zabiegu operacyjnego z zakresu mikrochirurgii, którego potrzeba wynika z tego kursu w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu na zaproszenie zastępcy ordynatora dr. n. med. Dariusza Szarka i dyrektora szpitala mgr inż. Katarzyny Kapuścińskiej.

NR 100/2022

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania miesięcznej składki członkowskiej

NR 101/2022

w sprawie wyboru firmy audytorskiej
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na dokonanie rozliczenia kończącego inwestycję przy ulicy Kazimierza Wielkiego 43 i 45 we Wrocławiu z korektą podatku VAT i wystąpienie do Urzędu Skarbowego o jego zwrot przez firmę APTM DORADCY PODATKOWI – PANKOWSKI MIŁEK S.C. z siedzibą w Łodzi przy ulicy Wólczańskiej 143, rekomendowaną przez Komisję Rewizyjną DIL.

NR 102/2022

w sprawie udzielenia bezzwrotnej zapomogi pieniężnej

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 15 września 2022 roku

NR 103/2022

*w sprawie upoważnienia Prezesa DRL oraz Skarbnika DRL
do podpisania umowy pożyczki udzielonej przez Naczelną Radę Lekarską*
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu upoważnia Prezesa DRL dr.

n. med. Pawła Wróblewskiego oraz Skarbnika DRL lek. Janusz Wróbla, do podpisania umowy pożyczki udzielonej przez Naczelną Radę Lekarską zgodnie z Uchwałą Nr 36/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 roku w sprawie udzielenia pożyczek okręgowym izbom lekarskim.

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



WAKACJE POŻYCZKOWE W LEKARSKIEJ KASIE

Idąc śladem wprowadzonych w tym roku Wakacji Kredytowych z rządowym wsparciem, Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej wprowadza „wakacje od pożyczki”, na okres 2 miesięcy.

Warunkiem skorzystania jest zgoda Zarządu LKPK oraz terminowa spłata aktualnie zaciągniętej pożyczki.

Wszelkie informacje uzyskają Państwo pod nr telefonu: 71 798 80 71.

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej od 30 lat udziela lekarzom oraz pracownikom DIL pożyczek bez oprocentowania na dogodnych warunkach. Najwyższa kwota pożyczki sięga dziś 24 000 zł. Na taką formę wsparcia mogą sobie pozwolić tylko nieliczne izby lekarskie. Regularnie zwiększa się liczba członków korzystających z tej formy pomocy. Gabinety rodzinne mają dodatkowe rozwiązania finansowe, dlatego ich liczba także wzrasta. Pożyczkę można wykorzystać na doposażenie gabinetu prywatnego lub pokrycie kosztów szkolenia zawodowego. Z finansowego wsparcia, jakie oferuje Kasa, mogą skorzystać zarówno osoby aktywne zawodowo, jak i te, które znalazły się w trudnej sytuacji życiowej.

W przypadku zdarzeń losowych (np. powódź) zarząd Kasy ustala indywidualnie, na jakich zasadach i kiedy nastąpi zwrot pożyczki.

Koleżanki i Koledzy, którzy zdecydują się zapisać do LKPK, mogą liczyć na dodatkowe ulgi, tj. wydłużenie okresu spłat pożyczki; opóźnienie terminu spłaty pierwszej raty; przyspieszenie terminu otrzymania pożyczki. Osoby należące do LKPK mogą ubiegać się o pożyczkę bez poręczycieli do wysokości swoich wkładów.

Atuty LKPK to: minimum formalności (druki do pobrania na stronie DIL), brak oprocentowania, długi okres spłat poszczególnych rat, krótki okres oczekiwania na pożyczkę, wysoka suma pożyczki, przyspieszony tryb przyznawania pożyczki w zdarzeniach losowych.

Zachęcamy do zapoznania się z ofertą Kasy i pobrania niezbędnych dokumentów:

www.dilnet.wroc.pl/zakladka_LKPK

Krystyna Gniatkowska-Gładysz
przewodnicząca Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej



Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu

I Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz I Oddział Zakaźny Kliniczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Gromkowskiego we Wrocławiu zapraszają na konferencję online

WEBINARIUM: ZAAWANSOWANE CHOROBY WĄTROBY – DIAGNOSTYKA, LECZENIE I PROWADZENIE PRZEWLEKŁE (V edycja)

która odbędzie się 14 października 2022 r. (piątek)
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. Monika Pazgan-Simon

Opiekun naukowy konferencji

prof. zw. dr hab. Krzysztof Simon

Program konferencji

- godz. 9.00-9.20 *Marskość wątroby – przebieg naturalny, powikłania, możliwości leczenia przyczynowego*
prof. zw. dr hab. Krzysztof Simon
- godz. 9.20-9.40 *Alkoholowa choroba wątroby – pierwsza kolejna dekomensacja*
lek. Jakub Zelig
- godz. 9.40-10.00 *Wodobrzusze przewlekłe, odporne na terapię*
dr n. med. Sylwia Serafińska
- godz. 10.00-10.20 *Leczenie sarkopenii w marskości wątroby*
lek. Iwona Orłowska

- godz. 10.20-10.40 *Encefalopatia wątrobowa – diagnostyka i leczenie*
dr n. med. Monika Pazgan-Simon
- godz. 10.40-11.00 *Nadciśnienie wrotne, żylaki przełyku i odbytu*
dr hab. Michał Kukla
- godz. 11.00-11.20 *Rak wątrobowokomórkowy*
dr n. med. Monika Pazgan-Simon
- godz. 11.20-11.40 *Utajone zakażenie HBV – kiedy leczenie ma znaczenie?*
lek. Karolina Rostkowska-Białas
- godz. 11.40-12.00 *Zakażenie HCV – diagnostyka i leczenie*
lek. Aleksander Zińczuk
- godz. 12.00-12.20 *Autoimmunizacyjne zapalenie i marskość wątroby – trudności diagnostyczne i terapeutyczne*
dr n. med. Marta Kucharska
- godz. 12.20-12.40 *Przewlekłe zakażenie h.pylori – diagnostyka i leczenie*
lek. Wojciech Szymański
- godz. 12.40-13.00 *Rzadkie przyczyny marskości wątroby – hemochromatoza, choroba Wilsona*
dr n. med. Marcin Czarnecki
- godz. 13.00-13.20 *MAFLD – diagnostyka, postępowanie. Czy jest możliwe leczenie?*
dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak
- godz. 13.20-13.40 *Infekcje w marskości wątroby – diagnostyka i leczenie w opiece ambulatoryjnej*
dr n. med. Marta Rorat
- godz. 13.40-14.00 *Antykoncepcja i planowanie potomstwa w marskości wątroby*
lek. Kamila Zielińska
- godz. 14.00-14.30 Podsumowanie webinarium i zakończenie konferencji.

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

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

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

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz

Zakład Prawa Medycznego Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zapraszają na konferencję

PRAWO I MEDYCyna

która odbędzie się 18 października 2022 r. (wtorek) w godz. 8.30-14.00 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny. Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

Kierownictwo naukowe konferencji

dr n. med. Marta Rorat; dr hab. Tomasz Jurek, prof. UMW

Program konferencji

- godz. 8.30-9.00 *Czy system non-fault jest w stanie funkcjonować w Polsce?*
dr hab. Tomasz Jurek, prof. UMW
- godz. 9.00-9.30 *Lekarz jako świadek, podejrzany i oskarżony*
dr hab. Wojciech Jasiński, prof. UWR

- godz. 9.30-9.40 Dyskusja
- godz. 9.40-10.10 *Obdukcja w codziennej praktyce lekarza klinicysty*
lek. Magdalena Czuba
- godz. 10.10-10.40 *Małoletni z zakażeniem przenoszonym drogą seksualną*
dr n. med. Marta Rorat, mgr prawa
- godz. 10.40-10.50 Dyskusja
- godz. 10.50-11.20 Przerwa
- godz. 11.20-11.50 *Terapia daremna w oddziałach szpitalnych*
prof. dr hab. Andrzej Kübler
- godz. 11.50-12.20 *Zasady stwierdzania i dokumentowania zgonu*
lek. Radosław Drozd
- godz. 12.20-12.30 Dyskusja
- godz. 12.30-13.00 *Jak to jest z tym nagrywaniem? Utrwalanie wizerunku lekarza przez pacjenta*
dr Marcin Śliwka
- godz. 13.00-13.30 *Teleporady a bezpieczeństwo prawne lekarza*
dr n. med. Marta Rorat, mgr prawa
- godz. 13.30-14.00 Dyskusja i zakończenie konferencji

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerem (71) 79-88-068 lub (71) 79-88-081.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zaprasza na kurs medyczny

ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA (EDM) ORAZ RAPORTOWANIE ZDARZEŃ MEDYCZNYCH (ZM)

który odbędzie się 7 października 2022 r. (piątek) w godz.
10.00-14.00 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby
Lekarskiej przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.
Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.
Kurs ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej
liczby uczestników,
ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

Kierownik naukowy kursu
dr hab. Andrzej Wojnar, prof. nadzw.

Wykładowca
inż. Maciej Koziejko
inspektor ochrony danych osobowych

Omawiane zagadnienia:

1. Podstawowe zagadnienia EDM i ZM
2. Aktualne przepisy, terminy i obowiązki
3. Rodzaje podpisów elektronicznych
4. Cyfryzacja praktyki lekarskiej – praktyczne podejście
5. Oprogramowanie w praktykach lekarskich
6. Dyskusja

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerem (71) 79-88-068 lub (71) 79-88-081.

Komisja Kształcenia i Komisja Stomatologiczna Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz
Oddział Wrocław Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego
zapraszają na konferencję

X DOLNOŚLĄSKIE JESIENNE DNI STOMATOLOGICZNE WYPALENIE ZAWODOWE

która odbędzie się 26 listopada 2022 r. (sobota) w godz. 10.00-15.30.

w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.

Uczestnikowi konferencji przysługuje 5 punktów edukacyjnych.

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

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

Program konferencji

godz. 10.00-10.10	Otwarcie konferencji	godz. 12.40-13.00	Przerwa
godz. 10.10-11.40	Wypalenie zawodowe lekarzy dentyków – aktualne dane prof. dr hab. Andrzej Kiejna	godz. 13.00-14.00	Syndrom Kopciuszka, czyli opowieść o zaufaniu mgr Marek Lecko
godz. 11.40-12.40	Stres w pracy lekarza dentyści i jego konsekwencje. Techniki redukcji stresu mgr Ewelina Cichoń	godz. 14.00-15.00	Wypalenie zawodowe – czym jest i jak mu przeciwdziałać? lek. Dariusz Delikat, psycholog
		godz. 15.00-15.30	Dyskusja i zakończenie konferencji

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego.

Zgłoszenia pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerami: (71) 79-88-068, (71) 79-88-081.



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/autumn-1649440/stux- obraz modyfikowany



**Komisja Kształcenia i Komisja Stomatologiczna
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się**

15 października 2022 r. (sobota) w godz. 9.00-13.30

**na sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.**

INTERDYSCYPLINARNE PROBLEMY W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM

Kierownik naukowy kursu
lek. dent. Alicja Marczyk-Felba

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.
Kurs ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej
liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami
techniczno-organizacyjnymi.

Program kursu

- 9.00-10.45 *Rola fizjoterapii w leczeniu pacjentów z wadami
zgryzu i dysfunkcją narządu żucia:*
- praktyczne aspekty współpracy z fizjoterapeutą
w prowadzeniu pacjentów stomatologicznych,
 - karta badania funkcjonalnego
z ukierunkowaniem na autonomiczny układ
nerwowy, relacje z pacjentem,
 - analiza badania cefalometrycznego wg prof.

Mariano Rocabado,

- analiza posturalna, taśmy anatomiczne
Thomasa Myersa w aspekcie wzmożonego
napięcia mięśniowego w obrębie narządu żucia
– omówienie przypadku,
- ćwiczenie treningu funkcjonalnego,
- metody fizykoterapeutyczne stosowane
w terapii stawów skroniowo-żuchwowych
mgr Bożena Szeliga, fizjoterapeuta

10.45-11.00 Przerwa

11.00-12.00 *COVID-19 – epidemiologia, obraz kliniczny,
leczenie i profilaktyka, ze szczególnym uwzględ-
nieniem warunków gabinetu stomatologicznego*
dr n. med. Sylwia Serafińska

12.00-13.00 *Szczepienia dla stomatologów i zawodowa
profilaktyka po ekspozycji na choroby zakaźne
w gabinecie stomatologicznym*
dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak

13.00-13.30 Dyskusja i zakończenie kursu

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie
proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru
uczestnictwa,**

które nie ma charakteru wiążącego.

**Zgłoszenia pisemne należy kierować do Komisji
Kształcenia DRL: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub
telefoniczne pod numerami: (71) 79-88-068, (71) 79-88-081.**

Komisja Stomatologiczna DRL
lek. dent. Krystyna Berdzik

**Komisja Kształcenia i Komisja Stomatologiczna
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz
Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa
Stomatologicznego
zapraszają na kurs medyczny**

ESTETYCZNA PROTEZA. REKONSTRUKCJE OVERDENTURE NA ZĘBACH I WSZCZEPACH

**który odbędzie się 10 grudnia 2022 r. (sobota) w godz.
10.00-14.00 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby
Lekarskiej
przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.**

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.
Kurs ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej
liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami
techniczno-organizacyjnymi.

Kierownik i moderator kursu
dr hab. Maciej Dobrzyński, prof. UMW
Wykładowca
dr n. med. Michał Biały

Program kursu

CZĘŚĆ I

- godz. 10.00-11.45 Etapy wykonywania protez osiadających
i szkieletowych
Protezy hybrydowe – zastosowanie
nylonu oraz acetalu
Techniki preparacji zębów pod zatraski,
zasuw, magnesy, korony teleskopowe
- godz. 11.45-12.00 Przerwa

CZĘŚĆ II

- godz. 12.00-13.45 Protezy overdenture oparte na
wszczepach, montaż matryc
Protetyka dziecięca
Higiena protez, stomatopatie
- godz. 13.45-14.00 Dyskusja i zakończenie kursu

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie
proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru
uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego.
Zgłoszenie pisemne należy kierować do Komisji
Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub
telefoniczne pod numerem (71) 79-88-068
lub (71) 79-88-081.**

**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**

16 października 2022 r. (niedziela), godz. 16.00 – online

Link do formularzu rejestracyjnego: https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-16-pazdziernik-2022-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register?_gl=1*n09ud1*_ga*MTk1NjQ3MjU2Ni4xNjM1OTI2Mjg2*_ga_K7H94QH99*MTY1NDQ5NTIzMS41ODkuMS4xNjU0NTA1MTIwLjU0&_ga=2.50573353.1873994672.1654495231-1956472566.1635926286&_gac=1.16518914.1652774821.EAlaIQobChMir5XW_Ynm9wIVTbTVCh0UYQaAEAAAYASA-AEgKSCPD_BwE

18 listopada 2022 r. (piątek), godz. 18.00 – online

Link do formularzu rejestracyjnego: https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-18-listopad-2022-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register?_ga=2.58857389.1873994672.1654495231-1956472566.1635926286&_gac=1.250948146.1652774821.EAlaIQobChMir5XW_Ynm9wIVTbTVCh0UYQaAEAAAYASAAAEgKSCPD_BwE&_gl=1*rhu4vl*_ga*MTk1NjQ3MjU2Ni4xNjM1OTI2Mjg2*_ga_K7H94QH99*MTY1NDQ5NTIzMS41ODkuMS4xNjU0NTA1MTU4LjE2

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 materiały 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 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: ANALIZA TRANSAKCYJNA W RELACJI LEKARZ-PACJENT

który odbędzie się w następujących terminach:

**19 października 2022 r. (środa) w godz. 9.00-12.00
16 listopada 2022 r. (środa) w godz. 9.00-12.00
7 grudnia 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.

Omawiane zagadnienia

Komunikując się wchodzimy w interakcje społeczne, polegające na obustronnym wpływaniu na swoje zachowania. Znajomość mechanizmów interakcji pozwala na uniknięcie wielu kłopotów i nieporozumień. Analiza transakcyjna skupiając się na ocenie równowagi dynamicznej pomiędzy trzema stanami ego (dziecko,

dorosły, rodzic) pozwala te mechanizmy łatwo zrozumieć. Jeśli więc odczuwasz dyskomfort po rozmowie z pacjentem, podczas której uległeś jego prośbie, choć nie chciałeś jej spełnić, jeśli czujesz, że pod wypowiedzianymi słowami twojego rozmówcy może kryć się dodatkowe znaczenie, jeśli masz wrażenie, że w życiu ciągle robisz coś, co musisz lub powinienes lub wciąż spełniasz czyjeś oczekiwania, to szkolenie jest dla Ciebie.

Struktura osobowości wg analizy transakcyjnej (AT):

- rodzaje stanów „ja” (stan „ja” to spójny zbiór uczuć i doświadczeń bezpośrednio powiązanych z odpowiadającym im spójnym zbiorem zachowań),
- pozycje życiowe – rodzaje i charakterystyka,
- komunikacja interpersonalna w ujęciu AT – transakcje: definicja, rodzaje, analiza,
- gry psychologiczne – rodzaje, analiza, sposoby przełamania,
- wykorzystywanie AT w wywieraniu wpływu na pacjenta i w rozwiązywaniu sytuacji trudnych.

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

Decyduje kolejność zgłoszeń.

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

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

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

WEBINARIUM: ASERTYWNOŚĆ JAKO METODA SKUTECZNEJ KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ

który odbędzie się w następujących terminach:

**18 stycznia 2023 r. (środa) w godz. 9.00-12.00
8 lutego 2023 r. (środa) w godz. 9.00-12.00
15 marca 2023 r. (środa) w godz. 9.00-12.00
19 kwietnia 2023 r. (środa) w godz. 9.00-12.00
17 maja 2023 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.

Omawiane zagadnienia

Jednym z warunków skuteczności wywierania wpływu jest stanowczość, czyli jasne i konkretne wyrażanie własnych ocze-

kiwań, myśli, opinii, obrona stanowiska i wiele innych zachowań mających miejsce w komunikacji pomiędzy ludźmi. Wiele osób myli jednak stanowczość z nachalnością, naciskiem, agresją i kroczy przez życie zawodowe i prywatne rozpychając się łokciami, powodując bolesne zderzenia i wywołując negatywne emocje. Szkolenie pozwoli nie tylko być skutecznym bez zrażania do siebie innych, ale także sprawi, że relacje zawodowe i prywatne oparte na otwartości i zaufaniu staną się mocniejsze.

Tematyka szkolenia:

1. Asertywność i jej prawa
2. Różnice pomiędzy postawą asertywną i postawami: bierną, manipulacyjną, agresywną
3. Umacnianie postawy asertywnej
4. Asertywne techniki komunikacyjne
5. Sposoby radzenia sobie z odmową, wątpliwościami, krytyką
6. Skuteczne wyrażanie oczekiwań i egzekwowanie zobowiązań
7. Umiejętne reagowanie na trudne zachowania rozmówców

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

Decyduje kolejność zgłoszeń.

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

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

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

STANY NAGŁE W GABINECIE LEKARSKIM – POSTĘPOWANIE PRAKTYCZNE

który odbędzie się w następujących terminach:

14 stycznia 2023 r. (sobota)

28 stycznia 2023 r. (sobota)

4 lutego 2023 r. (sobota)

11 lutego 2023 r. (sobota)

11 marca 2023 r. (sobota)

18 marca 2023 r. (sobota)

15 kwietnia 2023 r. (sobota)

22 kwietnia 2023 r. (sobota)

13 maja 2023 r. (sobota)

20 maja 2023 r. (sobota)

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

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

Uczestnikowi kursu przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Kierownik naukowy kursu
dr hab. Jacek Smereka, prof. UMW

Wykładowcy:
dr hab. Jacek Smereka, prof. UMW
i lek. Marek Brodzki

Program kursu: CZĘŚĆ SEMINARYJNA

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

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

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

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

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach
proszone są WYŁĄCZNIE O PISEMNE**

zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail:

komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl

O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń.

Maksymalna liczba uczestników

w jednym terminie – 18 osób.

SPEKTAKL KOMEDIOWY

WIESZ, ŻE WIEM?

WROCŁAWSKIE CENTRUM KONGRESOWE // 23.10, GODZ. 16.00 i 19.00

BILETY: ADRIA-ART.PL

DLA CZYTELNIKÓW MEDIUM I OSÓB TOWARZYSZĄCYCH KOD RABATOWY -10%: MEDIUM10

ADRIA-ART.PL



XII MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA

OKULISTYKA KONTRO- WERSJE



Serdecznie zapraszamy do udziału!

PROGRAM RAMOWY:

13 października 2022 — czwartek:

KURSY – Centrum Konferencyjne Hotel Mercure Wrocław Centrum, pl. Dominikański 1, Wrocław

14-15 października 2022 — piątek–sobota:

OBRADY – Wrocławskie Centrum Kongresowe, ul. Wystawowa 1, Wrocław

Więcej szczegółów na stronie wydarzenia



ok2022.pl

**PATRONAT
HONOROWY:**



ORGANIZATOR MERYTORYCZNY:

Katedra i Klinika Okulistyki Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
50-556 Wrocław, ul. Borowska 213
tel.: +48 71 736 43 00; fax: +48 71 736 43 09
klo@usk.wroc.pl www.okulist.am.wroc.pl

BIURO ORGANIZATORA:

Alfa event sp. z o.o.
biuro@alfaevent.pl



Panu Profesorowi Zbigniewowi Domostawskiemu
lekarzowi i nauczycielowi
w 100-lecie urodzin
z najlepszymi życzeniami
Plurimos Annos! W zdrowiu i szczęściu!
Rada Dolnośląskiej Izby Lekarskiej oraz
Rada Programowa Ośrodka Pamięci
i Dokumentacji Historycznej

MAGISTRO
ET MEDICO



Prof. dr. hab. n. med.
Zbigniew Domostawski



Urodził się 8 listopada 1922 roku w Kopyczyńcach na Podolu, gdzie ukończył szkołę powszechną (podstawową). W latach 1935-1939 uczęszczał do Gimnazjum Humanistycznego im. Tadeusza Kościuszki we Lwowie. W czasie okupacji sowieckiej ukończył szkołę średnią, a w czasie okupacji niemieckiej pracował fizycznie. Po ekspatriacji ze Lwowa w 1946 roku został przyjęty na I rok studiów Wydziału Lekarskiego, wówczas Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu.

Dyplom lekarza uzyskał już w Akademii Medycznej w roku 1952. W latach 1951-1958 pracował jako asystent (później starszy asystent) w III Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej we Wrocławiu, kierowanej przez prof. Edwarda Szczeklika.

W latach 1958-1987 był zatrudniony w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Jeleniej Górze na stanowisku ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych.

Jest specjalistą chorób wewnętrznych, kardiologii i medycyny sportowej. Doktorat uzyskał w roku 1962 w Akademii Medycznej we Wrocławiu, a habilitację w 1982 w Akademii Medycznej w Szczecinie. Tytuł naukowy profesora otrzymał w roku 1994.

W latach 1988-1993 (po przejściu na emeryturę) kierował Zakładem Historii Medycyny i Farmacji Akademii Medycznej we Wrocławiu na stanowisku docenta, później profesora. Od roku 2000 był zatrudniony w charakterze profesora zwyczajnego w Kolegium Karkonoskim – Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Jeleniej Górze.

Oprócz rzeszy studentów i uczniów wykształcił 35 specjalistów I i II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. Jest autorem 500 prac naukowych i publicystycznych, w tym siedmiu książek i podręczników z zakresu medycyny wewnętrznej, kardiologii i historii medycyny.

Profesor Zbigniew Domostawski jest członkiem towarzystw naukowych, a także Unii Polskich Pisarzy Lekarzy oraz Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich. Pracował w Komisji Historycznej i Komisji Współpracy z Zagranicą Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Za swoją pracę, działalność społeczną i naukową profesor Zbigniew Domostawski otrzymał liczne odznaczenia, m.in. Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski oraz Medal im. Jana Mikulicza-Radeckiego przyznawany przez Dolnośląską Izbę Lekarską. Przez Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji uhonorowany został statuetką im. prof. Zdzisława Wiktora (którego był uczniem). Członkiem Towarzystwa Profesor jest od dnia jego założenia w 1957 roku. Jest także inicjatorem nadania Akademii Medycznej imienia Piastów Śląskich.

Historię swojego życia opisał w książce „Od studenta do profesora. Pół wieku bez mała”.



Wyrazy współczucia

lek. Mariuszowi Piskórzowi

z powodu śmierci

Taty

składają

przewodniczący, członkowie OSŁ DIL,
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej DIL
i jego zastępcy oraz pracownicy
Kancelarii OSŁ i OROZ DIL

Zespół lekarzy anestezjologów i pielęgniarzy
pracujących w Klinice Salvita
składa
kondolencje

dr. Arturowi Salomonowi

w związku ze śmiercią

Mamy

Panu Profesorowi Andrzejowi Wojnarowi

wyrazy współczucia
z powodu śmierci

Żony

składa

Zarząd Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskej

Lekarzom Iwonie i Maciejowi Nowickim

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy i Teściowej

składają

lekarze Oddziału Neonatologicznego z WSS we Wrocławiu

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 6 września 2022 r. zmarł nasz
kochany Tata, Dziadek i Pradziadek

Śp. dr n. med. Wiesław Nikodem

odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski
oraz Honorowy Obywatel Miasta Duszniki-Zdrój.

Msza święta oraz uroczystości pogrzebowe odprowadzone zostaną
w sobotę, 17 września 2022 r., o godz. 12.30 w kaplicy na cmentarzu
we Wrocławiu przy ul. Śmętnej.
Córka i syn z rodzinami

Z głębokim żalem informujemy, że 3 września 2022 roku odszedł
od nas na wieczny dyżur
nasz Kolega dr n. med. radiolog

Józef Staniczek

niezwykle kompetentny lekarz
i bardzo życzliwy kolega.

Wyrazy współczucia

Rodzinie

składają

koleżanki i koledzy z Koła Seniorów w Jeleniej Górze

Ze smutkiem zawiadamiam, że 14 lipca 2022 r. po długiej i ciężkiej
chorobie zmarła Koleżanka

Elżbieta Rolla

lekarz neurochirurg.

Wyrazy współczucia

Rodzinie

w imieniu koleżanek i kolegów z Kliniki Neurochirurgii UM
we Wrocławiu i Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego
im. T. Marciniaka we Wrocławiu
składa Jacek Chodorski

Z ogromnym smutkiem i żalem
żegnamy zmarłą 4 września 2022 r.

Śp. lek. med. Halinę Godlewską-Stachurę

Odszedł lekarz o ogromnej wiedzy, szanowany i ceniony wśród
pacjentów oraz kolegów z pracy. Żegnamy Człowieka prawego,
skromnego, o ogromnej życzliwości, wielkiego społecznika,
wieloletniego pracownika Kolejowej Służby Zdrowia we Wrocławiu.

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie i Przyjaciółom
składa

dyrekcja i pracownicy Obwodu Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu

Z smutkiem zawiadamiamy o śmierci nestora
wałbrzyskiej górniczej ochrony zdrowia
lekarza medycyny pracy

Romualda Niżnikiewicza

wieloletniego prezesa Fundacji Górniczej Ochrony Zdrowia
w Wałbrzychu.

Rodzinie, Przyjaciółom

wyrazy szczerzego współczucia

przekazują

koleżanki i koledzy z Delegatury Wałbrzyskiej DIL

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 9 września 2022 roku
odeszła nasza
Ukochana Mama

dr Halina Ręczkowska-Urbanik

lekarz internista

oddana pacjentom, dobry lekarz,

dobra Matka, dobry Przyjaciel.

Rodzina i Przyjaciele

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy o śmierci
lekarza specjalisty ortopedii i traumatologii

Włodzimierza Marka Połoszczańskiego

Rodzinie

składamy

wyrazy szczerzego współczucia.

Koleżanki i koledzy z Delegatury Wałbrzyskiej DIL

Zawiadamiamy, że zmarł lekarz ginekolog i położnik,
lekarz medycyny przemysłowej

Czesław Stefan Sawiński

od wielu lat związany z wałbrzyską ochroną zdrowia.

Rodzinie

składamy

wyrazy szczerzego współczucia.

Koleżanki i koledzy z Delegatury Wałbrzyskiej DIL



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we Wrocławiu poszukuje lekarzy - członków komisji lekarskich (komisje wojewódzkie) oraz lekarzy orzeczników.

Zadaniem na tych stanowiskach jest wydawanie orzeczeń i opinii lekarskich w sprawach świadczeń.

Wymagania niezbędne do pracy na tych stanowiskach:

- wykształcenie - lekarz medycyny z tytułem specjalisty,
- doświadczenie zawodowe - minimum 4 lata czynnego wykonywania zawodu lekarza.

Oferujemy:

- możliwość ustalenia indywidualnego czasu pracy,
- możliwość rozwoju zawodowego (udział w szkoleniach, seminariach, dodatkowy urlop szkoleniowy, punkty edukacyjne za udział w szkoleniach organizowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych),
- praca na umowę o pracę, możliwość zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy,
- liczne benefity socjalne.
- Oferty należy przesłać do 31.10.2022 na adres:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział we Wrocławiu
Wydział Kadrowo-Płacowy, pok. 145
ul. Pretficza 11, 50-930 Wrocław
Telefon do kontaktu: 71 36 06 145

Pytanie - ankieta do P.T. Czytelników „Medium”

Informujemy, że jest dostępna wersja elektroniczna naszej gazety. Czy jesteś za utrzymaniem wersji papierowej? Brak odpowiedzi potraktujemy jako zgodę na zachowanie stanu obecnego. Odpowiedzi ZA lub PRZECIW prosimy o przesyłanie na adres mailowy – redakcja@dilnet.wroc.pl lub adres pocztowy – 50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45.

Podziękowania

Dziękujemy Panu **dr. hab. Mariuszowi Chabowskiemu** oraz **całemu zespołowi** wspaniałych ludzi z Klinicznego Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu za leczenie, opiekę oraz jakość komunikacji z rodziną, tak ważną dla spokoju w trudnych dniach choroby ojca. Jeszcze raz dziękujemy za okazaną pomoc.

Mariola Sowińska



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

Mistrzostwa Polski Brazylijskiego Jiu-Jitsu Lekarzy

Zapraszamy na III edycję Mistrzostw Polski Lekarzy, która po raz kolejny będzie miała miejsce w wrocławskim klubie WroxGym!

Zawody odbędą się 26.11.2022. Ilość drabinek, podział na kategorie wagowe i pasowe oraz dokładny program będą podane na stronie wydarzenia na facebooku.

Planowane kategorie główne:

- lekarze, mężczyźni
- lekarze, kobiety

Ponadto odbędą się kategorie:

- studenci medycyny
- zawody medyczne

Do zawodów medycznych zapraszamy wszystkich aktywnych zawodowo oraz studiujących: ratowników medycznych, personel pielęgniarstwa, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych, fizjoterapeutów.

Planowane jest rozegranie zawodów w formule gi oraz no-gi.

Dzień przed zawodami odbędzie się seminarium z czarnym pasem BJJ.

Po zawodach odbędzie się integracyjny grill. Następnego dnia dla chętnych wspólna wycieczka po Wrocławiu.

Jeśli trenujesz, koniecznie przyjeźdź!

Zaproś swoich znajomych do udziału!

FORMULARZ DO ZAPISÓW NA STRONIE WYDARZENIA NA FACEBOOKU: III Mistrzostwa Polski BJJ Lekarzy we Wrocławiu.

Organizatorzy:

Michał Głuszek

Iwo Jarosz

W razie pytań jestem do dyspozycji

Michał Głuszek

Mój numer telefonu 606 768 467

E-mail: bjj.lekarzy@gmail.com



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/jiu-jitsu-5641080/tothstefan1983



WIKTORIA KAŁAMARSKA

Zmierzch

Świetlistą smugą
szumiący cień
naznaczył ciemną
nieobecność rzeki.
Gęstniejąc ciszą
objawił się sennie,
na drugim brzegu,
puszysty las, niedaleki.
Słabnące słońce
chyląc się w mrok
skłoniło głowę
w horyzontu szarpanej pościeli.
Chce znowu zrównać
tych, co mieli wzrok
z tymi, co nigdy nie mieli.

Zapraszamy Cię
do publikowania
swojej twórczości.



Fot. z archiwum W.K.

WIKTORIA KAŁAMARSKA

Lekarka, specjalistka medycyny rodzinnej. Zajmuje się szeroko pojętą działalnością twórczą – od ogrodnictwa, poprzez rysunek i malarstwo oraz rękodzieło (haft, tkactwo), po tworzenie prozy, poezji i muzyki. Gra na różnych instrumentach. Uczy się różnych form tańca. W 2020 r. wydała swój autorski tomik poezji zatytułowany „Wcielenia”. Wraz z mężem Maciejem Kałamarskim, który gra na gitarze, pracują nad nagraniem płyty z materiałem autorskim.

Kącik poetycki



Źródło grafiki: [www.pixabay.com/
photos/feather-3237973/Bru-nO](http://www.pixabay.com/photos/feather-3237973/Bru-nO)

Kącik poetycki

latem

W łące zanurzyłam stopy.
W zieloności traw utopiłam wzrok.
Miękką puszystość kwiatów
chłonę zachłannie.
W nieba otwartej przestrzeni,
chmur zmiennej ulotności,
trwam cicho.
Za sobą czuję troskliwą
rozpiętość drzew.
Bezpiecznie przycupnęłam
tuż przed wrotami lasu.
I tak
po prostu jestem.

potem zostałam

jak zostawić przeszłość
pozwolić dzieciom odejść w dorosłość
trzymam zabawki na wypadek
gdyby wróciły
jak trudno wyrzucić zdjęcie
tamtą chwilę zatrzymało światło
na papierze
obróci się w pył
znika świat
ale jeszcze trwam
wyciągnę ze strychu
bujany fotel
będę siedzieć i patrzeć
na słońce

Czekamy na Twoją twórczość
redakcja@dilnet.wroc.pl



Kulturalnik lekarski

Opracowała Aleksandra Szołtyś

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

Historia miłości nieidealnej

Mało co potrafi tak rozczulić, jak dojrzała miłość starszych ludzi. Doskonale wie o tym debiutująca Aga Antczak, autorka powieści „Adela nie chce umierać”.

Adela i Adolf to małżeństwo z 60-letnim stażem, które połączył dramat przeżyty w Auschwitz. Pocucie wzajemnego zrozumienia i chęć rozpoczęcia życia na nowo połączyły tych dwoje, a obozowe doświadczenia scaliły na zawsze. On pokochał ją od razu, bezkompromisowo. Ona, zamknięta w sobie, uczyła się go kochać przez lata. Przeżywając jesień życia, czując zbliżający się koniec, zaczynają zadawać sobie pytania, na które odpowiedzi starali się usilnie zapomnieć. Czy rozdrapując stare rany i po-

znając o sobie bolesną, skrywaną latami prawdę, będą w stanie zrozumieć i wybaczyć? Co wyniknie z tej konfrontacji?

Opowiadane przez 90-latków historie, ich osobista spowiedź, rozdierają czytelnikowi serce, które po chwili koi oblicze codziennej, dojrzałej miłości, okraszonej budowanymi przez lata przyzwyczajeniami małżeństwa, ich prostą codziennością i czułością. Aga Antczak odczarowała starość, jak nikt przekazując piękno w opisach pajęczyn zmarszczek, płataniny żył i siwizny bohaterów. „Adela nie chce umierać” to intymny obraz przemijania i starości. To historia o życiu i o umieraniu. O miłości i jej braku. O sensie życia w obliczu śmierci.

„Adela nie chce umierać” nie jest z kolei kolejną obozową opowieścią, jakich wiele. To opowieść o miłości... po Auschwitz. Czy bohaterowie zdążą rozliczyć się z przeszłością zanim dosięgnie ich śmierć? W dobie kulturowej komercjalizacji Holocaustu historia Adeli i Adolfa to prawdziwa perła wśród tytułów. ■

Zabawa schematami w wyśmienitym aktorskim gronie

Kiedy Disney+ dotarł wreszcie do Polski, rozwiązał się worek z prezentami, zwłaszcza dla najmłodszej części widowni. Ale nie tylko. Zanurzając się w katalogu produkcji, które oferuje platforma, łatwo przegapić prawdziwe perełki. Jedną z nich jest „Zbrodnie po sąsiedzku”, komedia kryminalna stworzona przez Steve’a Martina i Johna Hoffmana.

Akcja serialu rozgrywa się w ekskluzywnym apartamentowcu „Arconia” w dzielnicy Upper West Side na Manhattanie. Mieszkańcy, choć mieszkają w budynku od lat, praktycznie się nie znają. Aż pewnego dnia ginie jeden z rezydentów. Policja uznaje śmierć za samobójstwo. Troje bohaterów, fani podcastów z gatunku true crime, mają jednak odmienne zdanie na ten temat. Charles (Steve Martin), Oliver (Martin Short) i Mabel (Selena Gomez) łączą siły, by rozwiązać zagadkę i postanawiają stworzyć swój własny podcast o morderstwie sąsiada. Przy okazji odkrywają szereg tajemnic, które skrywa ich kamienica. Choć bohaterowie reprezentują trzy odmienne charaktery, bardzo szybko zaczynają tworzyć zgrane trio, wzajemnie się uzupełniając.

Osią „Zbrodni po sąsiedzku” jest oczywiście intryga kryminalna, ale w produkcji znalazło się miejsce na znacznie więcej! Ta satyra na współczesną fascynację true crime przesiąknięta jest inteligentnym humorem i energią głównych aktorów. Nie zabrakło też miejsca na refleksję ubraną w formę obyczajowości – jest o samotności starszego pana, zaprzepaszczonej karierze, więzach rodzinnych,

różnicach międzypokoleniowych czy otrzymywaniu drugich szans. W „Zbrodni po sąsiedzku” nie ma miejsca na nudę i rozciągnięte w czasie wątki – odcinki trwają około pół godziny, narzucają intensywne tempo i nie sposób powstrzymać się przed odtworzeniem kolejnego z nich. A bohaterowie – detektywi-amatorzy – z miejsca porwą was swoją autentycznością, elitarnością i wielowymiarowością. Nie zabraknie też elementów zaskoczenia, jak chociażby jednego z odcinków, w którym nie pada ani jedno słowo czy gościnnych występów wielu znanych twarzy.

„Zbrodnie po sąsiedzku” z łatwością porwą was swoją zagadką, oryginalnością, lekkością i nieprzeciętnością. Będziecie mieli ochotę sięgnąć po więcej, a twórcy nie pozostawią was w niedosyć – dostępny jest już bowiem sezon 2. produkcji, który oferuje to samo, a nawet jeszcze więcej... ■



„Zbrodnie po sąsiedzku”, materiały promocyjne serialu, fot. Disney+



SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Zadławienie się pieniądzem. – Sposób łatwy wydobyć go z krtani.

(E.) Express, dziennik angielski opisuje, że p. Parry Cole, profesor muzyki, mieszkający w Arundel, bawiąc się monetą (4 pence), to jest ciskając ją z ręki w usta, wrzucił ją w drogi oddechowe. Przyzwany lekarz zapisuje emetyk; ale środek wymiotny nie wypchnął monety. Natenczas chory przyzywa przyjaciół, żegna ich sądząc się już bliskim śmierci. Pieniądz nie przeszkadzał oddychaniu, ale za to było gwizdzące, jak u ludzi dychawicznych. Przywołany drugi lekarz po skrupulatnym wyśledzeniu chorego, powiada, że jest jeden warunek ostateczny, to jest zachloroformować chorego, i cięciami z zewnątrz robionymi wydobyć pieniądz. Obecna temu kobieta odpowiada, że przed niedawnym czasem taki sam przypadek zdarzył się sławnemu inżynierowi p. Brunel, który bawiąc się z swymi dziećmi, połknął pół suwerena, który mu uwiązł w krtani, i który tym sposobem wyszedł, że p. Brunel stanął na głowie, a druga osoba uderzyła go w grzbiet.

Chociaż obecni lekarze nie chcieli uwierzyć tak pomyślnego wypadku, jednak chory prosił ich, aby tego sposobu spróbowali.

Poduszkę położono na ziemi, chorego głową na niej, nogi w górze przytrzymano, i uderzono go mocno w grzbiet. Chory natychmiast krzyknął: „Oto pieniądz”. Rzeczywiście czteropensową monetę podniesiono z posadzki.

„Tygodnik Lekarski” 1859, XIII, 71

– W Petersburgu zdarzył się niedawno fakt niesłychanie rzadki w dziejach obrony doktorskiej. Niejakemu d-rowi FIEDLEROWI przyznano stopień doktora za doskonale napisaną dysertację i dobrą obronę, ale jednocześnie konferencja Akademii postanowiła jednogłośnie udzielić doktorantowi surową naganę za nieprzystojne zachowanie się w czasie obrony.

„Medycyna” 1883, XI, 392

excerpta selegit
Andrzej Kierzek



Wrocławski wrzesień to muzyka poważna. Jak już pisałem w marcowym numerze „Medium”, w kościele św. Elżbiety odbudowano po pożarze w roku 1976 organy Michała Englera. Nazywane były „Głosem Śląska” gdyż przemawiają swym niepowtarzalnym dźwiękiem. Dzięki działalności sekretarza naszego miasta pana Włodzimierza Patalasa zostały odbudowane i raz w tygodniu odbywają się w kościele koncerty otwarte dla mieszkańców naszego miasta. Na początku września usłyszeliśmy perełki muzyki organowej, a mianowicie słynną Fugę d-moll Jana Sebastiana Bacha i Sonatę B-dur Felixa Mendelssohna-Bartholdy’ego. Wykonawcą tych niepowtarzalnych utworów był profesor Klasy Organowej Wyższej Szkoły Muzyki Kościelnej w Dreźnie i jednocześnie organista w Kościele Trzech Króli w Dresden-Neustadt prof. Martin Strohmaecker. Koncert współorganizowały wrocławskie Kluby Rotary, a geneza koncertu była następująca: nasz gość z Drezna zwiedzał przed kilku miesiącami kościół św. Elżbiety. Zobaczywszy te wspaniałe organy (na złożenia figur zużyto ponad 2 kg złota) podzielił się z nami swoim marzeniem, że zawsze chciał zagrać na organach Englera, których w Europie zostało tylko kilka. W Dreźnie są wspaniałe organy Sibermanna pochodzące także z okresu baroku. Dzięki uprzejmości wspomnianego wcześniej sekretarza miasta Włodzimierza Patalasa, którego organy są „ukochanym dzieckiem”, byliśmy świadkami tego wspaniałego koncertu. Kościół wypełniony był po brzegi. Odnoszę wrażenie, że koncert spowoduje ożywienie kontaktów z naszym partnerskim miastem Dreznem i może powstanie w przyszłości we Wrocławiu Festiwal Muzyki Organowej. Trzymamy kciuki!

Wrzesień we Wrocławiu to także Festiwal Oratoryjno-Kantatowy „Wratislavia Cantans”. Jednym z ważniejszych tegorocznych wydarzeń było wykonanie „Missa Solemnis” Ludwiga van Beethovena. „Msza Uroczysta” napisana została z okazji wyniesienia przyjaciela kompozytora arcyksięcia Rudolfa do godności arcybiskupa Ołomuńca w roku 1820. Jednak uroczystość odbyła się bez „Mszy”, gdyż Beethoven nie zdążył na czas jej ukończyć. Pierwsze kompletne wykonanie odbyło się w roku 1824 w Sankt Petersburgu. „Missa Solemnis” jest dziełem nowatorskim i prekursorskim. Część badaczy uważa, że kompozytor uczynił z niej rodzaj manifestu swojej wiary,

k która nie dawała się zamknąć w żadnym systemie. „Missa Solemnis” i IX Symfonia na swój sposób koronują dorobek twórcy Beethovena. Wykonawcą utworu we Wrocławiu był zespół Monteverdi Choir i Orchestre Revolutionnaire et Romantique założony przez sir Johna Eliota Gardinera i przez niego prowadzony. Ten zasłużony dyrygent, powszechnie w świecie uznawany i uhonorowany wieloma odznaczeniami, wspaniale poprowadził orkiestrę dostarczając widzom niezapomnianych wzruszeń. Ciekawą inicjatywą „Domu Wina” z Krakowa było poprzedzenie koncertu degustacją win, tym razem młodańskich i wytwornym późnym obiadem w Piwnicy Świdnickiej. Ta jedna z najstarszych w Europie restauracji nie może się ostatnio we Wrocławiu przyjać. Pamiętam ją z czasów młodości jako miejsce Bałów Stomatologa, potem byłem po gruntownym remoncie na jej ponownym uroczystym otwarciu w maju 2002 roku. Zyskała wówczas umeblowanie nawiązujące do mieszczańskiej i piwnej tradycji. Wydawało się, że wrocławianie ją zaakceptują. Ale znów na kilka lat została zamknięta. Teraz od niedawna otwarta zaprasza do bardzo prostych i nowoczesnie wyposażonych wnętrz. Można się zastanawiać czy pasują do starych przecież murów, ale zostawiam to Państwu, sami oceńcie. Serwowane jedzenie było smaczne, miło zaskoczył nas śledź na dolnośląskim pierniku. Wina młodańskie, szczególnie czerwone, okazały się doskonale zharmonizowane ze smaczną kaczka. Jednym słowem najpierw było coś dla ciała, potem dla ducha.

Przed miesiącem zachęcałem do odwiedzenia wystaw dwóch wielkich surrealistów we wrocławskim Ratuszu i Pałacu Królewskim Salvatora Dali i Joana Miro. Dzisiaj zachęcam do lektury ilustrowanego przewodnika po Muzeum Miejskim Wrocławia, który właśnie się ukazał. Dobry papier, piękne kolorowe zdjęcia, interesujące teksty. Warto przypomnieć, co wchodzi w skład Muzeum Miejskiego: Muzeum Sztuki Mieszczańskiej, Muzeum Historyczne, Muzeum Sztuki Medalierskiej, Muzeum Teatru, Muzeum Archeologiczne, Muzeum Militariów i Muzeum Sztuki Cmentarnej. Wszystkie oddziały pod perfekcyjnym zarządem dr. Macieja Łagiewskiego, dzięki któremu przewodnik ukazał się drukiem. Zachęcam do muzealnych peregrynacji.

Wasz Bywalec

Zapiski emeryta



Mam marzenie

W 1948 roku w miasteczku Framingham (USA, stan Massachusetts) rozpoczęto przełomowe badania populacyjne nad przyczynami miażdżycy, nadciśnienia, diety itp. Od 74 lat mieszkańcy badani są jak żuczki. Można powiedzieć, że współczesna kardiologia ma swój początek w tym 72-tygodniowym mieście na wschodzie Stanów Zjednoczonych.

Słuchając przeboju ABBY (I have a dream) odkryłem, że ja też mam marzenie – zbadać dwa dolnośląskie miasteczka o podobnej populacji. Otóż dzieci mieszkające w jednym z nich były szczepione od lat dziewięćdziesiątych na wszystkie możliwe choroby dziecięce (dostępność szczepionek w badaniach klinicznych), zaś populacja dzieci zamieszkałych w drugim mieście była szczepiona wg standardowego kalendarza szczepień. Ciekawe czy istnieją różnice w zakresie obu tych populacji jeśli chodzi o zachorowalność na choroby immunologiczne, miażdżycę (teoria zapalna), odporność itp. Dwa miasta, dwie populacje dzieci – teraz już mających około 25-35 lat. Program jest oczywiście drogi, pracochłonny i czasochłonny. Ale ciekawy także pod kątem obecnej dyskusji o szczepieniach w aspekcie covidowym.

Zapraszam do mojego snu – i badań – poważnych badaczy z naszego Uniwersytetu Medycznego.

Zatopiony w marzeniu
Dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

CZAS NA RELAKS

Litery z pól oznaczonych cyframi od 1 do 12 utworzą rozwiązanie (hasło medyczne). Hasło prosimy przesłać na adres pocztowy lub e-mailowy: redakcja@dilnet.wroc.pl do 17 października 2022 r. z dopiskiem na kopercie lub w temacie wiadomości elektronicznej „Krzyżówka – nr 10/2022”.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy trzy nagrody książkowe (prosimy o podanie adresu do wysyłki). Nazwiska nagrodzonych zostaną opublikowane w nr 11/2022 „Medium”. Życzymy udanej zabawy!

WIELKA POWÓDŹ		HOBBY		ZBIÓR PRAW		NIJEDEN NA SZYI KOBIETY		KOSZTOWNOŚCI ZAKOPANE W ZIEMI		IMIE CYGANA, AUTORA TEKSTÓW PIOSENEK		REKWIZYT KELNERA		WSCHODNIA CZĘŚĆ BUDAPESZTU		... PAŃSKA NA PSTRYM KONIU JEŹDZI	
CHOROBA POLEGAJĄCA NA ŁUSZCZENIU SIĘ SKÓRY		MAŁY JACHT						JEDNA CZWARTA LITRA									
NADMIERNE WYDZIELANIE ŁOJU NA SKÓRZE	5																
				24 GODZINY	4					HISZPAŃSKI SAMOŁOT						PSEUDONIM DANUTY SIEDZIKOWNY	
MIASTO W ANGLII								PRZEDSTAWICIEL Z RODZINY KUNOWATYCH		11							
TASIEMIĘC UZBROJONY										JEDNOSIECZNY MIECZ JAPONSKI							8
				NACIĘTY ZNAK						SHREK							
PTAK W SADZIE	6	BOGINI EGIPSKA, ŻONA OZYRYSA	REWOLUCJONISTA FRANCUSKI	STOLICA NORWEGII						LEKCEWAŻĄCO LUB PIĘSZCZOLIWIE: KTOŚ NIEZBYT MĄDRY	2	Z POKŁADU IDY MORCINKA	STOLICA BASZKIRII	LEK PRZED PUBLICZNYM WYSTĘPEM			POCZĄTEK WYŚCIGU
PORA ROKU																	
500 ARKUSZY PAPIERU				12	NUMER UTWORU MUZYCZNEGO	SZTYWNA TAŚMA KRAWIECKA				BANKIET, UROCZYSTOŚĆ							
				RODZAJ ROZRYWKI SZARADZIARSKIEJ										GIBON BIAŁOREK	3	DŹWIĘK	9
Z AKROBATAMI I CLOWNAMI					1	AMERYKAŃSKIE ZWIERZE DRAPIEŻNE				PRZEMYSŁAW ... DAWNY KICKBOKSER I BOKSER							
						GÓRY NA GRANICY EUROPY I AZJI						10	RZYMSKI BÓG MIŁOŚCI				
USTERKA	KOBIETA ZA-PRZECZAJĄCA ISTNIENIU BOGA			7						MELODIA Z ZEGARA							

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Rozwiązanie krzyżówki z „Medium” 9/2022: AUTOIMMUNIZACJA
Z grona Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązania, wylosowane zostały:
1. S. Dajczer-Kaczmarzyk z Trzebnicy, 2. Joanna Kalinowska z Wrocławia, 3. Magdalena Karasek z Wrocławia
Wylosowanym lekarzom-szaradzystom 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
e-mail: dil@dilnet.wroc.pl

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 Jamrozak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 88

Ośrodek Pamięci i Dokumentacji Historycznej
mgr Jacek Bondyra – specjalista, tel. 71 798 80 86

Komisja Stomatologiczna, Finansowa,

Rewizyjna, Pośrednictwo pracy

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

Rejestr Lekarzy i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru
tel. 71 798 80 55,
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 Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68
poniedziałek-piątek 8.00-15.00

Kursy do stażu podyplomowego

e-mail: staz@dilnet.wroc.pl
mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 81

Komisja Bioetyczna

Joanna Wojtowicz – 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

Biurowiska

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,

Biurowiska

Angelika Bebniańka, tel. 71 798 80 75

Biurowiska

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, wtorek, 13.00-14.00

Jelenia Góra

Wiceprezes ds. Delegatury Jeleniogórskiej

Barbara Polek, wtorek 10.00-11.30

ul. Lwówecka 18,

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

Wiceprezes ds. 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

Wiceprezes ds. 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

◆NZOZ ZAWIDAWIE II we Wrocławiu pilnie poszukuje lekarza internisty, lekarza medycyny rodzinnej, lekarza pediatri – także w trakcie specjalizacji – do pracy w POZ. Wymiar godzin do uzgodnienia. Forma zatrudnienia: umowa zlecenie/B2B. Stawka w zależności od doświadczenia (od 120 zł/h netto). Placówka zapewniania laboratorium i gabinet zabiegowy. Kontakt tel.: 513 126 580, 502 146 008, e-mail: biuro@zaw2.pl

◆Centrum Zdrowia „Mama i Ja” we Wrocławiu zatrudni lekarzy ginekologów oraz ortopedę – specjalistów lub w trakcie specjalizacji. Oferujemy bardzo dobre warunki pracy. Nowoczesna placówka, doskonale wyposażone gabinety i sala zabiegowa. Kontakt: manager@centrummamaia.pl lub telefon: 509 045 089.

◆Centrum Medyczne L4MED we Wrocławiu zatrudni lekarzy: neurologa, laryngologa, okulistę, kardiologa, endokrynologa, dermatologa, ortopedę. Przychodnia wyposażona jest w emg, oct i angiooct, endoskopię laryngologiczną, usg oraz diagnostykę kardiologiczną. Lekarze mogą być w trakcie specjalizacji. Kontakt: 509 023 492, kancelaria.kozioł@gmail.com

◆Przychodnia „Kamieniec Wrocławski” przy ul. Cichy Kącik 8 w Kamieńcu Wrocławskim pilnie zatrudni lekarza Poradni POZ dla dorosłych w pełnym lub częściowym wymiarze pracy. Atrakcyjne wynagrodzenie, możliwa każda forma zatrudnienia. Kontakt: Anna Kadecka tel.: 609 096 810, Aleksandra Łapińska tel.: 509 150 905.

◆MIKULICZ sp. z o.o. w Świebodzicach zatrudni lekarza na stanowisko asystenta w Oddziale Geriatrycznym. Oddział posiada miejsca specjalizacyjne. Możliwość rozwoju zawodowego, młody zespół, dobra atmosfera pracy, kameralny szpital 60 km od Wrocławia. Zapraszamy do kontaktu tel.: (74) 641 91 08, 606 266 013, email: robert.bywalec@emc-sa.pl, swiebodzice@emc-sa.pl

ZATRUDNIĘ

LEKARZA DENTYSTĘ

◆Przychodnia Stomatologiczna 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.

◆NZOZ Ośrodek Zdrowia w Międzyborzu zatrudni lekarza stomatologa, tel.: 627 869 770, 606 691 044.

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

INNE

◆Wynajmę tanio kompletnie wyposażony gabinet stomatologiczny. Legnica, osiedle Kopernik, tel.: 693 45 34 23.

◆Wynajmę tanio gabinety lekarskie w centrum Wałbrzycha. Numer kontaktowy: 781 890 168.

◆Do wynajęcia gabinet stomatologiczny z bazą pacjentów dla stomatologa ortodonta lub lekarza innej specjalności w Świdnicy na Osiedlu Młodych w dobrej lokalizacji. Lucyna Chruściel tel.: 669 156 969.

◆Wynajmę gabinet stomatologiczny z RTG gotowy do pracy. Kontakt telefoniczny: 604 406 084.

◆Sprzedam gabinety lekarskie i bardzo dobrze wyposażony gabinet stomatologiczny w Jeleniej Górze. Tel: 606 617 362

◆Wynajmę Poradnię Ginekologiczno-Położniczą na wyłączność na Kuźnikach. Tel.: 601 616 016.



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

GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY

SP. Z O.O. W GŁOGOWIE

pilnie zatrudni

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

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

Zapewniamy:

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

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

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

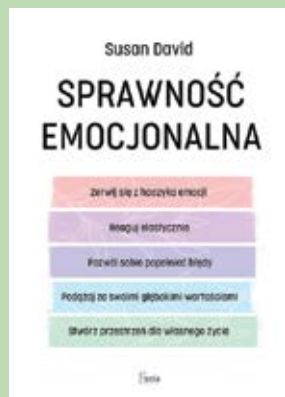
KONTAKT:

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

Nowości wydawnicze

Feeria
WYDAWNICTWO

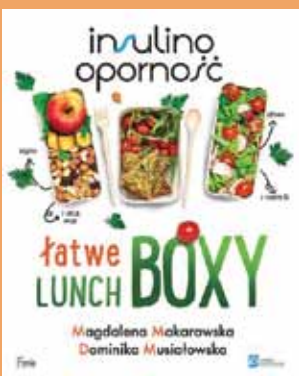
Sprawność emocjonalna



Ta przełomowa książka pokazuje, jak przyjąć świadomą i akceptującą postawę wobec wszystkich swoich emocji oraz wyciągnąć naukę nawet z tych najtrudniejszych. Uczy, jak wyjść poza nasze zaprogramowane reakcje, by naprawdę żyć tu i teraz, reagować odpowiednio na zmieniające się okoliczności i działać w zgodzie z tym, co jest dla nas ważne. Nie warto cenzurować swojej głowy ani zmuszać się do pozytywnego myślenia. W sprawności emocjonalnej chodzi o odprężenie się, uspokojenie oraz pamiętanie o tym, jakie są nasze najgłębsze wartości.

Łatwe lunchboxy

Czy możliwe jest zachowanie zasad diety dla insulinoopornych podczas przyrządzania szybkich posiłków do pracy czy szkoły? Jak najbardziej! Przepisy Magdaleny Makarowskiej na tytułowe lunchboxy są łatwe w przygotowaniu, zdrowe i pyszne. Podzielone na cztery kategorie: śniadania, drugie śniadania/podwieczorki, obiady i kolacje, pozwolą wszystkim zabiegającym cieszyć się zrobionymi samodzielnie, pełnowartościowymi posiłkami.



polecamy

Terminy dyżurów

Prezes DRL Paweł Wróblewski
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52

Wiceprezes DRL Piotr Knast przyjmuje po uprzednim
uzgodnieniu z sekretariatem

Wiceprezes DRL ds. stomatologii Alicja Marczyk-Felba
przyjmuje po uprzednim umówieniu się pod nr. tel. 71 798 80 88

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

Wiceprezes Delegatury Wrocławskiej Bożena Kaniak,
wtorek 13.00-14.00,

Sekretarz DRL Małgorzata Niemiec, czwartek 15.15-17.00

Skarbnik Janusz Wróbel, wtorek, czwartek 12.00-14.00

Przewodniczący Komisji Etyki DRL

Jakub Trnka, czwartek 14.00-15.00

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów

Aleksander Błaszczuk, tel. 603 877 518

Delegatura Jelenia Góra

Wiceprezes Barbara Polek, wtorek 10.00-11.30

Delegatura Legnica

Wiceprezes Ryszard Kępa, wtorek 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych

Wiceprezes Dorota Radziszewska, wtorek, 15.00-16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Marek Kaźmierczyk, środa 13.00-15.00

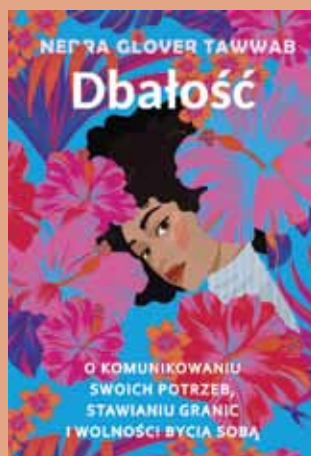
Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego

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.



**Dbłość.
O
komunikowaniu
swoich potrzeb,
stawianiu granic
i wolności
bycia sobą**

Autor: Nedra Glover Tawwab

Premiera 14.09.2022

Wydanie 1

Liczba stron: 304

Praktyczny, użyteczny
poradnik pokazujący, jak nie brać
na siebie za dużo, wyznaczać granice
i wyrażać swoje potrzeby. Dla wszystkich,
którzy pragną być najlepszymi rodzicami,
przyjaciółmi, małżonkami, pracownikami i
biorą sobie za dużo na głowę, co przyplacają
uczuciem wypalenia, zniechęcenia, bezustanną
gonitwą myśli „co jest do zrobienia”, rosnącym
zestresowaniem i poczuciem przytłoczenia
życiem. I bezustannym brakiem czasu dla
siebie. Gonią, zamiast zwyczajnie
cieszyć się życiem.

MUZA



Andrzej Bialek - unity i ich wyposażenie - 601 41 51 51
 Marcin Bialek - autoklawy i mikrosilniki - 601 05 88 19
 Krzysztof Palczyński - radio-obrazowanie - 605 95 68 07
 Rafał Pielichaty - serwis - 608 84 77 25

Wyposażenie asydy:

- dmuchawka trzyfunkcyjna
- mały ssak
- duży ssak
- piaskarka



Wyposażenie lekarza:

- dmuchawka trzyfunkcyjna + 10 szt. dysz
- mikrosilnik bezszczotkowy ELEC z podświetleniem + 3 szt. kątnic AKOS X95L z podświetleniem
- 3 szt. turbin AKOS z podświetleniem na szybkobieżną typu KaVo lub NSK
- trzyfunkcyjna lampa polimerizacyjna DB 686 1b+ z zapasowym światłowodem
- skaler Woodpecker UDS N3 z podświetleniem, funkcją endodondcji z 6-cioma grotami w podstawie

marina
DentaFlex