

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Primum



**MEDYCYNA ESTETYCZNA
- TYLKO DLA LEKARZY?**



Klinika Terapii Innowacyjnych

Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne od 20 lat prowadzi leczenie biologiczne chorób m.in. reumatologicznych, dermatologicznych, gastroenterologicznych, pulmonologicznych oraz hematologicznych i onkologicznych.

Z przyjemnością informujemy, o otwarciu Kliniki Terapii Innowacyjnych, w której Pacjenci będą mogli skorzystać z leczenia biologicznego i innowacyjnego w ramach oferty komercyjnej.

Zapraszamy zainteresowanych współpracą lekarzy

Skontaktuj się z nami, zaproponuj dogodny termin spotkania, a my przedstawimy Ci możliwość indywidualnego prowadzenia chorych w ramach nowoczesnych terapii.



Toruń



Bydgoszcz

Oferujemy leczenie biologiczne w chorobach takich jak:

- RZS - Reumatoidalne zapalenie stawów
- SpA - Spondyloartritis zapalny
 - ŁZS - Łuszczycowe zapalenie stawów
 - ZZSK - Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
 - Axial SpA - spondyloartritis osiowa
- Osteoporoza
- Łuszczyca skóry

Terapie lekami biologicznymi:

- certolizumab (Cimzia), etanercept (Enbrel, Erelzi), adalimumab (Humira, Hyrimoz), rituximab (Mabthera), denosumab (Prolia), infliximab (Remsima), tocilizumab (Roactemra), golimumab (Simponi)

Terapie lekami innowacyjnymi:

- baricitinib (Olumiant), tofacitinib (Xeljanz), upadacitinib (Rinvoq)

Klinika Terapii Innowacyjnych

ul. Batorego 18-22
87-100 Toruń

☎ 56 300 42 44

✉ terapieinnovacyjne@naszlekarz.pl

🌐 <https://naszlekarz.pl/klinika-terapii-innowacyjnych/>

Oddział w Bydgoszczy

ul. Chodkiewicza 19c
85-065 Bydgoszcz

☎ 52 340 14 14

Prof. dr hab. n. med. Sławomir Jeka
Dyrektor Kliniki Terapii Innowacyjnych

Zapraszam do współpracy



W NUMERZE:

FELIETON

Stańmy murem za... nami samymi! 2

Dlaczego (polscy) lekarze mają najtrudniej, czyli poradnik przeciwnika sprawdzonego postępowania 3

Mój jest ten kawałek podłogi 23

INFORMUJEMY 3,4,5, 9

ROZMOWA Z...

Profesor Barbarą Zegarską:
Medycyna estetyczna czeka na swoje prawo 6

Lek.lek. Szymonem Suwałą i Aleksandrą Śremską:
Młodzi lekarze zabierają głos 10

POZ BEZ TAJEMNIC

Schytek teleporad 9

NOWA SIEDZIBA BIL CORAZ BLIŻEJ 12

SHERLOCK HOLMES I DUCHY ALBO
– SKĄD SIĘ BIORĄ PŁASKOZIEMCY 14

LISTY, POLEMIKI, OPINIE 18, 19

RADCA PRAWNY BIL INFORMUJE 20

EMPATIA – FILAR UWAŻNEJ KOMUNIKACJI 21

KSIAŻKI NIE TOP TEN

Na wakacje 22

WSPOMNIENIE O...

Doktor Zofii Berent-Derdzie 23

W PIGUŁCE 24

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Sejm obraduje i znów będzie się oklaskiwał, *S*a deszcz pada (można zamiennie czytać: żar leje się z nieba). Mniej wybitni reprezentanci narodu aniżeli postowie spoglądają wokół i zaczynają budować tratwę (w oryginale – arkę). Młodzi ściskają w ręku paszporty i intensywnie uczą się języków obcych w nadziei odnalezienia rajy albo rozważnie wybierają specjalizację (byle nie interna, pediatria, chirurgia – broń Boże!), starsi odliczają dni do emerytury i z niepokojem spoglądają w niebo, a tu ciągle pada (a już tyle razy miało zaświecić słońce). Innych ogarnia złość, gniewnie i nie bez racji protestują, opuszczają tratwę i rzucają się, nie w odmęty fal (jeszcze nie napadało tak dużo), ale wszechobecne, grząskie błoto, w którym brnie reszta, odprawiając pokutę za nieswoje winy. Z sejmowej ławy diabeł krzyczy – niech jadą, a minister dopowiada – inni przyjadą, przywitamy ich chlebem i solą. Poseł Piecha, lekarz, z mównicy parlamentu krzychał, że nie można uchwalić zmian zwiększających finansowanie systemu opieki zdrowotnej, bo słyszał od senatora opozycji, że ma to się odbyć kosztem odebrania tzw. 500+, a jemu sumienie nie pozwala działać na szkodę polskich dzieci! Na co znalazł pieniądze rząd, niech każdy sam sobie odpowie, lista nie jest krótka – i wtedy Piecha nie martwił się o nasze dzieci. Większość społeczeństwa uważa, że zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości, a więc – powiedzmy wprost – polityk Piecha i jemu podobni nie chcą zadbać o zdrowie obywateli, w tym również polskich dzieci, nie chcą zapłacić godnie za pracę lekarzom, pielęgniarkom i wszystkim reprezentantom zawodów medycznych.

*Z*awód – to za małe słowo, żeby opisać, jak potraktowano środowisko medyczne podczas debaty sejmowej. Trzeba mocno wziąć się do budowy arki, potop wzbiera.

Serdecznie wszystkich pozdrawiam, a udającym się na wakacje życząc dobrego wypoczynku!

Dr n. med. Marek Bronisz



Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ primum

RADA PROGRAMOWA:

prof. Aleksander Araszkiwicz,
red. Agnieszka Banach-Dalke,
red. Teodora Bogdańska,
lek. Mieczysław Boguszyński,
red. Magdalena Godlewska,
dr n. med. Stanisław Prywiński,
lek. dent. Marek Rogowski
(przewodniczący),
dr n. med. Zofia Ruprecht

REDAKTOR NACZELNA:

Agnieszka Banach-Dalke
agnieszkapress@gmail.com

REDAKTOR:

Magdalena Godlewska
magodlewska@poczta.onet.pl

CZEKAMY na Państwa opinie,

uwagi i propozycje!
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania
i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach.
Za treść reklam nie odpowiadamy.

e-mail: primum@bil.org.pl
tel. 52 346 07 85

WYDAWCA:

 Bydgoska Izba Lekarska
85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11
telefony: 52 3460084, 52 3460780

Numer konta BIL:

PKO BP II O/Bydgoszcz 95102014750000830200191197
e-mail: bil@bil.org.pl, www.bil.org.pl

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności

Zawodowej: dr n. med. Elżbieta
Narolska-Wierczewska,
e-mail: rzecznik@bil.org.pl
tel. 52 3461257

• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów:

dr n. med. Wojciech Kosmowski
tel. 605 550 017

DRUK:

Abedik, Bydgoszcz, tel. 52 3700710

SKŁAD:

Magraf s.c., Bydgoszcz, tel. 52 3791435

Nakład: 4340 egzemplarzy

Stańmy murem za... nami samymi!

System ochrony zdrowia w Polsce to kolos na glinianych nogach – myślę, że do tego nikogo przekonywać nie trzeba. A jednak to, że wiemy, w jakiej rzeczywistości przyszło nam żyć, nie oznacza, że musimy się na ten stan rzeczy godzić. Kto jest winny zaistniałej sytuacji?

SZYMON
SUWAŁA

Uwagę skoncentrować trzeba na dwóch grupach – na rządzących (z uwagi na wieloletnie zaniedbania i zaniechania kolejnych ekip) oraz nas samych, medykach w ogólności. To my, pracownicy systemu, pełniemy od lat rolę tych „glinianych nóg”. Nierzadko bezkrytycznie, trzymamy na swoich barkach ciężar całej ochrony zdrowia, zgadzając się na pracę ponad siły oraz nie reagując adekwatnie na rzucane nam kłody: niekorzystne zmiany legislacyjne, nieuzasadnione oskarżenia i vendetty czy niewspółmierne do odpowiedzialności wynagrodzenia – to zresztą zaledwie wierzchołek góry lodowej. Czasami staramy się nasze zachowanie racjonalizować – powołaniem, chociażby. To szlachetne, choć jednocześnie dość krótkowzroczne. A jednocześnie wygodne dla wszystkich, z wyjątkiem nas samych (oczywiście pozornie, gdyż główny beneficjent systemu, pacjent, na dłuższą metę również na tym traci). Proste rozwiązanie problemu nie ma, ale coś robić należy.

Niedawno przed Sejmem odbyła się manifestacja pielęgniarek i położnych (15 czerwca) – była to uzasadniona reakcja na kształt ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego w systemie ochrony zdrowia. Protestujące domagały się godnego traktowania i lepszych wynagro-

dzeń. Szacunku de facto – tego samego, czego oczekują wszyscy, bez wyjątku, pracownicy systemu ochrony zdrowia. Oczywiście, jak nietrudno się było domyślić, pikietą ta (jak i wiele innych przed nią) została w zasadzie zignorowana przez władzę, część polityków widziała w niej wyłącznie podłoże do autopromocji. To kolejny policzek, kiedy uzmysłowimy sobie, że politycy lubią fotografować się w obecności ludzi w białych fartuchach i klaskać w rytm ich mrówczej pracy, ale nic z tego dla nas więcej nie wynika.

Na ręce rządzącym patrzą kolejne grupy zawodowe – fizjoterapeuci, ratownicy medyczni i tak dalej. Powinniśmy stać za nimi wszystkim murem – bo tak naprawdę staniemy wtedy za nami samymi. Niestety, jest z tym czasem problem. Przykładowo, gdy Senat zaproponował poprawki do ustawy, w tym podwyższenie współczynników służących wyliczaniu wynagrodzeń, w Sejmie część posłów-lekarzy zagłosowała przeciwko. Co było motorem ich decyzji? Ciężko powiedzieć. Zacytuję prezesa NIL, prof. Andrzeja Matyję – „postowie głosujący za odrzuceniem poprawek nie zrozumieli, że jest to inwestycja w przyszłość i rozwój ochrony zdrowia w Polsce”. Czy można się z nim nie zgodzić?

Medycyna to gra zespołowa, a system, jak to system, dobrze działać będzie tylko, gdy wszystkie jego podzespoły będą sprawne. Musimy oczyścić mechanizmy z rdzy, porządnie je nasmarować, a wadliwe części wymienić. Mówiąc wprost – trzeba nam gruntownych zmian i reform. Czy na drodze protestów? Jeśli efektem będzie poprawa funkcjonowania ochrony zdrowia, trzeba zrobić wszystko, co konieczne, w granicach prawa i zdrowego rozsądku oczywiście. „Lekarz zobowiązany jest dbać o godność swojego zawodu” – to fragment KEL, czy zatem zaniechanie działania na rzecz szacunku do zawodów medycznych jest uzasadnione? Zdecydowanie nie.

Choć z reguły na koniec przydaje się akcent „na osłodę”, tym razem – tyżka dziegiu. 15 czerwca odbywa się pikietą pielęgniarek i położnych w sprzeciwie wobec kształtu ustawy o najniższym wynagrodzeniu dla medyków – a co dzieje się dwa dni później? Prezydent RP tę ustawę podpisuje. Ta-dam! I cześć pieśni? Na szczęście nie, ustawę zawsze można zmienić. Do skutku. I niech to będzie ten słodki akcent...

O autorze: asystent Kliniki Endokrynologii i Diabetologii SU nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy BIL, przewodniczący Sekcji Chorób Metabolicznych i Cywilizacyjnych Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, popularyzator wiedzy medycznej.



Dlaczego (polscy) lekarze mają najtrudniej

czyli poradnik przeciwnika sprawdzonego postępowania

BARTOSZ FIAŁEK

Gdy chcesz zbudować dom – idziesz do architekta. Kiedy masz problemy z elektrycznością – poszukujesz elektryka. Gdy masz problemy z prawem – sondujesz prawników. Kiedy zepsuł ci się komputer – prosisz o pomoc informatyka. Gdy masz w mieszkaniu problem z wodą – dzwonicz po hydraulika.

	
publikacje naukowe	publikacje niedotyczące nauki
recenzja naukowa	brak recenzji naukowej
redakcja naukowa	redakcja nienaukowa
brak wynagrodzenia za publikację dla autora	wynagrodzenie za napisanie tekstu
selekcja publikowanych prac w oparciu o jakość naukową	selekcja publikowanych prac w oparciu o inne czynniki
Autorka grafiki: lek. Anna Brodziak	

Gdy masz problem ze zdrowiem... Wpisujesz swoje objawy do Internetu.

Korzystasz z rady o zakupie niedziałających substancji homeopatycznych albo próbujesz „wzmacniających wlewów”.

Z powodu braku poprawy – poszukujesz lepszych źródeł informacji.

Trafiasz na zaprzeczaczy sugerujących, iż twoje złe samopoczucie związane jest zapewne z „jakimś konfliktem”.

Próbujesz rzekomy konflikt rozwiązać.

Z uwagi na brak satysfakcjonującego efektu dotychczasowych działań – coraz głębiej zatapiasz się w otchłani internetowych ekspertów.

Rzucasz na taśmę decydujesz się korzystać z: biorezonansu, strukturyzatora wody oraz wyciągu z pydy jaguara.

Umierasz – rodzina dzwoni po zespół ratownictwa medycznego.

Ty jednak bezsprzecznie uważasz, że to wlew amigdaliny cię uzdrowi.

Przyjeżdżasz w stanie agonalnym do szpitalnego oddziału ratunkowego/izby przyjęć.

Nie udaje Ci się przeżyć.

Bliscy uznają, że personel medyczny to konowały, więc powtarzają twoją ścieżkę...



O autorze: lekarz, specjalista w dziedzinie reumatologii, popularyzator wiedzy medycznej, działacz społeczny w obszarze ochrony zdrowia.

Kolejne postępowania profesorskie zakończone nominacją



Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Dariusz Grzanka – z Wydziału Lekarskiego CM UMK – ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Bydgoszczy, stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 2005 r., stopień doktora habilitowanego w 2016 – na podstawie osiągnięcia pt. „Strukturalno-funkcjonalne powiązanie jądrowej aktywności białka SATB1 w procesie indukowanej śmierci komórek”. Jest autorem 231 prac naukowych o łącznym współczynniku oddziaływania IF 223 oraz 3879 punktach MNiSW. Jego główne zainteresowania naukowe dotyczą czterech przenikających się wzajemnie obszarów badawczych: udziału cytoskieletu w procesach śmierci komórkowej, znaczenia rokowniczego białka SATB1 oraz jego funkcjonalnego powiązania z F-aktywną jądrową, zaangażowania F-aktywności w organizację połączeń międzykomórkowych oraz poszukiwania niekanonicznych funkcji białek cyklu komórkowego. Poza tym doświadczenie zdobyte podczas realizacji powyższych nurtów badawczych umożliwiło zaangażowanie się w szereg projektów interdyscyplinarnych we współpracy z jednostkami klinicznymi oraz podstawowymi. Był kierownikiem i wykonawcą grantów MNiSW oraz NCN. Jednym z efektów realizacji tych grantów było uzyskanie, wielokrotnie nagradzanego, patentu na „stent wewnątrznaczyniowy, zwłaszcza naczyń wieńcowych”, którego jest współautorem. Posiada specjalizację z patomorfologii. Prof. dr hab. n. med. Dariusz Grzanka w codziennej praktyce lekarskiej zajmuje się diagnostyką histopatologiczną i cytologiczną, ze szczególnym uwzględnieniem dermatopatologii. Realizując swoje zainteresowania, drogą zawodową związał z Katedrą Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii oraz Katedrą Patomorfologii Klinicznej Collegium Medicum UMK, której jest kierownikiem od 2017 r. Jest również kierownikiem Zakładu Patomorfologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr.1. im. A. Jurasza w Bydgoszczy.



Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Maciej Śniegocki z Wydziału Lekarskiego CM UMK ukończył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku w 1984 r., jest specjalistą w zakresie neurochirurgii. Rozprawę doktorską obronił w 1992 r., stopień doktora habilitowanego medycyny w zakresie neurochirurgii uzyskał w 2002. Pracę w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy, która niebawem

przekształciła się w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, podjął w 1994 r. Od roku 2011 pełni funkcję kierownika Kliniki Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej CM UMK w Bydgoszczy. Odbił staże we Frankfurcie nad Menem, Innsbrucku, Lund, Nantes, Genk. Działalność naukowo-badawcza obejmuje kilka dziedzin: urazy czaszkowo-mózgowe i ich powikłania, choroby kręgosłupa i rdzenia kręgowego, urazy nerwów obwodowych, choroby naczyń mózgu, generacje rodników ponadtlenkowych w różnych schorzeniach układu nerwowego, badania nad układem krzepnięcia u chorych po urazach czaszkowo-mózgowych, po krwotokach i z guzami mózgu, leczenie guzów OUN. Dorobek obejmuje łącznie 279 prac. Pełni funkcję Przewodniczącego Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów.

Źródło: CM UMK

Biziel wbił pierwszą łopatę pod rozbudowę



W ramach przedsięwzięcia powstanie ośmiokondygnacyjny o powierzchni 3785 m kw. budynek przeznaczony na cele medyczne z lądowiskiem dla helikopterów LPR. Znajdzie się w nim: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Blok Operacyjny, Dział Sterylizacji i Dezynfekcji, Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego, Klinika Foniatrii i Audiologii z Oddziałem Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Oddziałem Chirurgii Szczękowej, Oddział Kliniczny Rehabilitacji. Powstanie 11 sal operacyjnych (2 hybrydowe). W wyniku rozbudowy do dyspozycji pacjentów będzie 687 łóżek.

Przebudowana zostanie też część już istniejącego gmachu, który zostanie połączony z nowym skrzydłem szpitala. Koszt całej inwestycji to ponad 160 mln zł. Budować będzie firma Alstal, która na realizację zadania ma 32 miesiące.

Prace budowlane będą realizowane w ramach wartej ponad 350 mln zł inwestycji: „Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy”.
a.b.

Polskie Towarzystwo Chorób Płuc ma prezeskę z Bydgoszczy

Na ostatnim – XXXVI zjeździe Towarzystwa (27–30 maja 2021) tę funkcję powierzono **dr n. med. Małgorzacie Czajkowskiej-Malinowskiej**. Prezesurę przejmie za rok.

W zarządzie PTChP Małgorzata Czajkowska-Malinowska działa już od 20 lat, obecnie jest zastępczynią sekretarza Towarzystwa. Na co dzień pracuje w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy i jest koordynatorką Oddziału Chorób Płuc i Niewydolności Oddychania z Pododdziałem NWM i Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu.
a.b.



Nasze dzieci!

Helena Opielińska miała pojawić się w czerwcowym „Primum” na naszych specjalnych, dziecięcych stronach. Niestety, tak się nie stało... Coś poszło nie tak i mail wysłany przez jej mamę do skrzynki „Primum” nie dotarł... Bardzo nam z tego powodu przykro, ale być może tak miało być. Może to nie był przypadek? Bo... dzięki tej czasowej zwłoce możemy teraz zamieścić zdjęcie czteroletniej Heleny już nie samej, ale z jej dwutygodniowym braciszkiem Leonem.

Rodzicom i siostrze gratulujemy!

Redakcja „Primum”



Pierwszy szpital w Polsce z własną pasieką jest w Bydgoszczy!



Od prawej: Wanda Korzycka-Wilińska, dyrektor Bizuela oraz Mateusz Andryszak – pszczelarz, który będzie opiekował się szpitalną pasieką

fol. Agnieszka Banach

Szpital Uniwersytecki nr 2 włączył się w działania Lokalnej Grupy Urbact „BeePathNet”, popularyzującej rozwój pszczelarstwa w warunkach miejskich, i... założył własną pasiekę. Grupa działa w ramach międzynarodowego projektu BeePathNet: Budowanie i łączenie miast świadomych roli pszczół w Europie, współfinansowanego ze środków UE. Polskę reprezentuje w nim miasto Bydgoszcz.

Pasieka miała powstać już w zeszłym roku, ale pandemia na to nie pozwoliła. Udało się dopiero 4 czerwca tego roku.

Biziel swoje ule postawił na zamkniętym terenie swojej kotłowni, gdzie niedługo wyrośnie ekologiczna łąka kwietna i sad. Na razie w dwóch ulach mieszkają dwie pszczoły rodziny – w każdej jest po około 100 tys. owadów, ale pasieka się rozrośnie. Miodu będzie można spróbować jeszcze w tym roku.

„Pozyskany ze szpitalnej pasieki miód będzie wręczany gościom w specjalnych, ozdobnych stoikach, co ma być jednym z elementów promocji szpitala jako instytucji przyjaznej środowisku” – mówi doktor Wanda Korzycka-Wilińska, dyrektor Szpitala.

Pszczoły coraz częściej »zamieszkują« różne instytucje. Swoje ule ma m.in. Sejm RP, Kancelaria Prezydenta RP. W regionie takich miejsc jest 16 – m.in. w galerii handlowej Fokus, Ostromecku, Urzędzie Marszałkowskim w Toruniu, MCK-u, UKW czy Wyższej Szkole Gospodarki.
a.b.

Bydgoscy laryngolodzy wyróżnieni przez ukraińskich



Józef Mierzwiński i Krzysztof Dalke – wyróżnieni przez Akademię Otolaryngologii „Eurolor”. Na zdjęciu z dyplomami oraz rzeźbami wykonanymi przez słynnego ukraińskiego rzeźbiarza Wołodymyra Tsisaryka.

Od 2011 r. nasi laryngolodzy szkolą i wspierają swoich ukraińskich kolegów i koleżanki po fachu. Edukują podczas corocznych konferencji i warsztatów organizowanych przez tamtejszą Akademię Otolaryngologii „Eurolor” oraz wspierają praktycznie – wspólnie operując w lwowskim szpitalu. Teraz dwaj specjaliści z Bydgoszczy, którzy od początku wspierają to przedsięwzięcie – dr n. med. Józef Mierzwiński i dr n. med. Krzysztof Dalke – zostali za swoje działania wyróżnieni. Przyznano im tytuł honorowego członka Akademii Otolaryngologii „Eurolor”. Nagrodę – „za wybitne zasługi, aktywne uczestnictwo i prowadzenie konferencji Eurolor, bezcenną pomoc chorym na Ukrainie” – wirtualnie wręczył im i pogratulował prezes Akademii Otolaryngologii „Eurolor” dr Fedir Yurochko, główny organizator konferencji „Eurolor”.

a.b.



Dwa zmodernizowane oddziały

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Świeciu co prawda mieści się w zabytkowych murach, ale to nie oznacza, że placówka jest nienowoczesna. Od lat lecznica się modernizuje. Od czerwca pacjenci skorzystają z kolejnych odnowionych oddziałów, w odnowionym budynku.

„Budynek nr 5, w którym mieszczą się dwa ogólne oddziały psychiatryczne, przeszedł gruntowny remont połączony ze stworzeniem nowego, odpowiadającego współczesnym zasadom leczenia psychiatrycznego, układu funkcjonalnego i modernizacją energetyczną. Ma teraz windę, a na zagospodarowanym poddaszu dodatkowe sale terapii zajęciowej i gabinety lekarskie – informuje Beata Krzemińska, rzeczniczka Urzędu Marszałkowskiego. – Inwestycja, która na końcu kosztowała 8 600 tys. zł, została zrealizowana dzięki środkom Unii Europejskiej w ramach naszego Regionalnego Programu Operacyjnego (RPO) 2014–2020. W połowie przyszłego roku, po podobnie założonym kapitalnym remoncie, powinien zostać oddany do użytku budynek nr 6, w którym także mieszczą się dwa oddziały łóżkowe. Koszt tego przedsięwzięcia to 5,5 mln złotych. Także tu zaangażowane są środki unijne, których gestorem w ramach RPO jest Urząd Marszałkowski”.

a.b.

U honorowani za walkę z COVID-19

„Bez państwa to by się po prostu nie udało” – zapewniał pracowników Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 (23 czerwca 2021 r.) podczas spotkania podsumowującego działalność Jurasza w czasie pandemii COVID-19 wojewoda kujawsko-pomorski Mikołaj Bogdanowicz. Zapowiedział także, że odwiedzi każdy szpital w regionie, który był zaangażowany w walkę z wirusem, by podziękować jego pracownikom za ich pracę i poświęcenie – w samym Juraszu było to ponad 1 000 pracowników medycznych i niemedycznych.

Najbardziej zaangażowani w walkę z wirusem pracownicy Jurasza zostali wyróżnieni. Wśród nich oczywiście lekarze. Wojewoda wręczył w imieniu Ministra Zdrowia odznaki honorowe „Za zasługi dla ochrony zdrowia: dr. hab. Aleksandrowi Deptule, prof. UMK (kierownik Sekcji Antybiotykoterapii i Kontroli Zakażeń Szpitalnych), dr. Ahmadowi El-Essie (dyrektor ds. leczenia), dr. hab. Beacie Januszko-Giergielewicz, prof. UMK (Klinika Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej, koordynator Oddziału Izolacyjnego nr 3), prof. dr. hab. Romanowi Junikowi (kierownik Kliniki Endokrynologii i Diabetologii, koordynator Oddziału Izolacyjnego nr 2), lek. Przemysławowi Podhajskiemu (Klinika Kardiologii), dr. n. med. Krzysztofowi Rackiemu (Klinika Kardiologii), lek. Adrianowi Radziwanowskiemu (Klinika Endokrynologii i Diabetologii), dr. hab. Katarzynie Sierakowskiej, prof. UMK

primum



Wyróżnieni „Za zasługi dla ochrony zdrowia”: dr hab. n. med. Aleksander Deptuła oraz dr n. med. Ahmad El-Essa.

phot. Agnieszka Banach

(kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii), dr n. med. Iwona Urbanowicz (koordynator Oddziału Izolacyjnego nr 1).

Szczególne wyróżnienie oraz dyplomy z rąk dyrektora Szpitala Jacka Krysia (który także otrzymał odznakę honorową) odebrali lekarze: dr. hab. Aleksander Deptuła, prof. UMK, lek. Michał Fidera (Klinika Endokrynologii i Diabetologii), dr. hab. Beata Januszko-Giergielewicz, prof. Roman Junik, prof. Jacek Kubica (kierownik Kliniki Kardiologii), lek. Małgorzata Nowicka (Klinika Geriatrii), lek. Przemysław Podhajski (Klinika Kardiologii), lek. Krzysztof Racki, lek. Adrian Radziwanowski, dr. n. med. Iwona Urbanowicz, lek. Przemysław Żmich (Klinika Endokrynologii i Diabetologii)

a.b.

MEDYCYNĄ ESTETYCZNĄ CZĘKA NA SWOJE PRAWO

Z prof. dr hab. n. med. Barbarą Zegarską - przewodniczącą Sekcji Dermatologii Estetycznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, kierownikiem Katedry Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej Wydziału Farmaceutycznego CM UMK – rozmawia Agnieszka Banach

► **Dyskusja o tym, kto powinien wykonywać zabiegi z zakresu tzw. medycyny estetycznej, dzieli środowisko medyczne i kosmetologiczne od dobrych kilku lat i... nadal jest tak samo – botoks, nici, wypełniacze zrobimy w gabinecie lekarskim, ale też i kosmetycznym... Czy te lata to czas stracony dla Państwa walki o to, żeby takimi zabiegami zajmowali się wyłącznie lekarze, czy jednak jesteście już bliżej celu?**

Niestety, sytuacja nadal wygląda podobnie – zabiegi z zakresu medycyny estetycznej – podkreślmy: medycyny! – wykonują osoby bez kluczowego w tym przypadku wykształcenia! Problem istnieje od momentu, kiedy szeroko rozumiana medycyna i dermatologia estetyczna stały się popularne. Zabiegi wykonują u nas najróżniejsze osoby, nie tylko kosmetolodzy, ale też te bez jakiegokolwiek wykształcenia, szkoleń, wiedzy! To niedopuszczalne!

Trudno zdecydowanie stwierdzić, ale mamy nadzieję, że jesteśmy bliżej założonego celu. Mogę zapewnić, że przez te lata podejmowaliśmy szereg działań, by ta dziedzina medycyny była dla pacjenta bezpieczna. Od samego początku zwracaliśmy uwagę na to, że zabiegi typowo medyczne są wykonywane przez osoby nieuprawnione. Nie jesteśmy jednak prokuratorami ani śledczymi, żeby je ścigać albo na nie donosić, również w przypadku powikłań. Nasze zmagania trwają już blisko 10 lat i czasami rzeczywiście bywała to walka z wiatrakami, bo wiele lekarskich środowisk działało w różny, często nieskoordynowany ze sobą, sposób. Dopiero trzy lata temu Sekcja Dermatologii Estetycznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego wspólnie ze Stowarzyszeniem Lekarzy Medycyny Estetycznej i Polskim Towarzystwem Medycyny Estetycznej i Anti-Aging połączyli siły i teraz występujemy razem, a podejmowane inicjatywy są spójne. W działania naszej koalicji włączyła się też Naczelna Rada Lekarska. Opracowaliśmy m.in. szczegółowy raport, który pokazał, jak wyglądają polskie regulacje prawne w stosunku do tych obowiązujących w UE i zebrał listę procedur z zakresu medycyny estetycznej, które kategorycznie powinien wykonywać tylko lekarz. Odbyliśmy też wiele spotkań w MZ – ostatnie 17 maja – informując o naszych działaniach, stanowiskach, itp.

► **Próby zmiany istniejącej sytuacji są widoczne w postulatach NRL, która wnioskuje, by w obowiązującej ustawie o działalności leczniczej rozszerzyć definicję świadczenia zdrowotnego o aspekty związane z wykonywaniem zabiegów medycyny estetycznej.**

Na początku tego roku, po wielu konsultacjach ze środowiskiem, NRL podjęła uchwałę, gdzie zaznaczyła, że konieczne jest rozbudowanie definicji świadczenia zdrowotnego. Pojęcie to miałyby oznaczać nie tylko: „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania” – jak było do tej pory, ale też „działania służące przywracaniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta poprzez zmianę jego wyglądu, wiążące się z ingerencją w tkanki ludzkie”.

► **Uznaliście też, że konieczne jest stworzenie definicji określającej, czym jest medycyna estetyczna... Pod koniec stycznia samorząd lekarski przyjął stanowisko także w tej sprawie.**

Brzmi tak: „Medycyna estetyczna stanowi świadczenia zdrowotne wiążące się z ingerencją w tkanki ludzkie, udzielane przez lekarzy i lekarzy dentyistów, służące przywracaniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta poprzez zmianę jego wyglądu”.

► **Czy wiadomo, jak na propozycje lekarzy zajmujących się medycyną estetyczną i samorządu lekarskiego odpowiedzą rządzący? Docierają informacje, że tak – planowane są zmiany, które mają uporządkować kwestie związane z medycyną estetyczną – ale nie w ustawie o działalności leczniczej, tylko o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty... Podobno jednak opracowana przez towarzystwa lekarskie i NRL definicja medycyny estetycznej zostanie wzięta pod uwagę.**

Następne kroki należą już do ustawodawcy... Powinny być podjęte szybko, bo medycyna estetyczna od dawna czeka na swoje prawo. Jak słyszymy, resort zdrowia nad zmianami pracuje. Czy będą zgodne z oczekiwaniami naszego środowiska i czy nasze postulaty zostaną wzięte pod uwagę? – zobaczymy. Jak sama nazwa wskazuje „medycyna estetyczna” to zabiegi medyczne. Implantacja różnego rodzaju substancji, pobieranie krwi, podawanie substancji do głębszych warstw skóry zawsze wiążą się z pewnym ryzykiem powstania objawów niepożądanych, jak i powikłań w wyniku czego dochodzi do uszczerbku na zdrowiu, a niekiedy i śmierci. Podnosimy ten fakt wielokrotnie i mamy nadzieję, że prawo będzie odpowiednio dostosowane, a pacjenci będą bezpieczni.

► **Lekarze chcą też zmian w projekcie ustawy o wyrobach medycznych z czerwca 2020 r., co Naczelna Rada Lekarska także zaakcentowała w swojej uchwale. Wiadomo, że projekt nie został jeszcze przekazany do Sejmu, ale – jak wynika z analizy stron rządowych – został przyjęty przez Komitet ds. Europejskich w Ministerstwie Spraw Zagranicznych, a zgłoszone liczne uwagi skierowane do rozstrzygnięcia przez Stały Komitet Rady Ministrów.**

Stosując wyroby medyczne, ingerujemy w tkanki ludzkie, a to oznacza, że takich produktów powinny używać tylko osoby do tego uprawnione – lekarze i lekarze dentyści. Jesteśmy zgodni z NRL, że – by zapewnić nadzór nad wykonywaniem zabiegów z zakresu medycyny estetycznej – najlepszym rozwiązaniem prawnym byłoby, aby minister zdrowia w drodze rozporządzenia obligatoryjnie określał wymagania lub ograniczenia dotyczące dystrybucji, wydawania, stosowania i warunków używania danej grupy wyrobów stwarzających lub mogących stwarzać zagrożenie dla życia, zdrowia lub bezpieczeństwa oraz kwalifikacje osób, które mogą takie produkty stosować. Za używanie wyrobu niezgodnie z wymogami groziłaby administracyjna kara pieniężna – do 1 mln zł.

► **Dlaczego tylko lekarze powinni zajmować się medycyną estetyczną?**

Kosmetolodzy tłumaczą, że na studiach mają fizjologię, anatomię, co uprawnia ich do zajmowania się pacjentami, ale bez odpowiedniej specjalizacji, szkolenia, jakim podlegają lekarze, nie ma takiej możliwości. To prawda, znajomość anatomii w przypadku zabiegów medycyny estetycznej ma ogromne znaczenie, bo brak wiedzy w tym zakresie może skutkować poważnymi powikłaniami, np. ślepotą spowodowaną przez okluzję tętnicy środkowej siatkówki – której nielekarz może nawet nie rozpoznać, nie mówiąc już o leczeniu. Podkreślmy jednak – zupełnie inaczej uczą się jej na studiach przyszli lekarze, inaczej kosmetolodzy.

Nie mówię, że lekarze nie popełniają błędów. Powikłania były i będą, ale my w gabinecie mamy odpowiednie preparaty, by natychmiast zareagować. My wiemy, kiedy i czy trzeba zadziałać, co dla osób, które nie są lekarzami, nie zawsze jest jasne. Każda substancja podana w iniekcji może spowodować u pacjenta reakcję alergiczną, nawet bezpośrednio zagrażającą życiu wstrząs anafilaktyczny, wymagający natychmiastowej interwencji lekarskiej. Co w takim przypadku zrobi osoba, która lekarzem nie jest?! Ktoś bez uprawnień, bez umiejętności może taką osobę wystać jedynie ...do lekarza. Tak zresztą często bywa i pacjent z powikłaniami łąduje na oddziale dermatologicznym, chirurgii plastycznej albo – ze względu na zagrożenie życia – na SORze. Po niektórych zabiegach, mniej inwazyjnych, powikłania ustąpią nawet same, ale po zabiegach z kwasem hialuronowym już nie jest tak łatwo – jeżeli preparat dostanie się do krwiobiegu może spowodować martwicę, co już jest bardzo groźne. Musimy podawać hialuronidazę, która jest w takich przypadkach stosowana off label – ratujemy pacjenta z powikłaniami naczyniowymi, u którego może dojść np. do martwicy skóry, zatorów mózgowych czy ocznych. Nasze towarzystwo opracowało nawet konsensus podawania hialuronidazy poza zarejestrowanymi wskazaniami – w końcu działamy wtedy w specyficznych okolicznościach.

Podkreślmy więc jeszcze raz: same certyfikaty wydawane kosmetologom albo osobom w ogóle nie związanym z zawodem medycznym – nie mogą uprawniać do wykonywania zabiegów medycznych. To proste – jeżeli ktoś chce je wykonywać, musi skończyć medycynę albo stomatologię!

► **Każdy po skończeniu medycyny albo stomatologii może zostać lekarzem zajmującym się medycyną estetyczną?**

Należy podkreślić, że tylko w programie specjalizacji zarówno z dermatologii, jak i chirurgii plastycznej rezydent musi mieć odbyte odpowiednie kursy obowiązkowe, podczas których przechodzi szkolenie z wykonywania procedur z zakresu dermatologii estetycznej. A wiadomo, że dopiero po uzyskaniu wszystkich szkoleń może przystąpić do egzaminu specjalizacyjnego. Inni lekarze jak najbardziej, ale po przejściu uznawanych przez Stowarzyszenie Lekarzy Dermatologów Estetycznych, PTMEiAA oraz Sekcję Dermatologii Estetycznej PTD kursów i szkoleń. Tak więc w zasadzie każdy lekarz może zajmować się wykonywaniem zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, nie ma tutaj ograniczeń, ale zawsze należy pamiętać, że w przypadku błędu może zostać pozbawiony prawa wykonywania zawodu. W przyszłości możemy się też na pewno spodziewać regulacji w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów w zakresie medycyny estetycznej. W Departamencie Kwalifikacji Medycznych i Nauki już trwają prace nad przygotowaniem projektu odpowiedniego rozporządzenia.

► **Specjalizacji z zakresu medycyny estetycznej – nie ma. Powinna być?**

Powinna być taka umiejętność. Specjalizację trudno jest stworzyć, bo medycyna estetyczna obejmuje obszary związane z wieloma dziedzinami: dermatologią, chirurgią plastyczną, endokrynologią, geriatrią, ginekologią czy urologią. Coraz częściej są wykonywane zabiegi z zakresu ginekologii i urologii określane jako zabiegi estetyczne.

Dokończenie na s. 8



Prof. Barbara Zegarska jest absolwentką Wydziału Lekarskiego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, specjalistką z zakresu dermatologii i wenerologii oraz alergologii. W latach 1995–2013 pełniła funkcję dyrektora Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Bydgoszczy. Dwukrotnie pełniła funkcję konsultanta ds. dermatologii i wenerologii dla województwa.

Badania naukowe prof. Barbary Zegarskiej dotyczą trądziku różowatego, trądziku pospolitego i trądziku osób dorosłych, atopowego zapalenia skóry, nowotworów skóry, neuropeptydów i wpływu czynników środowiska zewnętrznego, a zwłaszcza UV, na skórę, problemów suchej skóry i skóry wrażliwej w przebiegu różnych dermatoz. Kierując Katedrą Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej, interesuje się również dermatologią estetyczną oraz procesami starzenia się skóry. Obecnie nowym kierunkiem badań prof. Barbary Zegarskiej jest zastosowanie komórek macierzystych w dermatologii oraz problemy skóry owłosionej głowy. Jest autorem i współautorem 125 prac oraz 26 rozdziałów w monografiach. Łączny Impact Factor wynosi 51.342 a wartość punktacji KBN/MNiSzW 769.000.

► Kosmetolodzy zarzucają Wam, że to nie jest walka o kompetencje, o pacjenta, ale o zyski... Argumentują, że jakoś nikt nie zabrania im przekłuwać uszu, wykonywać makijażu permanentnego, depilacji laserowej, żaden lekarz nie chce też być np. tatuażystą. Takie głosy pojawiły też na konferencji organizowanej przez Uniwersytet SWPS: „Beauty biznes na granicy prawa”. Prof. Teresa Gardocka – prawniczka, mówiła wtedy: „Lobby lekarskie działa w większej mierze dla dużych pieniędzy niż dla dobra pacjenta. Dobro pacjenta jest tu w pewnym sensie zastaną dymną”.

Tak samo i środowisko lekarskie może sugerować, że walka tych środowisk to „bój o kasę”. Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej, usuwanie zmian skórnych, stosowanie leczenia nie leży w kompetencji osób, które nie są lekarzami.

Nasza walka toczy się o kompetencje. To oczywiście! Powikłania, które powstają po zabiegach wykonanych przez osoby niekompetentne, leczymy my, na pewno nie można więc nam zarzucić, że nie dbamy o dobro pacjenta.

Należy bardzo mocno podkreślić, że skóra to bardzo ważny immunologiczny narząd, co oznacza, że w przypadku jej uszkodzenia możemy spodziewać się poważnych powikłań, o czym wspominałam wcześniej. Z tego powodu granicy skórno-naskórkowej nie wolno w gabinecie kosmetycznym przekraczać! Na żadnym poziomie kształcenia kosmetologa – ani na pierwszym, ani na drugim stopniu – student, absolwent nie nabywa takich umiejętności.

Wykonanie makijażu permanentnego czy tatuażu to działanie bardziej powierzchowne, właściwie nie przekraczające granicy skórno-naskórkowej. Tak samo nie zabraniamy kosmetologom wykonywania powierzchownych i średnio powierzchownych peelingów skóry, zabiegów z użyciem sprzętu IPL, mezoterapii mikroigłowej niedochodzącej do skóry właściwej. Kosmetologia została stworzona po to, żeby jej absolwent rozpoznawał rodzaj skóry, jej problem, umiał dobrać odpowiedni zabieg pielęgnacyjny, a jak go coś zaniepokoi – współpracował z lekarzem dermatologiem, chirurgiem plastykiem i internistą, endokrynologiem.

► Inny zarzut osób, które zabiegi z zakresu medycyny estetycznej chciałyby wykonywać bez lekarskiego dyplomu, jest taki, że lekarzy jest mało, a ich deficyt może stać się bardziej odczuwalny po – tu cytuję – „uzupełnieniu” pojęcia świadczenia zdrowotnego o zabiegi tzw. medycyny estetycznej, co spowoduje odejście od leczenia lekarzy znęconych krociowymi dochodami z upiększania. To realne zagrożenie?

Nie przesadzajmy. Wśród lekarzy dermatologów to tylko pewien zakres naszych świadczeń. Większość specjalistów zajmuje się woi-mi dziedzinami i na pewno od leczenia chorych nigdy nie odejdzie.

► Środowisko kosmetyczne na pewno łatwo nie da się wypchnąć z rynku medycyny estetycznej. Powołana została nawet Koalicja dla Bezpieczeństwa i Rozwoju Kosmetologii, tylko w czerwcu zorganizowano też m.in. konferencję na rzecz obrony zawodu kosmetologa czy spotkanie z ministerialnymi urzędnikami z Ministerstwa Rozwoju Pracy i Technologii... Wielu jej przedstawicieli zainwestowało w szkolenia dotyczące medycyny estetycznej, pokończyli szkoły trychologii itp. Często te wszystkie szkolenia odbywały się pod okiem lekarzy...



Spotkanie w Ministerstwie Zdrowia 17 maja. Od lewej: Andrzej Cisto – NRL, dr n. med. Andrzej Ignaciuk – przewodniczący Polskiego Towarzystwa Medycyny Estetycznej i Anti-Aging, prof. Lidia Rudnicka – prezes Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Waldemar Kraska – Ministerstwo Zdrowia, dr n. med. Ewa Kaniowska – prezes Stowarzyszenia Lekarzy Dermatologów Estetycznych, prof. Barbara Zegarska – przewodnicząca Sekcji Dermatologii Estetycznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, dr n. med. Piotr Szelewski – PTMEiAA.

Takie szkolenia czy szkoły i tak nie sprawiają, że staną się lekarzami uprawnionymi do wykonywania zabiegów medycznych. Wspomniana trychologia jest częścią dermatologii. Nie wystarczy tu tylko stwierdzenie faktu, że wypadają włosy, ale należy pacjentowi zlecić badania, a potem je zinterpretować, pobrać wycinek, żeby rozpoznać, dlaczego tak się dzieje. A jeżeli chodzi o naszych kolegów szkolących takie osoby... Myślę, że niedługo sądy lekarskie będą karać lekarzy, którzy szkolą oraz wydają certyfikaty osobom, które nie są do tego uprawnione, bo takie postępowanie jest zwyczajnie nieetyczne. Słyszmy potem, że tacy szkolący medycy tłumaczą się, że kurs nie miał na celu praktycznego szkolenia, ale pokazanie, że prezentowane zabiegi są możliwe do wykonania...

Jest jeszcze inna kwestia w jakiś sposób dotycząca kolegów lekarzy. Niektóre preparaty używane w zabiegach estetycznych, np. toksyna botulinowa, są lekami – dostępnymi tylko na receptę i tylko przez nich powinny być używane. W jaki sposób, jeżeli nie za pomocą osób postępujących nieetycznie, mogą zaopatrzyć się w nie osoby nieuprawnione?! Również na wielu portalach funkcjonują firmy zajmujące się dystrybucją różnych wyrobów medycznych.

► A może kosmetolog powinien stać się zawodem medycznym?

Większość lekarzy nie ma nic przeciwko temu, żeby tak się stało. W końcu są to osoby kształcone na studiach medycznych, podobnie jak pielęgniarki, położne, czy ratownicy medyczni. Nadal jednak nie będzie to oznaczało, że zyskują takie kompetencje, by móc wykonywać zabiegi z zakresu medycyny. Przecież nawet jeśli pielęgniarka podaje jakiś lek domięśniowo czy dożylnie, robi to wyłącznie na zlecenie lekarza i jeżeli cokolwiek się wydarzy, to on ponosi konsekwencje. Kosmetologia to bardzo ciekawa dyscyplina, prężnie rozwijająca się i niezmiernie potrzebna zarówno w przemyśle dermokosmetycznym, jak i w gabinetach kosmetycznych i szeroko rozumianej medycynie estetycznej. Od lat współpracuję w prywatnym gabinecie z magistrami kosmetologii i nie wyobrażam sobie prowadzenia pacjentów nie tylko estetycznych, ale również z różnymi dermatozami bez takiej współpracy.

Jak sięgam pamięcią, zawsze lekarz miał kontakt telefoniczny ze swoimi pacjentami. Rozmowy te nie były jednak odnotowywane w dokumentacji, bo nie była to uznawana forma udzielania porad. Od czasu wprowadzenia teleporady jako legalnej formy kontaktów pomiędzy lekarzem a pacjentem, zdarzenia te odnotowywane są w indywidualnej dokumentacji naszych podopiecznych. Niezmiernie wzbogacało to historię choroby, gdyż nawet drobne i krótkie kontakty były w niej zapisywane. Teleporada to również korespondencja mailowa oraz smsowa. W mojej ocenie te formy usprawniały naszą pracę i umożliwiały częste kontakty z pacjentem.

JERZY RAJEWSKI

Schyłek teleporad

Po wielu miesiącach nauczyliśmy się korzystać z tego narzędzia.

Nawet pacjenci polubili te możliwości szybkich konsultacji. W nawale pracy to teleporada była często jedynym możliwym sposobem kontaktu z lekarzem jeszcze tego samego dnia. Mam na myśli nawet pracy zarówno lekarza, jak i pacjenta.

Czekają nas kolejne zmiany, a każda zmiana to na początku chaos.

Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzić kary, pod postacią uzależnienia finansowania od liczby teleporad. Pierwszy próg to liczba porad przekraczająca 30%, która ma skutkować obniżeniem finansowania POZ o około 10%... Lekarze rodzinni oczekiwali raczej zwiększenia finansowania o 10%.

Jak wygląda statystyka na przykładzie małej praktyki lekarza rodzinnego? W okresie pięciu miesięcy 2021 r. teleporady stanowiły 50% udzielanych świadczeń. Dotyczyły one głównie monitorowania zaplanowanego leczenia, omówienia wyników badań dodatkowych, planowania diagnostyki u osób po przebyciu zakażenia SARS-CoV-2 oraz pytań dotyczących szczepień przeciwko COVID-19.

W okresie od 1 do 15 czerwca br. teleporady stanowiły 26%. Jednocześnie ogólna liczba udzielanych porad w roku 2021 wzrosła o 100% w porównaniu z okresem sprzed epidemii. Czyli de facto porad osobistych jest tyle samo, a wzrost nastąpił o liczbę teleporad. Jednocześnie widać, że po ustąpieniu trzeciej fali epidemii zapotrzebowanie na teleporady wyraźnie spadło.

Co będzie w październiku? Czy czeka nas czwarta fala epidemii? Czy dzisiaj nie wylewamy dziecka z kąpielą?

Minister zdrowia funduje nam kolejny chaos i zbiorową odpowiedzialność za nieprawidłowości sygnalizowane w niektórych jednostkach POZ. Większość z nas pracuje ciężko i z poświęceniem, kosztem własnego życia osobistego, rodzinnego oraz kosztem swojego zdrowia.

Zamiast pracy opartej na znanych i dopracowanych narzędziach czeka nas kolejne uczenie się nowych zasad.

Czy czas epidemii to dobry okres na kolejne chaotyczne rewolucje?

O autorze: Jerzy Rajewski, prezes Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, jest specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej i chorób wewnętrznych. Kierownik Przychodni Lekarskiej RODZINA w Koronowie, wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej.



Działa teleplatforma pierwszego kontaktu

Uruchomił ją Narodowy Fundusz Zdrowia. Mogą z niej skorzystać osoby potrzebujące pomocy medycznej poza godzinami pracy lekarzy rodzinnych, w weekendy oraz święta. Wystarczy zadzwonić pod bezpłatny numer TPK – 800 137 200. Pomocy udzielają lekarze, pielęgniarki oraz położne. Porozumiemy się nie tylko po polsku, ale także po angielsku, rosyjsku i ukraińsku. Dzięki możliwości udzielenia porad przez wideoczat pomoc otrzymają też pacjenci niesłyszący – komunikacja odbywa się w języku migowym, przy wsparciu tłumacza polskiego języka migowego.

Jak uzyskać pomoc dzięki TPK? Dzwonimy na bezpłatny numer, wybieramy język, w którym chcemy, by udzielono nam konsultacji. Łączy się z nami pielęgniarka lub położna. Po sprawdzeniu danych pod kątem uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej i zarejestrowaniu zgłoszenia, przeprowadzi z nami wywiad niezbędny do oceny stanu naszego zdrowia.

800 137 200
JEDEN, BEZPŁATNY NUMER
DLA CAŁEJ POLSKI

„Pielęgniarka lub położna może wystawić e-receptę oraz udzielić porad co do dalszego sposobu postępowania. W stanach nagłych, które zagrażają życiu i zdrowiu, zaleci wezwanie zespołu ratownictwa medycznego – informuje NFZ. – Jeśli uzna, że pacjent potrzebuje dodatkowej konsultacji, przekieruje pacjenta do lekarza podczas tego samego połączenia. Konsultacja lekarska rozpoczyna się od uzupełnienia wywiadu przeprowadzonego przez pielęgniarkę lub położną. W czasie rozmowy z lekarzem, po ocenie stanu zdrowia, pacjent może otrzymać e-receptę, e-skierowanie lub e-zwolnienie. Gdy będzie potrzeba pilnej interwencji medycznej, lekarz zaleci wezwanie do pacjenta zespołu ratownictwa medycznego. Może także skierować pacjenta do najbliższej stacjonarnej placówki nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, jeśli pacjent będzie wymagał osobistego kontaktu z lekarzem”.

TPK działa od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty i niedziele oraz inne dni ustawowo wolne od pracy.

a.b.

MŁODZI LEKARZE ZABIERAJĄ GŁOS

Z lek. lek. Szymonem Suwałą i Aleksandrą Śremską – przewodniczącym i wiceprzewodniczącą Komisji ds. Młodych Lekarzy – rozmawia Magdalena Godlewska

► **Przed nami wybory – czas, kiedy częściej niż zwykle zastanawiamy się, jaka powinna być Bydgoska Izba lekarska. Czy wszystko jest już jak trzeba, czy może warto coś jeszcze poprawić? – A Państwo jak sądzą?**

Szymon Suwała: Izba przede wszystkim musi być transparentna, otwarta i komunikatywna. Dla przykładu zdarzenie dotyczące tegorocznych PES-ów: Podczas największego nasilenia III fali postanowiliśmy – jak i w dwóch poprzednich sesjach robiła nasza i inne izby – zaapelować do Ministerstwa o zwolnienie z egzaminu ustnego. Na prośbę młodych lekarzy wystosowaliśmy nasze stanowisko i poprosiliśmy o to samo BIL. Co się okazało? Izba już takie stanowisko wydała, tylko mało kto o tym wiedział!

Aleksandra Śremska: Czyli izba funkcjonuje, ale niektóre działania nie są wystarczająco nagłaśniane – czasami za mało jest tej otoczki medialnej.

Szymon Suwała: Kolejną kwestią jest to, że wielu lekarzy – co wprost nam mówią – w ogóle nie utożsamia się z izbą. Pewnym przełomem była sytuacja, kiedy zwrócili się do nas lekarze w związku z nieuzasadnionym, bezprawnym zsyłaniem przez wojewodę do pracy przy COVID-19. Zadziałaliśmy skutecznie.

Aleksandra Śremska: Tak, a musieliśmy działać szybko. Sprawa wynikła w piątek wieczorem, więc skoordynowanie odpowiedzi medialnej i wsparcia dla tych lekarzy, przygotowanie ich do wywiadów i wystąpień w telewizji, zdobycie oficjalnych stanowisk i wsparcia BIL – zorganizowaliśmy w trakcie weekendu. I to już świadczyło o tym, że izba działa. Tego właśnie oczekują lekarze od swoich przedstawicieli w samorządzie – czujności 24 godziny na dobę i interwencji w razie potrzeby, i nie jest istotne, czy to dzień powszedni czy weekend, czy możemy się spotkać, czy kontaktować ze sobą tylko on-line.

Szymon Suwała: To otworzyło ludziom oczy, że nie tylko oni coś izbie dają (w sensie: płacą składki), ale też w zamian i izba może dać całkiem sporo od siebie. Zaczęli się do nas zgłaszać – dziękowali za naszą inicjatywę, mówili, że właśnie tego oczekiwali.

► **To były rzeczywiście udane inicjatywy. Ale co ze sztandarowymi projektami Komisji – szczepieniami z zakresu profilaktyki zawodowej, szkoleniami z kompetencji miękkich? Z tego, co wiem, szczepienia zostały ograniczone do meningokoków, a jeżeli chodzi o kompetencje miękkie, to odbył się tylko jeden cykl szkoleń...**

Szymon Suwała: Obydwa wspomniane pomysły pojawiły z inicjatywy Komisji ds. Młodych Lekarzy, kiedy tylko ją – niemal od zera – otworzyliśmy, kilka lat temu. I w obu przypadkach miały być one dużo szersze, jednak nie zawsze zyskiwało to odpowiedni poklask. COVID



też zrobił swoje – opóźnił część działań. Wracamy jednak do tematu, nie odpuszczamy, pomysły na nowo zyskują uznanie.

Aleksandra Śremska: Myślmy jeszcze o zorganizowaniu spotkań ukierunkowanych na lokalną i interdyscyplinarną współpracę pomiędzy lekarzami pracującymi na różnych poziomach ochrony zdrowia oraz o szkoleniach antymobbingowych, które – okazuje się – są niezbędne w środowisku lekarskim (inicjatywę kursów antymobbingowych podejmują także @polkiwmedycynie, których jestem członkinią). Warto też wprowadzić kursy przygotowujące lekarza do pracy zawodowej jeszcze przed etapem stażu podyplomowego, czyli przybliżające zakres funkcjonowania szeregu instytucji, które nagle będą regulować jego rozwój zawodowy. Lekarza należy także zaznajomić z aspektami prawnymi związanymi z przebiegiem rezydentury oraz funkcjonowaniem na rynku pracy. Szósty rok studiów medycznych jest bardzo intensywny, a w mojej opinii student nie jest odpowiednio przygotowany pod względem praktycznym do pracy zawodowej.

Szymon Suwała: To nie jest zresztą temat całkiem nowy. W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi jakiś czas temu funkcjonowało coś takiego jak Warsztaty Przyszłościowe. Ciekawa inicjatywa, którą fajnie byłoby zaadaptować – były to kursy, podczas których młodzi lekarze spotykali się z członkami izby lekarskiej, komisją ds. młodych lekarzy, przedstawicielami studiów doktoranckich – by dowiedzieć się, w jaki sposób można wejść w taki już dorosły, lekarski świat. Bo kończąc studia, tej wiedzy się nie ma, tego pojęcia, jak ten zawód może wyglądać od kuchni.

► **Wspomniała Pani przed chwilą o @polkachwmedycynie – kim są i o co walczą?**

Aleksandra Śremska: Polkiwmedycynie to wyjątkowa, oddolna inicjatywa, której pomysłodawczynią jest Małgorzata Osmola – lekarza, rezydentka onkologii klinicznej, doktorantka WUM. W otoczeniu Małgorzaty znalazły się medyczki, które zainspirowała i które chciały działać razem z nią – i tak powstał nasz zespół. Poza mną, tworzą go także Ewelina Jodkowska – dyplomowana masażystka i Klaudia Gutowska – lekarza, stażystka, doktorantka WUM. Nasza działalność ma na celu poprawę warunków pracy i ochronę praw pracowniczych me-

dyczek oraz wspieranie rozwoju zawodowego kobiet w ochronie zdrowia. Ponadto walczymy z mobbingiem, który oczywiście nie zależy od płci, oraz zjawiskiem seksualizacji medyczek w pracy. Codziennie zgłaszają się do nas kolejne medyczki, reprezentujące różne zawody medyczne, chętne do zaangażowania się w nasze projekty – i to jest piękne. Wierzę, że razem jesteśmy w stanie wykreować lepszą przyszłość dla kolejnych pokoleń medyczek. Zapraszamy wszystkich do śledzenia naszych działań w social mediach.

Szymon Suwała: Choć nie należę do płci pięknej, popieram, wspieram i zachęcam do tego innych.

► **A wracając do Komisji ds. Młodych Lekarzy – kolejną z Państwa inicjatyw ma być zorganizowanie wsparcia psychologicznego dla lekarzy?**

Aleksandra Śremska: Jako KML pragniemy zorganizować stałe wsparcie psychologiczne dla naszych lekarzy, gdyż jest to bardzo potrzebne. Podczas pandemii wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne zmagaly się z o wiele większą ilością stresorów niż dotychczas. Musiały bowiem uporać się m.in. z nadmiernym obciążeniem pracą z powodu braków kadrowych, nowymi obowiązkami (wynikającymi z przekształcania oddziałów w covidowe), nakazami pracy, które skutkowały nagłą zmianą trybu i miejsca pracy, stygmatyzacją związaną z kwarantanną lub po prostu bliskim kontaktem z chorymi na COVID-19 oraz falą hejtu podsycaną przez niezbyt rzetelne i często sprzeczne przekazy medialne. Wszystko to skutkowało szukaniem przez nich specjalistycznej pomocy psychologicznej. Jak wynika z aktualnych doniesień naukowych, pracownicy ochrony zdrowia częściej w tym okresie zgłaszali objawy wypalenia zawodowego, wystąpienie lub nasilenie objawów typowych dla zaburzeń depresyjnych lub zespołu stresu pourazowego. Pamiętajmy jednak, że – niezależnie od pandemii – praca medyków zawsze wiązała się, wiąże i będzie się wiązała ze znacznym obciążeniem psychicznym, dlatego zapewnienie lekarzom pomocy specjalistycznej jest w mojej opinii oblatatoryjne.

W naszym społeczeństwie funkcjonuje ponadto stereotyp „posągowego lekarza”, „lekarza bohatera o nadludzkich cechach”. Jesteśmy cały czas oceniani przez pacjentów, krytykowani, a niejednokrotnie także obarczani winą za wadliwy system ochrony zdrowia. Wymaga się od nas bardzo wiele. Natomiast my jesteśmy tylko ludźmi i sami możemy potrzebować zrozumienia, wsparcia albo specjalistycznej pomocy.

► **W związku z tym chcę Państwo zmodyfikować w świadomości społecznej obraz lekarza – już nie ma być uosobieniem wszelkich zalet i superbohaterem. To jaki ma być?**

Szymon Suwała: Trzeba postrzegać lekarza jako po prostu człowieka.

Aleksandra Śremska: Tak, lekarz to przede wszystkim normalny człowiek! Ma swoje problemy – zawodowe, prywatne albo zdrowotne. Podstawą każdej relacji pacjent – lekarz powinien być wzajemny szacunek i zrozumienie, podkreślam: wzajemny.

Szymon Suwała: Wciąż mamy w społeczeństwie problem z postrzeganiem lekarza pod kątem work life balance. Jeżeli każdy może pozwolić sobie, żeby po pracy pójść i się po prostu odprężyć, w jakiegokolwiek formie, dla jednych będzie to drink podczas oglądania meczu, dla innych gra w piłkę nożną czy tenisa itd. – dlaczego tego samego nie może robić lekarz? Podobnie jest z naszym wizerunkiem w social mediach – czy mam prawo pokazać się od bardziej ludzkiej strony? W weekend byłem w teatrze i umieściłem na swoim profilu zdjęcie „na ścianie” tego teatru – nie spotkało się to tym razem z żadnym nieprzychylnym komentarzem, ale zdarzało się.

Aleksandra Śremska: Mam podobne odczucia – od kiedy jestem lekarzem zastanawiam się nad każdym zdjęciem i każdym słowem w social mediach.



W naszym społeczeństwie funkcjonuje stereotyp „posągowego lekarza”, „lekarza bohatera o nadludzkich cechach”. Jesteśmy cały czas oceniani przez pacjentów, krytykowani, a niejednokrotnie także obarczani winą za wadliwy system ochrony zdrowia. Wymaga się od nas bardzo wiele. Natomiast my jesteśmy tylko ludźmi i sami możemy potrzebować zrozumienia, wsparcia albo specjalistycznej pomocy.

Szymon Suwała: Czasami lekarze się obawiają, że jedno słowo wystarczy, żeby podać ich do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Co zresztą w Polsce już się zdarzało.

► **Zamierzacie Państwo uaktualnić Kodeks etyki lekarskiej?**

Aleksandra Śremska: Tak, jest niestety przestarzały, co nastrocza wielu problemów przy jego interpretacji i ocenie zachowania konkretnego lekarza.

Szymon Suwała: Tak to jest, kiedy akty prawne czy jakiegokolwiek inne nie są unowocześniane. Tak jest choćby z ponad 50-letnią ustawą o zgonach i stwierdzaniu zgonów. Modyfikacja nieaktualnych aktów prawnych, medycznych, etycznych, deontologicznych jest konieczna. To jeden z aspektów – obok nawiązania współpracy z jednostkami terytorialnymi i centralnymi – niezbędnych, żebyśmy my, jako samorząd, mogli się zmienić, co pozwoli nam funkcjonować w przyszłości jeszcze lepiej niż dotychczas.

► **Skoro i tak prawie cały czas rozmawiamy o zmianach, to proszę jeszcze powiedzieć, jakie elementy systemu ochrony zdrowia Państwa zdaniem wymagają naprawy w pierwszym rzędzie?**

Szymon Suwała: Tak na dobrą sprawę łatwiej byłoby powiedzieć, czego w systemie nie trzeba zmieniać.

► **W takim razie – czego nie trzeba zmieniać?**

Szymon Suwała: Kiedyś, jeszcze za czasów studiów, naiwnie sądziłem, że najlepiej funkcjonującym ogniwem systemu jest szpitalnictwo. Ale pracując w szpitalu, szybko przekonałem się że nie, zdecydowanie nie. Tak po prawdzie, system po prostu wymaga gruntownej reformy. Na każdym poziomie. To w końcu system naczyń połączonych.

Aleksandra Śremska: A ja, jeżeli widzę coś pozytywnego, to właśnie w zasobach ludzkich – przedstawicielach wszystkich zawodów medycznych. Ośmielę się stwierdzić, że biorąc pod uwagę nasze warunki pracy i nasze braki systemowe – medycy przez swoje poświęcenie nadrabiają za cały niewydolny system ochrony zdrowia.

Rozmówcy:

Aleksandra Śremska – wiceprzewodnicząca Komisji ds. Młodych Lekarzy przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, działaczka Porozumienia Rezydentów i @polekwmedycynie, specjalistka medycyny rodzinnej i certyfikowana lekarka Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, absolwentka studiów podyplomowych w zakresie prawa medycznego i zarządzania w ochronie zdrowia.

Szymon Suwała – asystent Kliniki Endokrynologii i Diabetologii SU nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy BIL, przewodniczący Sekcji Chorób Metabolicznych i Cywilizacyjnych Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, popularyzator wiedzy medycznej.



Nowa siedziba BIL

coraz bliżej

Bydgoska Izba Lekarska – na mocy uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej (nr 461/VIII/19 z 28 listopada 2019 r.) – dokonała zakupu prawa własności części budynku zlokalizowanego przy ulicy Lenartowicza 33–35 w Bydgoszcy wraz z prawem wieczystego użytkownika gruntu pod budynkiem oraz obok budynku – z przeznaczeniem na parking. Wprowadzie budynek znajduje się w dobrym stanie technicznym, jednak przystosowanie go do naszych potrzeb wymaga dokonania stosownej przebudowy oraz dostosowania do aktualnie obowiązujących przepisów o bezpieczeństwie przeciwpożarowym oraz o dostępności dla osób niepełnosprawnych. Lokalizacja nowej siedziby oraz jej wielkość pozwoli na znacznie lepsze warunki dojazdu, parkowania pojazdów naszych członków oraz lepszą organizację szkoleń, uroczystości czy różnego rodzaju spotkań.

Wszyscy mamy nadzieję, że – determinująca obecnie wiele aspektów naszego życia – pandemia nie będzie trwała wiecznie i uda się niedługo powrócić do wielu aktywności, tak jak to było jeszcze przed niewiele ponad rokiem. W nowej siedzibie przewidzieliśmy pomieszczenia dla wszystkich organów samorzą-

du lekarskiego, jednostek organizacyjnych biura, sale szkoleniowe, salę prób dla naszego chóru, archiwa i inne.

Wspomniana wcześniej pandemia znacznie spowolniła działania związane z remontem budynku, bowiem wymusiła wiele dodatkowych obowiązków na nas wszystkich, a jednocześnie uniemożliwiła cały szereg działań związanych z przygotowaniem koncepcji zagospodarowania wnętrza czy nawet wyborem firmy projektowej.

We wrześniu 2020 r. podpisano umowę z biurem projektów o wykonanie kompleksowego projektu wykonawczego (łącznie z projektem wnętrza oraz zagospodarowania terenu i uzyskaniem pozwolenia na wykonanie robót budowlanych). Prace projektowe rozpoczęto od wykonania inwentaryzacji budowlanej obiektu, wykonano także odkrywkę fundamentów i zweryfikowano stan wszystkich instalacji. W październiku przedstawiono pierwsze koncepcje nowej elewacji oraz uzgodniono program użytkowy. W grudniu otrzymaliśmy pierwszą wersję projektu wnętrza budynku. Prace spowalniały kolejne fale pandemii utrudniające bezpośrednie spotkania, omawianie i wyjaśnianie niejasności. Ostatecznie na początku maja br. dokumentacja projektowa została złożona w Urzędzie Miejskim w Bydgoszcy i oczekujemy na otrzymanie pozwolenia na wykonanie robót budowlanych i branżowych. Mamy już też ostateczną wersję projektu zagospodarowania i wykończenia wnętrza. Czeka nas jeszcze wybór wykonawcy prac oraz cały, żmudny okres prac remontowych.

Niestety, przed nami kolejne trudności – pandemia chwilowo ustępuje pola, ale rozregulowana gospodarka zafundowała nam inflację, rozhuściła rynek pracy i spowodowała znaczne zmiany w branży budowlanej.

Iwona Kosito
Dyrektor biura BIL



Recepcja



Poczekalnia przed rejestracją lekarzy



Sala konferencyjna na 150 osób



Sala posiedzeń ORL i komisji izbowych



Łazienka



Pomieszczenie biurowe

Sherlock Holmes i duchy

albo – skąd się biorą płaskoziemcy?

Ostatni rok naszego życia obfitował w wydarzenia, których niewielu się spodziewało. Byliśmy świadkami pandemii na dawno niewidzianą skalę. Wraz z pandemią pojawił się lęk i niepewność jutra, a z nimi cała gama ludzkich zachowań, wśród których wiele było – obiektywnie rzecz biorąc – nieracjonalnych. Wśród tych zachowań szczególną uwagę budziły mnożące się jak grzyby po deszczu hipotezy wyjaśniające pochodzenie i rozwój pandemii. Choć część z tych hipotez była całkiem racjonalna i weryfikowalna, to największe zasięgi w mediach społecznościowych i tradycyjnych zyskiwały te najbardziej sensacyjne, a jednocześnie często zupełnie oderwane od rzeczywistości biologicznej stojącej za pandemią. Tezy o światowym spisku finansistów, lekarzy i farmaceutów, pod przewodnictwem Billa Gatesa, mającym na celu wywołanie pandemii dla zysku, biły się o miejsce na podium z historiami o wpływie sieci 5G na transmisję wirusa czy chipach komputerowych zawartych w szczepionkach z twierdzeniami o nieistnieniu pandemii czy też o zaplanowanej depopulacji Ziemi. Często zresztą historie te w różnych przekazach przeplatały się i uzupełniały wzajemnie, za nic mając logiczne sprzeczności i niekonsekwencje każdej z nich z osobna oraz ich różnych kombinacji.

MARCIN
WOŹNIAK

Po roku walki z pandemią, kiedy już nieco przyzwyczailiśmy się do nowej rzeczywistości, poznaliśmy powodującego ją wirusa nieco lepiej, pojawiły się szczepionki i nadzieja na stopniowy powrót do względnej normalności – warto przyjrzeć się zjawiskom społecznym, które towarzyszyły nam przez ostatni rok. Trzeba zadać sobie pytanie, dlaczego w czasie, kiedy potrzebna była maksymalna mobilizacja społeczna, nastąpił wysyp fantastycznych teorii spiskowych. Dlaczego w czasie, gdy jako społeczność powinniśmy byli zaufać nauce i medycynie, taką popularność zaczęły zdobywać tezy podważające same podstawy wiedzy biologicznej i medycznej, oskarżające wręcz naukowców i przedstawicieli zawodów medycznych o działalność na granicy ludobójstwa (a czasami poza tą granicą)?

Aby zrozumieć źródło wspomnianych wyżej zjawisk, musimy przyjrzeć się mechanizmom społecznym, biologicznym i psychologicznym warunkującym nasze rozumienie rzeczywistości. Wydaje się bowiem oczywistym, że umysł osoby wierzącej we wszechświatowy spisek

mający na celu wprowadzenie do jej krwiobiegu mikroskopijnego chipa sterowanego falami 5G musi postrzegać rzeczywistość w sposób odmienny od tego, co przyjęliśmy uważać za normę.

Aby spróbować zrozumieć ten fenomen oderwijmy się od aktualnej sytuacji i cofnijmy o ponad 100 lat, do roku 1919. Dla naszej historii ważne jest, że opisane dalej wydarzenia działy się tuż po zakończeniu I wojny światowej i w samym środku szalejącej epidemii grypy zwanej hiszpanką, a zatem w czasie, kiedy znaczna część społeczeństwa zmagala się z doświadczeniem traumy i niepewności. W marcu tegoż roku w jednej z londyńskich kamienic odbył się niezwykle pokazy. Na zaproszenie znanego wówczas wynalazcy, pisarza i iluzjonisty występującego pod pseudonimem P.T. Selbit – w kamienicy owej zebrała się grupa starannie dobranych osób składająca się z inspektora Scotland Yardu, badacza zjawisk paranormalnych, telepaty, koronera sądowego i pewnej wicehrabiny. Osoby te zostały poproszone przy wejściu, aby pozostawić w niewielkim sejfie jakąś osobistą, ważną dla nich emocjonalnie, drobną rzecz. Następnie sejf został zamknięty, a zebrani udali się do jednego z pokojów, w którym, w półmroku, przy niewielkim stoliku, siedziała tajemnicza kobieta w szerokim kapeluszu z woalką. Na kolanach owej kobiety umieszczono zamknięty sejf, a gospodarz przedstawił ją jako nowo odkryte medium o niezwykłych zdolnościach. Zadaniem zaproszonych gości była ocena, czy to, co zobaczą podczas zaplanowanego pokazu, można uznać za dowód na istnienie zjawisk paranormalnych. Następnie zaczął się pokaz. W pierwszej jego części tajemnicza kobieta opisywała (trafnie!) zawartość trzymanego na kolanach sejfu. Podawała przy tym nawet najdrobniejsze osobiste szczegóły zawartych w nim przedmiotów, takie jak grawerunki na biżuterii. Drugą część pokazu stanowił seans spirytystyczny. Przy zgaszonym świetle, po wezwaniach medium, w rogu pokoju uformował się kłęb zielonej mgły, która przemieściła się nad medium, a następnie odplynęła i zniknęła w mroku.

Po seansie goście mieli okazję wyrazić swoje zdanie na jego temat. Dość szybko zgodzili się, że obserwowane zjawiska były dowodem na istnienie innego, nadnaturalnego świata. Potem rozeszli się do domów, aby spotkać się ponownie dwa tygodnie później. Wtedy to gospodarz pokazu poinformował ich, że wszystko, co widzieli, było iluzją. Wyjaśnił również, jak osiągnięto obserwowane efekty. Medium była wyposażona w słuchawki z radiem ukryte pod woalką i kapeluszem, a sejf, który trzymała, nie był tym, do którego goście włożyli swoje przedmioty. Tamten sejf (po sprytniej podmianie) umieszczono w sąsiednim pokoju i otwarto, a współpracownik P.T. Selbita przez radio opisywał jego zawartość wprost do ucha medium. Zielona mgła okazała się być fragmentem tiulu pokrytym fluoryzującą farbą, który niespostrzeżenie wniósł do pokoju inny współpracownik iluzjonisty, ubrany całkowicie na czarno (aby nie było go widać w mroku). Pokaz spirytystyczny polegał więc na rozwinięciu owego świecącego tiulu, przesunięciu go w powietrze, a następnie zwinięciu i schowaniu oraz ewakuacji pomocnika do innego pomieszczenia.

W obliczu przedstawionych faktów członkowie komisji poprosili o ponowne przeprowadzenie pokazu, na co P.T. Selbit chętnie przystał. Drugi pokaz przeprowadzono dla jeszcze większego grona zainteresowanych, z których wielu wyrażało uznanie dla pomysłowości i technicznego kunsztu organizatora. Jedna osoba nie podzielała jednak tych zachwytów. Wspomniany wcześniej badacz zjawisk paranormalnych stwierdził mianowicie, że owo drugie spotkanie



Ilustracja z roku 1802 przedstawiająca ludzi z cechami krowimi, które zdaniem ówczesnych przeciwników szczepień miały się wykształcić po podaniu szczepionki na ospę prawdziwą

było fałszerstwem, wynikiem spisku mającego na celu ukrycie przed światem istnienia sił paranormalnych. Twierdził on, że podczas pierwszego spotkania na własne oczy widział pokaz takich sił, a drugie miało na celu wyłącznie zdyskredytowanie tego pierwszego. Jak stwierdził ów badacz, świadectwo jego oczu jest dla niego ważniejsze niż tłumaczenia iluzjonisty. Tutaj warto wspomnieć, że zaproszonym na pokaz badaczem zjawisk paranormalnych był sam Arthur Conan Doyle, autor licznych powieści, w tym serii książek o genialnym detektywie Sherlocku Holmesie. W powieści „Znak czterech” Doyle włożył w usta detektywa zdanie, które precyzyjnie, a jednocześnie lakonicznie podsumowuje sposób myślenia, którym powinien się kierować obiektywny obserwator rzeczywistości. Brzmi ono: „Gdy odrzucisz to, co niemożliwe, wszystko pozostałe, choćby najbardziej nieprawdopodobne, musi być prawdą”. Można powiedzieć, że zdanie to jest również doskonałym opisem metodyki, jaką posługują się nauki przyrodnicze w badaniu fenomenów świata fizycznego. Można też, jak myślę, przyjąć, że zdanie to stanowiło emanację poglądów samego Doyle’a, który zajmował się m.in. również prowadzeniem śledztw kryminalnych, na podobieństwo ikonicznego bohatera swych powieści. A jednak kiedy przyszło do weryfikacji kilku stosunkowo prostych trików, logika Doyle’a/Holmesa zawiodła na całej linii.

Opisana wyżej relacja nie jest jedynym przykładem słabych punktów w postrzeganiu rzeczywistości przez Doyle’a. Kilka lat później zdecydowanie bronił autentyczności zdjęć przedstawiających tzw. wróżki z Cottingale – wykonanych przez kilkuletnie dziewczynki w ich ogrodzie fotografii przedstawiających niewielkie, uskrzydłone postacie bawiące się z dziećmi. Te obrazy zostały uzyskane, jak się później okazało, przy pomocy bardzo prostej manipulacji, gdyż rzekome wróżki zostały po prostu wycięte z papieru i sprytnie umieszczone w kadrze. Doyle świącie wierzył również w autentyczność modnych wówczas „zdjęć z duchami” przedstawiających fotografie żywych ludzi w towarzystwie zjawiskowych, półprzezroczystych postaci pojawiających się w tle. Wiary tej nie podważyła prezentacja sposobu wykonywania takich zdjęć przez jednego z przyjaciół Doyle’a, gdyż ten stwierdził, że

jego przyjaciel ma wyjątkowo długie i smukłe palce, a osoba z przeciętnymi rękami nie potrafiłaby wykonać takiej sztuczki.

Można by zapewne zadać sobie uzasadnione pytanie, co działo się w umyśle Arthura Conana Doyle’a, że tak łatwo dawał się zwodzić, gdy chodziło o świat duchów. Wiemy przecież, że był dobrze wykształcony i dysponował odpowiednim, może nawet ponadprzeciętnym, aparatem poznawczym, umożliwiającym odróżnianie prawdy od kłamstwa. Nasuwa się wyjaśnienie, że słynny autor kryminałów, pomimo całej swojej przenikliwości, wiedzy i inteligencji, najwidoczniej po prostu z jakiegoś powodu CHCIAŁ wierzyć w istnienie zjawisk paranormalnych. Chciał w nie wierzyć tak bardzo, że był gotów uwierzyć w spisek mający na celu ukrywanie wiedzy o zjawiskach paranormalnych pomimo tego, że wyjaśniano mu i pokazywano, jak takie zjawiska można imitować!

Przenieśmy się w czasie o kolejne kilkadziesiąt lat, do połowy XIX wieku, zanim spróbujemy podjąć próbę zrozumienia tak niezwykłego zachowania u inteligentnego skądinąd człowieka.

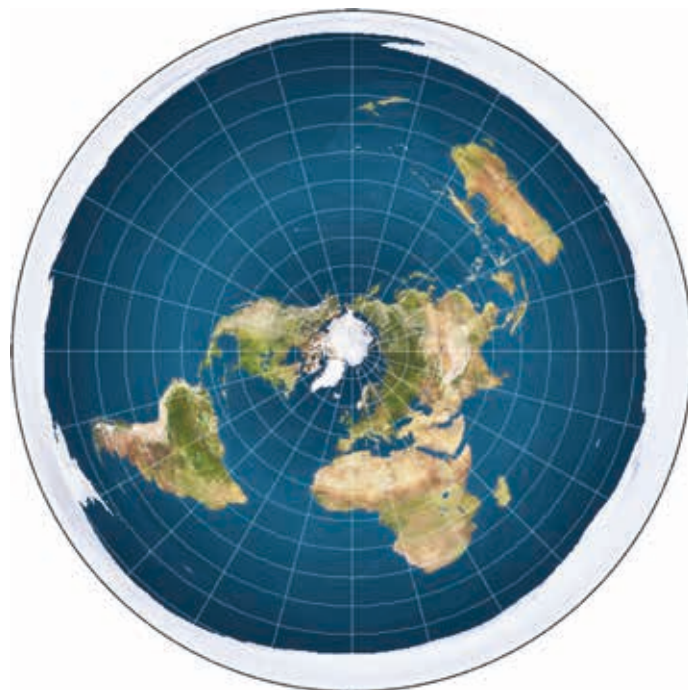
W owym czasie szalała na świecie inna pandemia, nazywana trzecią pandemią cholery. Na przełomie lat 40. i 50. XIX w. pochłonęła ona życie kilkudziesięciu tysięcy Brytyjczyków, w tym ponad 14 000 mieszkańców Londynu. Uwzględniając różnice w wielkości populacji, epidemia ta uderzyła w Anglię nawet mocniej niż obecna pandemia koronawirusa. W tym samym czasie Samuel Rowbotham, angielski pisarz i wynalazca, opublikował niewielką broszurę zatytułowaną „Astronomia sceptyczna: Ziemia nie jest globem”, w której podawał w wątpliwość kulistość Ziemi. W broszurze tej, którą później rozbudował do ponad 400-stronicowej książki, próbował wykazać, że prawda o kształcie Ziemi jest ukrywana przed społeczeństwem, gdyż w rzeczywistości żyjemy na płaskim dysku, w którego centrum znajduje się biegun północny, a obrzeża (czyli Antarktyda) to w istocie wysoki lodowy mur chroniony przez liczną armię żołnierzy zatrudnionych wyłącznie w celu ukrycia spisku. Rowbotham zbudował swój model Ziemi w oparciu o własną interpretację narracji biblijnej i znalazł wystarczająco dużo naśladowców, aby jego tezy przetrwały do

dziś. W istocie większość argumentów przeciwko kulistości Ziemi wysuwanych przez współczesnych „płaskoziemców” jest żywcem wzięta z dzieła Rowbothama (którego reprints można nawet kupić w niektórych księgarniach internetowych). Absurdalność tez Rowbothama, które z łatwością można obalić prostymi eksperymentami, oraz mnogość dowodów na kulistość Ziemi i łatwość ich pozyskania w erze informacji – nie robią na „płaskoziemcach” wrażenia. Najwyraźniej ludzie ci uparcie **CHCĄ** tkwić w alternatywnej rzeczywistości, w której Ziemia jest płaska. Co ciekawe, badania socjologiczne prowadzone na środowisku „płaskoziemców” wskazują, że nie różnią się oni znacząco od reszty populacji ani w zakresie dochodów, ani wykształcenia. Okazuje się nawet, że bywają wśród nich ludzie wybitnie inteligentni.

Porównując przedstawione wyżej przypadki, nie sposób nie zauważyć pewnych analogii. W obu sytuacjach mamy do czynienia z prymatem modelu rzeczywistości nad obiektywnymi obserwacjami opisującymi tę rzeczywistość. Innymi słowy: zarówno Arthur Conan Doyle, jak i Samuel Rowbotham (oraz jego naśladowcy) przyjęli pewne założenia *a priori* co do tego, jak funkcjonuje świat rzeczywisty, a następnie stworzyli szereg hipotez, z których część skupiała się na dopasowaniu istniejących obserwacji dotyczących tego świata do przyjętego modelu, a druga część (większa) na wyjaśnianiu, dlaczego pozostałe istniejące obserwacje nie pasują do przyjętego modelu. W obu przypadkach nieuchronnie prowadziło to do stworzenia metahipotezy wyjaśniającej wszystkie niezgodności: hipotezy o spisku, którego celem jest ukrywanie istotnych informacji o rzeczywistości przed społeczeństwem. Taki sposób budowania modelu rzeczywistości jest niezwykle odporny na modyfikacje, ponieważ każdy argument podważający przyjęty model automatycznie trafia do kategorii kłamstw/oszustw/falszertw, a każda osoba przedstawiająca taki argument jest klasyfikowana jako uczestnik spisku („przekupiony naukowiec”) lub bezwolna marionetka („ogłupiony przez mainstreamowe media”).

Warto w tym miejscu poświęcić chwilę na zastanowienie się, czym jest i jak powstaje model rzeczywistości, którym każdy z nas posługuje się na co dzień. Nie będzie niczym odkrywczym stwierdzenie, że powstaje on w wyniku integracji ogromnej ilości sygnałów dostarczanych naszemu mózgowi przez narządy zmysłów oraz interakcje społeczne. Model rzeczywistości, jakim posługuje się każdy z nas, powstaje zatem w oparciu o składową biologiczną i społeczną. Do składowej biologicznej zaliczamy: wrodzone i nabyte możliwości mentalne danej osoby oraz stan fizjologiczny i poziom realizacji podstawowych potrzeb biologicznych (zagrożenie głodem, stresem itp.). Składową społeczną stanowią bodźce i informacje dostarczane przez innych ludzi: wychowanie, edukacja, interakcje z grupą rówieśniczą, znajomymi itp. Efektem działania wszystkich tych czynników jest obraz świata (swego rodzaju mapa), który rozbudowujemy z każdym nowym doświadczeniem i każdym przeżytym rokiem. W istocie obraz ten, kiedy osiąga określony stopień złożoności, składa się z serii założeń opisujących poszczególne aspekty rzeczywistości. Założenia te konfrontujemy następnie z nowymi doświadczeniami i po każdej takiej konfrontacji podejmujemy decyzję, czy przyjęty przez nas model rzeczywistości należy zmodyfikować czy nie.

Być może Czytelnicy zorientowali się już, że opisany przeze mnie model rzeczywistości, którym posługuje się każdy z nas, choć zapewne zupełnie odmienny w treści, nie różni się w swej konstrukcji od modeli, jakimi posługiwali się Doyle czy Rowbotham! Nasz model również składa się z serii założeń, z których niektóre mogą być prawdziwe, a inne nie. Pytanie zatem: co dzieje się, jeśli nasze założenia przestają zgadzać się z obserwacjami? Czy jesteśmy gotowi te założenia poddawać próbie i w razie potrzeby modyfikować model rzeczywistości? Czy taka zmiana jest łatwa? Możemy spróbować odpowiedzieć sobie na to pytanie, kiedy przypomnimy sobie naszą własną reakcję na wieść, że to nie Święty Mikołaj przynosi gwiazdkowe prezenty... „Próba świętego Mikołaja” to w istocie jeden z pierwszych testów naszej zdolności do



Model płaskiej Ziemi (okrągły mur lodowy zabezpiecza przed spłynięciem wody z jej powierzchni)

adaptacji i zmiany przyjętego modelu rzeczywistości. W naszym kręgu kulturowym w wieku przedszkolnym niemal wszystkie dzieci wierzą w Świętego Mikołaja lub jego inny kulturowy odpowiednik. W dziecięcym modelu rzeczywistości coroczna wizyta Świętego jest bardzo ważnym, pełnym emocji wydarzeniem. Tymczasem przychodzi moment, kiedy dziecko dowiaduje się, że ten aspekt jego modelu rzeczywistości jest fałszywy, gdyż prezenty dostarczają krewni. Jeśli przypomnimy sobie ten moment w naszym życiu lub życiu naszych dzieci, to zauważymy, jak trudna do akceptacji jest ta prawda. Jak często zdarza się, że dzieci płaczą, usłyszawszy, że to nie Święty Mikołaj przynosi te wszystkie zabawki! Ten płacz to wynik stresu związanego z wysiłkiem, jaki trzeba włożyć w przebudowanie swojego modelu rzeczywistości. U wielu dzieci proces ten jest bardzo długi. Potrafią przez kilka lat tkwić w swego rodzaju zawieszaniu pomiędzy chęcią wiary w Świętego Mikołaja a ostateczną akceptacją faktu, że on nie istnieje.

Przedstawiony wyżej konflikt między obserwacją a przyjętym modelem rzeczywistości zachodzi w istocie znacznie częściej, niż nam się wydaje, i nosi nazwę dysonansu poznawczego. Jest to zjawisko bardzo powszechnie występujące i szeroko opisane w literaturze, jednak dla potrzeb niniejszego wywodu wystarczy informacja, że w zdecydowanej większości przypadków pojawienie się dysonansu poznawczego prowadzi do odrzucenia obserwacji podważających istniejący model rzeczywistości. Innymi słowy – umysł próbuje za wszelką cenę chronić przyjęty przez siebie model rzeczywistości przed zmianami. Proces ten jest w zasadzie automatyczny, dlatego rzadko uświadomiamy sobie jego istnienie. To zjawisko może prowadzić bezpośrednio do swego rodzaju „spirali błędów”, gdzie odrzucenie jednego dowodu na niezgodność przyjętego modelu z rzeczywistością prowadzi do konieczności odrzucenia kolejnych dowodów, jeśli wspierają ten uprzednio odrzucony. W taki właśnie sposób, przez odrzucanie kolejnych dowodów podważających model rzeczywistości, w który wierzy dana osoba, tworzy się przestrzeń do skonstruowania hipotezy wyjaśniającej pochodzenie wszystkich odrzucanych obserwacji – hipotezy o istnieniu spisku. Aby jednak taka hipoteza się pojawiła, konieczny jest jeszcze jeden element: korelacja.

Jedną z istotnych cech naszego mózgu decydujących o jego przydatności jako narzędzia poznawania świata jest zdolność do rozpoznawania wzorców. Można zaryzykować twierdzenie, że rozpoznawanie

wzorców w otaczającym świecie leży u podstaw wszelkiego poznania. To dzięki tej umiejętności potrafimy kojarzyć fakty oraz wykrywać niebezpieczeństwa i możliwości w otaczającym nas środowisku. Reakcja na widok drapieżnika czy jedzenia, interakcje międzyludzkie, odpowiedź na zmiany warunków środowiska (np. obserwacja nadciągającej chmury burzowej) – wszystkie te czynności i wiele innych wykorzystują zdolność mózgu do tworzenia spójnych i znaczących powiązań pomiędzy rezultatami obserwacji. Umiejętność ta jest kluczem do naszego przetrwania.

Badania prowadzone przez różne zespoły psychologów wykazały, że nasz system rozpoznawania wzorców nie jest pozbawiony wad. Jedną z nich jest swego rodzaju nadaktywność, pojawiająca się szczególnie w sytuacjach stresowych. Obserwacja zwyczajów potowowych rybaków z Wysp Triobranda wykazała np., że ci z nich, którzy łowią na bardziej niebezpiecznych wodach, mają tendencje do tworzenia bardziej skomplikowanych i dłuższych rytuałów mających na celu zapewnienie szczęśliwego powrotu z potowu. W innym eksperymencie wykazano, że jeśli skoczkowi spadochronowemu w stanie stresu (przed skokiem) pokaże się karetkę papieru pokrytą losowymi znakami, to będzie on bardziej skłonny do znalezienia powiązań pomiędzy znakami (wzorca), niż ten sam skoczek już po szczęśliwym lądowaniu. Powszechnie znana jest skłonność niektórych sportowców do wykonywania przed ważnymi zawodami określonych rytuałów (wykonanie pewnej sekwencji ruchów, założenie „szczęśliwej koszulki” itp.), które mają zapewnić zwycięstwo. Przeprowadzone badania potwierdziły, że ta skłonność jest tym większa, im bardziej wygrana w danej konkurencji zależy od przypadku. W innych badaniach wykazano, że bardzo zestresowani studenci pierwszego roku studiów MBA mają tendencję do dostrzegania większej liczby różnego rodzaju zagrożeń i ukrytych powiązań niż bardziej już oswojeni ze studiami studenci wyższych lat. Wszystkie te badania dają razem dość klarowny obraz: pod wpływem stresu nasz system wykrywania wzorców wchodzi w stan podwyższonej czujności i stara się znaleźć jak najwięcej powiązań i zależności pomiędzy poszczególnymi zdarzeniami i elementami otaczającego nas świata. Czułość tego systemu staje się tak duża, że czasami zaczyna wykrywać wzorce tam, gdzie w rzeczywistości żadne powiązania nie występują, innymi słowy zaczyna dostrzegać sens w szumie informacyjnym.

Klasycznym przykładem takiej podwyższonej czujności jest doszukiwanie się związku przyczynowego pomiędzy szczepieniami a autyzmem. Rzeczywiście istnieje korelacja pomiędzy wzrostem liczby przypadków zdiagnozowanego autyzmu a wzrostem wyszczepialności szczepionką MMR, ale dokładnie taka sama korelacja istnieje np. pomiędzy wzrostem liczby przypadków autyzmu a wzrostem sprzedaży żywności organicznej! Nikt jednak nie mówi, że żywność organiczna powoduje autyzm. Dlaczego? Bo żywność nie jest kojarzona z ryzykiem (czy słusznie, to osobna sprawa), podczas gdy szczepienia, jak każda procedura medyczna, są pewnym ryzykiem obarczone. Doskonale wykorzystują ten fakt wszelkiej maści ruchy antyszczepionkowe, które w swojej propagandzie wyolbrzymiają ryzyko szczepień, jednocześnie przemilczając bądź negując zyski z nich wynikające. W ten sposób nie tylko zniechęcają ludzi do szczepienia się, ale tworzą sytuację, w której pacjenci, pod wpływem stresu związanego z owym wyolbrzymionym ryzykiem, są szczególnie wyczuleni na wszelkie negatywne zdarzenia związane ze szczepieniami. Prowadzi to w efekcie do historycznych wręcz reakcji, których przykłady mamy niestety okazję obserwować na co dzień w obecnej pandemicznej rzeczywistości.

Związek stresu z podwyższoną wrażliwością systemu rozpoznawania wzorców staje się szczególnie interesujący w obliczu wyników badań nad sytuacjami, w których rodzą się i rozprzestrzeniają teorie spiskowe. Z badań tych wynika, że szczególnie sprzyjające okoliczności do rozprzestrzeniania takich teorii panują:

- Gdy skala wydarzeń jest szczególnie duża/znacząca, a ich wyjaśnienie wydaje się zbyt przyziemne i nie oddające skali zdarzenia,
- Gdy brakuje jasnych, oficjalnych wyjaśnień danego wydarzenia lub są one podważane przez osoby publiczne,

- Gdy społeczność doświadcza stresu i niepewności,
- Gdy motywacja do znalezienia wzorców w środowisku jest eksperymentalnie podwyższona,
- Wśród ludzi, którzy ciągle szukają sensu i wzorców w środowisku (np. wyznawcy zjawisk paranormalnych).

Zauważmy, że pierwsze trzy z powyższych podpunktów występują w społecznościach znajdujących się w stanie pandemii lub innej katastrofalnej sytuacji. Być może ten fakt wyjaśnia, dlaczego przywołany na początku Arthur Conan Doyle (a z nim wielu innych Brytyjczyków), tuż po wyczerpującej wojnie i w środku pandemii hiszpanki, tak łatwo poddawał się wierze w zjawiska paranormalne? Być może właśnie dlatego hipoteza płaskiej Ziemi sformułowana przez Rowbotthama zyskała tylu zwolenników w czasie trzeciej pandemii cholery? Zapewne właśnie dlatego byliśmy w ostatnim roku świadkami wysypu niezliczonych artykułów, postów i tweetów doszukujących się spisków już nie tylko na polu medycznym, ale także w polityce (choćby słynne „ukradzione wybory” Trumpa)?

Zwróćmy jednak uwagę na kolejny podpunkt z powyższej listy. Odnosi się on do serii badań, w których wykazano, że można skłonić człowieka do wiary w teorię spiskową, manipulując subtelnie jego psychiką. Okazuje się bowiem, że wystarczy zadać danej osobie pozornie niewinne pytanie o sytuację w jej życiu, w której nie miała kontroli nad swoim losem. Omawiane badania sugerują, że pytanie tego rodzaju wystarczy, aby badana osoba weszła w stan cechujący się podwyższoną gotowością do uznania za prawdziwą dostarczonej jej następnie teorii spiskowej. Wyniki tych badań są szczególnie istotne w kontekście wykorzystywania potęgi mediów społecznościowych do wpływania na decyzje podejmowane przez całe społeczności.

Ostatni punkt z powyższej listy odnosi się do grupy ludzi, którzy cechują się specyficzną osobowością – nastawioną na poszukiwanie nowości, sensacji i ukrytych powiązań. Myślę, że niemal każdy zna przynajmniej jedną taką osobę: poszukiwacza UFO, wyznawcę radiestezji, fana homeopatii czy leczących kryształów. Obecność takich osób w społeczeństwie, gdzie jednocześnie możemy znaleźć skrajnych sceptyków, klasycznych niewiernych Tomaszów, którzy nie uwierzą, dopóki nie zobaczą – wskazuje na istnienie pewnego zróżnicowania międzyosobniczego. Źródłem tego zróżnicowania może być zarówno odmienne wychowanie, jak i odmienność na poziomie biologicznym. Można zatem zadać pytanie, czy istnieją jakieś cechy biologiczne pchające niektórych z nas w objęcia teorii spiskowych.

Cóż, o funkcjonowaniu ludzkiego mózgu wciąż wiemy stosunkowo niewiele, jednak pierwsze kroki w kierunku identyfikacji cech warunkujących podatność na teorie spiskowe zostały już zrobione.

Badacze zajmujący się tym zagadnieniem skierowali swoją uwagę w pierwszej kolejności w stronę układu mezolimbicznego. Jest to jeden z układów dopaminergicznych w naszym mózgu, którego funkcjonowanie jest powiązane z występowaniem zaburzeń psychotycznych w przebiegu schizofrenii. Mówiąc precyzyjniej, za zaburzenia te odpowiada podwyższone wydzielanie dopaminy w układzie mezolimbicznym. Zaburzenia psychotyczne to przede wszystkim zaburzenia postrzegania rzeczywistości i urojenia. Jak widzieliśmy wcześniej, powstawanie teorii spiskowych wiąże się właśnie z zaburzoną postrzeganiem rzeczywistości. Powstaje zatem pytanie: czy wydzielanie dopaminy może mieć związek z wiarą w teorie spiskowe? Przeprowadzone dotąd eksperymenty sugerują, że tak właśnie jest! W jednym z nich poddano badaniu dwie grupy osób, które ze względu na ich stosunek do teorii spiskowych można określić jako „sceptyków” i „wyznawców”. Obu grupom przedstawiano różnego rodzaju hipotezy, pytając, jak bardzo skłonni byłiby w nie uwierzyć. Jak należało się spodziewać „sceptycy” byli zdecydowanie mniej skłonni do wiary w przedstawiane hipotezy niż „wyznawcy”. Wszystko się jednak zmieniło, kiedy badanym grupom podano lek podnoszący poziom dopaminy (levodopę). Pod wpływem tego leku obie grupy były skłonne w równym stopniu wierzyć w prezentowane im hipotezy – „sceptycy” zmienili się w „wyznawców”!

W innym eksperymencie również podzielono uczestników w zależności od ich skłonności do wierzenia w teorie spiskowe, ale tym razem przeprowadzono na nich testy ukazujące ich skłonność do prawidłowego interpretowania wzorców. W tym badaniu okazało się, że grupa „sceptyków” lepiej radziła sobie z interpretacją pokazywanych im wzorców (odróżnianiem wzorów sensownych od bezsensownych) niż grupa „wyznawców”. Przeprowadzone następnie badania wykazały podwyższony poziom dopaminy u grupy „wyznawców” w porównaniu do „sceptyków”. Co więcej, badania genetyczne wariantów genu COMT wykazały, że wśród „sceptyków” dominował wariant odpowiedzialny za niskie stężenie dopaminy w przestrzeniach międzysynaptycznych, podczas gdy u „wyznawców” wariant odpowiedzialny za wysokie stężenie tego neuroprzekaźnika.

Przeprowadzone jak dotąd badania sugerują zatem, że istnieje powiązanie pomiędzy fenotypem/genotypem a skłonnością do wiary w teorie spiskowe. Inne analizy wskazują, że ok. 20% osób w społeczeństwie należy do grupy, która ma tendencje do wiary w niemal wszystkie teorie spiskowe, jakie usłyszą. Kolejne kilkanaście procent stanowią osoby, które uwierzą w przynajmniej niektóre z tych teorii.

Powinniśmy zatem zaakceptować fakt, że znaczny odsetek naszych współobywateli jest podatny na wyjaśnienia rzeczywistości oferowane przez teorie spiskowe i że jest to immanentna cecha naszej kondycji jako gatunku. Skłonność do wiary w spiski nie zależy od inteligencji, wykształcenia czy statusu materialnego, lecz jest pochodną naszej ewolucyjnej drogi, na której ostrożność i podejrzliwość najwyraźniej opłacały się bardziej niż ciekawość i dokładne badanie nowych zjawisk. Dysponując taką wiedzą, możemy lepiej planować kampanie społeczne, przewidywać skutki podejmowanych działań np., w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych, oraz próbować przeciwdziałać rozpowszechnianiu co bardziej szkodliwych informacji. Musimy jednak przy tym pamiętać, że osoby postrzegające świat w sposób kłócący się z naszą o nim wiedzą nie są w żaden sposób „gorsze”, „głupsze” czy „niedokszałcone”. Istnieją przykłady pokazujące, że wyznawcy nawet najbardziej szalonych teorii mogą się zmienić, jeśli okaże się im troskę i uwagę oraz, przede wszystkim, nauczycy krytycznej oceny otaczającej nas rzeczywistości. Pamiętajmy: każdy z nas kiedyś wierzył w Świętego Mikołaja!

Dr hab. n. med. Marcin Woźniak, prof. UMK, pełni obowiązki kierownika Zakładu Rekonstrukcji i Oceny Skutków Wypadków Komunikacyjnych Katedry Medycyny Sądowej Wydziału Lekarskiego CM UMK

Link do wykładu: <https://youtu.be/DHiv8aQYIBA>

Literatura dla zainteresowanych:

- „The two illusions that tricked Arthur Conan Doyle” – <https://www.bbc.com/future/article/20190828-the-two-bizarre-hoaxes-that-tricked-arthur-conan-doyle>
- „Dopamine, paranormal belief, and the detection of meaningful stimuli” Krummenacher, P., Mohr, C., Haker, H., Brugger, P., *Journal of Cognitive Neuroscience* 22:8 (2009), pp. 1670–1681
- „Searching for General Model of Conspiracy Theories and Its Implication for Public Health Policy: Analysis of the Impacts of Political, Psychological, Structural Factors on Conspiracy Beliefs about the COVID-19 Pandemic” Seoyong Kim, Sunhee Kim, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 266. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010266>
- „Limited not lazy: a quasi-experimental secondary analysis of evidence quality evaluations by those who hold implausible beliefs” Kristy A. Martire, Bethany Grows, Agnes S. Bali, Bronte Montgomery-Farrer¹, Stephanie Summersby, Mariam Younan¹, *Cogn. Research* (2020) 5:65 <https://doi.org/10.1186/s41235-020-00264-z>
- „Linking unfounded beliefs to genetic dopamine availability” Katharina Schmack, Hannes Rössler, Maria Sekutowicz, Eva J. Brandl, Daniel J. Müller, Predrag Petrovic, Philipp Sterzer, *Frontiers in Human Neuroscience* September 2015 (vol.9) article 521
- „The Psychology of Conspiracy Theories” Karen M. Douglas, Robbie M. Sutton, Aleksandra Cichocka, *Current Directions in Psychological Science* 2017, Vol. 26(6) 538–542
- „The social consequences of conspiracism: Exposure to conspiracy theories decreases intentions to engage in politics and to reduce one’s carbon footprint” Daniel Jolley, Karen M. Douglas, *British Journal of Psychology* (2012) 1-22 DOI:10.1111/bjop.12018

Ad vocem do dyskusji światopoglądowej na łamach Primum



Nie ma w naszym zawodzie miejsca na światopogląd

Od wielu miesięcy, a chyba nawet lat, z niepokojem obserwujemy prezentowanie na łamach naszego czasopisma przez Kolegów Lekarzy własnych światopoglądów i szukanie argumentów na ich poparcie, z pominięciem roli pacjentów w podejmowaniu decyzji oraz pozostawieniem na dalszym planie obiektywnie uznanej wiedzy medycznej.

Wszyscy jesteśmy lekarzami. Jako lekarze powinniśmy stosować się do przepisów prawa, etyki lekarskiej oraz obiektywnej wiedzy medycznej opartej na faktach. Nie ma w naszym zawodzie miejsca na światopogląd. Uważamy, że podczas udzielania świadczeń medycznych nasze działania nie powinny być nacechowane osobistymi poglądami lub wyznaniem lekarza.

Wszelkie klauzule sumienia – nie poparte obiektywną wiedzą medyczną oraz opierające się jedynie na światopoglądzie – nie powinny mieć zastosowania w zawodzie lekarza oraz innych zawodach związanych z szeroko pojętą pomocą medyczną. Ich wprowadzanie i ewentualne rozszerzanie na kolejne działania może być ślepą uliczką doprowadzającą do przedkładania poglądów lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego, farmaceuty etc. ponad obowiązującą wiedzę.

Beneficjentem naszego działania jest zawsze pacjent i w nasz zawód wpisana jest konieczność przedstawienia mu możliwości wyboru metody postępowania zgodnej z Jego przekonaniem. Jedynie przekonania pacjenta mogą mieć wpływ na nasze decyzje. Pacjent musi otrzymać obiektywną wiedzę oraz informacje na temat wszelkich alternatywnych metod postępowania – nawet jeśli metody owe nie są zgodne ze światopoglądem lekarza. To pacjent ma dokonać wyboru spośród wszystkich przedstawionych metod.

Nam przypada rola informacyjno-doradcza oraz wykonawcza. Jedyna przewidziana prawem oraz obiektywną wiedzą medyczną sytuacja, kiedy lekarz przejmuje rolę decydenta, to moment, gdy pacjent nie jest w stanie, z rozmaitych powodów, podjąć rzeczowej decyzji – a i wtedy lekarz powinien posiłkować się opinią opiekunów prawnych (o ile tacy są) lub sądu.

Reasumując – zachęcamy wszystkich Kolegów do przedstawiania pacjentom uznanych metod postępowania medycznego, nawet jeśli są one sprzeczne z naszym osobistym światopoglądem, oraz szanowania decyzji owych pacjentów, nawet jeśli wybiorą metody niezgodne z naszymi poglądami.

Postępowanie medyczne zgodne z przekonaniem pacjenta jest jednym z najistotniejszych wyzwań, dla każdego praktykującego lekarza. Do prawdziwej pomocy pacjentowi potrzebne jest skierowanie uwagi na poglądy, uprzedzenia, świat wewnętrzny i tożsamość pacjenta. Wiele razy doświadczają tego psychiatrzy, seksuolodzy, ale też specjaliści innych dziedzin.

Poprzez arbitralne dyskusje w czasopiśmie medycznych, jak Primum, lekarzy pozostawia się własnym rozterkom z podprogową sugestią, że światopogląd lekarza może mieć wpływ na podejmowane decyzje medyczne.

System paragrafów i dogmatów może zawieść. Jeśli spieramy się jedynie o nie, bądźmy świadomi, że z naszego pola widzenia znika ten najważniejszy punkt – pacjent, podlegający dynamicznym (także światopoglądowym) zmianom świata, w którym żyjemy i w którym praktykujemy jako lekarze.

Katarzyna Brazowska, specjalista psychiatra
Małgorzata Bronińska-Frasz, specjalista psychiatra
Izabela Fadel, specjalista psychiatra, psychoterapeuta systemowy
Jacek Frasz, specjalista chirurg ogólny
Robert Kucharski, specjalista neurolog
Katarzyna Łachut, specjalista psychiatra, psychoterapeuta
Beata Przybyszewska, specjalista psychiatra
Katarzyna Szabert-Pawliśzak, specjalista psychiatra
Dr n.med. Marzena Ziółkowska Kochan, specjalista neurolog



Polemika neonatologa z wywiadem z dr. Maciejem Sochą

Jestem katoliczką. Składałam tę deklarację od razu na początku swojej polemiki, aby uniknąć nieporozumień. Staram się rozumieć sens cierpienia. Patrząc na moich pacjentów i ich rodziców, widzę, że bardzo często jest ono dla nich drogą trudną i tragiczną, ale prowadzącą do duchowego wzrostu. Jednak dziś cierpienie jest bardzo niemodne. Oddajemy się kultowi siły, piękna, pieniądza. Cierpienie jest czymś, o czym nie lubimy mówić i pisać, a kiedy je spotykamy staramy się jak najszybciej od niego uciec.

W wywiadzie zarówno Pan, jak i przeprowadzająca go dziennikarka też zajmujecie taką postawę. Skoro cierpienia nie można całkowicie wyeliminować, należy przerwać cierpiące życie. Podaje Pan przykłady najcięższych schorzeń dzieci w fazie prenatalnej po to, żeby uzasadnić legalność terminacji ciąży w takiej sytuacji. Pytanie tylko, jak daleko przesuwamy granice? Czy od pewnego momentu chęć oszczędzenia cierpienia dziecku nie staje się zastoną dla konformizmu rodziców i lekarzy? Czy jednak nie jest tak, że w życiu mamy nie tylko prawa? Czy nie mamy też obowiązków i czy nie należy do nich także zmierzenie się z chorobą własnego dziecka?

Neonatologii uczyłam się m.in. w klinikach paryskich. Często, na zbyt często byłam tam świadkiem tzw. zebrań prenatalnych, gdzie wielospecjalistyczny zespół lekarzy omawiał problemy dzieci z rozpoznanymi wewnątrzmacicznymi wadami. Niestety decydowano tam o aborcji nawet w przypadku doprawdy niewielkich niedomagań. To jest mechanizm powtarzający się wszędzie. Zaczynamy od epatowania ekstremalnymi przypadkami, kończymy na uznawaniu aborcji za prawo człowieka. Oczywiście nie tego, który w jej wyniku traci życie. Na niego wyrok zapadał np. po stwierdzeniu niewielkiego ubytku w przegrodzie międzykomorowej. Wszyscy przekonywali matkę, że nie ma po co tworzyć sobie problemu, w następnej ciąży dziecko

będzie bez wad. A nawiązując do jednego z Pana trudnych przykładów – przepuklina przeponowa jest istotnie bardzo ciężką wadą, ale możliwą do operacji po urodzeniu, po stabilizacji stanu pacjenta odpowiednimi technikami wentylacji, leczeniu tlenkiem azotu i podaniu surfaktantu. Pomimo że śmiertelność okołoperacyjna jest wysoka, znam wielu pacjentów, którzy operację przeżyli, a jakość ich życia jest zadowalająca.

Od czterech lat pracuję w Domowym Hospicjum dla Dzieci, a od kilkunastu w Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży SU nr 1. Opiekuję się i leczę dzieci z wrodzonymi wadami i przewlekłe chore. Takie, których choroby rozpoznano jeszcze na etapie życia płodowego i takie, których schorzenia mają źródło w ciężkim przebiegu porodu. Staram się pomóc tym dzieciom i ich matkom, żeby nie cierpiały, żeby ich życie było choć trochę lepsze. Wydaje mi się, że żadna z matek moich pacjentów nie żałuje urodzenia chorego dziecka. Rozmawiamy czasem o śmierci, ale póki dziecko żyje chcą ten moment oddalić tak daleko, jak to jest po ludzku możliwe. Czy kiedy musiały stanąć wobec tak dramatycznego wyzwania, nie miały chęci uciec? Nie pytam. Każdy z nas ma pokusy. One podjęły wyzwanie. Może dlatego, że nikt nie zaproponował im tzw. terminacji ciąży, za to ktoś powiedział im o opiece hospicyjnej. I tej perinatalnej, i tej dla już urodzonych dzieci. A Pan mówi, że nie może pomóc w żaden sposób. Może trzeba się dokształcić i dowiedzieć się więcej o tych formach opieki? Jednocześnie zachęcam Pana Doktora i wszystkich lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów chcących ograniczyć cierpienie dzieci i ich rodziców do pracy w Domowym Hospicjum dla Dzieci, gdyż dramatycznie brakuje tam personelu.

Dr n. med. Magdalena Chrzanowska

OD REDAKCJI

Zamieszczamy dzisiaj tekst – odpowiedź na wywiad z dr. n. med. Maciejem Sochą. Nasza rozmowa była długa, a poruszane tematy trudne – nie wszystkie wątki udało się zamieścić w „Primum”. Nie zamierzam polemizować z autorką powyższego artykułu, ale na pewne rzeczy nie mogę nie zwrócić uwagi – tym bardziej, że pani Doktor wywołała mnie do odpowiedzi, tym bardziej, że ja ten wywiad przeprowadzałam. Uważam, że z opublikowanej w Primum rozmowy nie można wyczytać, że doktor Socha ucieka od cierpienia – artykułuje to już zresztą w odpowiedzi na pierwsze pytanie. Raczej prezentuje się jako lekarz, który w tym cierpieniu z pacjentką trwa i myśli, że nie nazwałby dramatycznych decyzji, niewątpliwie cierpiących kobiet, które wiedza, że ich dziecko nie ma szans na życie – „pokusą” – jak robi to pani doktor neonatolog. I informacja, która w wywiadzie się nie znalazła – doktor Socha pracuje i współtworzył bydgoskie hospicjum perinatalne, a więc chyba nie musi się już w tej dziedzinie „doksztalać” – jak sugeruje doktor Chrzanowska.

W następnym numerze ukaże się polemika z poniższym artykułem, którą pan doktor Socha już zapowiedział.

Agnieszka Banach-Dalke

ubezpieczeniedlalekarzy.pl

Ubezpieczenie OC dla lekarzy i lekarzy dentystów

Ubezpieczenie podmiotów leczniczych

Ubezpieczenie samochodu, domu oraz gabinetu

Poznańska 31 85-129 Bydgoszcz
kontakt@ubezpieczeniedlalekarzy.pl | tel. 601 67 25 59



Nowe druki recept pro auctore i pro familiae obowiązkowe od 1 lipca

JADWIGA JARZĄBKIEWICZ-GÓRNIAK

Zgodnie z treścią art. 95b ust. 3 Ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r., poz. 974 t.j. ze zm.) recepty pro auctore i pro familiae są wystawiane w postaci elektronicznej albo papierowej. Upzejmie informujemy, iż od 1 stycznia 2021 r. obowiązuje nowy wzór druku recepty w postaci papierowej – zawarty w załączniku nr 6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. z 2020 r., poz. 2424). Jednocześnie zgodnie z § 19 ust. 1 Rozporządzenia – do 30 czerwca 2021 r. recepty mogą być realizowane na zasadach dotychczasowych.

Oznacza to, iż lekarze wystawiający recepty pro auctore i pro familiae w postaci papierowej od 1 lipca 2021 r. będą obowiązani do stosowania nowego druku recepty w sposób zgodny z Rozporządzeniem. Poniżej przedstawiamy opisany wyżej wzór recepty.

Recepta	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Uprawnienia dodatkowe
PESEL	
Rp	Odpłatność
Data wystawienia:	Dane i podpis osoby uprawnionej
Data realizacji „od dnia”:	Dane podmiotu drukującego

Obowiązek raportowania zdarzeń medycznych oraz zapewnienia możliwości dokonywania wymiany danych zawartych w EDM za pośrednictwem SIM od 1 lipca 2021 r.

Zgodnie z treścią art. 56 ust. 2a i 4 Ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r., poz. 666 t.j. ze zm.) usługodawcy są obowiązani:

- 1) przekazywać do systemu informacji medycznej (SIM) dane zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji od 1 lipca 2021 r.;
- 2) zapewnić możliwość dokonywania wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) za pośrednictwem SIM od 1 lipca 2021 r.

Co ważne, określony w pkt 2) obowiązek znajdzie zastosowanie jedynie do dokumentacji wymienionej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 941 ze zm.). Dotyczy to zatem:

- informacji o rozpoznaniu choroby,
- informacji dla lekarza kierującego,
- karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
- wyników badań laboratoryjnych wraz z opisem,
- opisu badań diagnostycznych.

Należy przy tym zaznaczyć, iż opisane powyżej obowiązki dotyczą wszystkich usługodawców (w tym podmiotów leczniczych oraz lekarzy i lekarzy dentyistów prowadzących praktyki lekarskie) niezależnie od faktu posiadania bądź nie – umowy z NFZ.

Podkreślenia wymaga fakt, iż sytuacja dotycząca ww. terminów została przedstawiona zgodnie z aktualnie obowiązującym stanem prawnym. Kwestia ta jest jednak bardzo dynamiczna i z uwagi na liczne postulaty środowisk medycznych może ulegać zmianom.

Zapraszamy

do BIURA RACHUNKOWO-PODATKOWEGO



- Specjalizujemy się w rozliczaniu podatkowym podmiotów świadczących **USŁUGI MEDYCZNE**.
- Nasze Biuro łączy **TRADYCYJNĄ KSIĘGOWOŚĆ Z NOWOCZESNYMI TECHNOLOGIAMI**, opartymi m.in. na komunikacji online/e-mail/sms/tel.
- **SZANUJĄC PAŃSTWA CZAS** wychodzimy naprzeciw, dojeżdżamy i odbieramy dokumenty bezpośrednio u zainteresowanego.

BIURO RACHUNKOWE



Kancelaria Podatkowa

Grygier i Wspólnicy sp. jawna

e-mail: poczt@big.wp.pl • ☎ 508 303 873 • 52 3070576
www.bigbiuro.pl • Bydgoszcz, ul. Towarowa 36 bud. C lok. 14



Empatia

– filar uważnej komunikacji

Badania związane z jakością usług medycznych pokazują, że zadowoleni z kontaktów z lekarzami, pacjenci wymieniają ciepło i uprzejmość, umiejętność empatycznego wczucia się w ich sytuację, a także prowadzenia rozmowy w taki sposób, by zachęcała do szczerości i otwartości. Doceniają, gdy lekarz angażuje się i potrafi rozbudzić w nich zainteresowanie terapią oraz daje nadzieję, a także gdy umie doprecyzować i podsumować uzyskane informacje oraz przekazać własne w zrozumiały dla pacjenta sposób.

Pytani o przyczyny niezadowolenia wskazują na to, że lekarze zbyt rzadko słuchają swoich pacjentów. Przerwywają i nie pozwalają zadać kolejnych pytań – pokazując, że przebieg spotkania jest ściśle kontrolowany przez tzw. stronę ważniejszą, czyli przedstawiciela służby zdrowia. Pacjenci narzekają, że brakuje im wyjaśnień, zachęty do rozmowy, wsparcia, a nawet rozluźniającej atmosferę żartów. Wizyty mają charakter oficjalny oraz informacyjny, a uprzejmość, witanie się, zwroty grzecznościowe są poza standardem.

**DOROTA
WOJTCZAK**

Uważna komunikacja to nie banał, a niezbędny element relacji z pacjentem. Szczególnie teraz, gdy wzrósł poziom niepokoju, nieufności i dystansu. Okazuje się, że redukcja lęku pacjenta przed zabiegiem wpływa na spadek ryzyka powikłań i komplikacji pooperacyjnych. Natomiast zmniejszenie lęku po zabiegu powoduje krótszy pobyt pacjenta w szpitalu. Każdorazowe bezpieczne odciążenie napięcia to mniejsze zapotrzebowanie na leki.

By nadmiernie „nie straszyć autorytetem” lekarz może zadbać o efekt pierwszego wrażenia, które powstaje w ciągu kilku sekund i jest nieuniknione. W tak krótkim czasie pacjenci już oceniają, czy polubią lekarza i czy poczną się przy nim bezpiecznie. Te pozytywne bądź negatywne emocje długo się utrzymują i silnie wpływają na zachowanie pacjentów, ponieważ nieświadomie dopasowują do nich inne informacje. Efekt pierwszego wrażenia nie podlega prawom logiki: dużą rolę odgrywają stereotypy, uprzedzenia, nastawienie, sugestie innych osób, na które lekarz nie do końca ma wpływ. Przy niewielkim wysiłku można jednak zostawić efekt aureoli zamiast rogów. Uśmiechając się na dzień dobry, spowodować skojarzenie z dobrocią, mądrością, życzliwością, pracowitością, uczciwością i pozytywnym stosunkiem do ludzi.

W empatię opta się inwestować od samego początku. A to oznacza: obecność bez oceniania, więź,

kontakt, słuchanie, cierpliwość, ciekawość drugiego człowieka, troskę, czas, przestrzeń, zrozumienie – które mają moc uzdrawiania. Okazuje się, że ten rodzaj pełnej zainteresowania relacji leczy skuteczniej niż doradzanie, litowanie się, ostrzeganie, nakazywanie, analizowanie, lekceważenie, zaprzeczanie, grożenie. Moc słuchania, uwagi, dotyku jest kojąca i uzdrawiająca. Także moc uśmiechu ☺

Lepiej radzą sobie lekarze, którzy rozpoznają emocje pacjentów, wyczuwając np. niepokój i skrupowanie, niż ich mniej wrażliwi kole-dzy. Na wyrażenie empatii wystarczą już 3 minuty!

Najprostszy model empatii to pytanie o uczucia i potrzeby: Czy czujesz (nazwij uczucie)..., bo potrzebujesz (znajdź potrzebę)...?

Stworzył go psycholog Marshall Rosenberg jako podstawę modelu komunikacji nazywanego Porozumieniem bez przemocy.

• Jest Pani rozczarowana, bo chciałaby, by powrót do zdrowia był łatwiejszy, a postępy szybsze?

• Niepokoi się Pan, bo nie wie czego się spodziewać po tej terapii?

• Martwi się Pani, czy wszystko pójdzie zgodnie z planem, potrzebuje Pani pewności, że tym razem tak będzie?

• Tęskni Pani za bliskimi i chciałaby, by było możliwe, aby dzieci Panią odwiedzały?

• Czuje Pan złość, bo nagły pobyt w szpitalu postawił na głowie całe Pana życie?

• Nudno tu Panu i chciałby Pan jakiejś rozrywki?

• Jest Pani rozżalona, bo liczyła na wygodniejsze warunki pobytu?

• Jest Pani zmęczona i potrzebowałaby pomocy lub wsparcia z naszej strony?

• Czuje się pani bezsilna, bo tak bardzo zależy Pani na wyleczeniu, a jednak nie na wszystko ma Pani wpływ w tym długim procesie?

• Jest Pan zadowolony, bo ma w końcu odpowiednie dla siebie towarzystwo w sali?

• Ma Pan w sobie tyle entuzjazmu, bo wszystko wraca do normy?

• Cieszy się Pani, bo nareszcie widać zmianę?

• Poczuta Pani ulgę, bo te wyniki przynoszą nadzieję?

• Jest Pani sobie wdzięczna, bo naprawdę to był wyjątkowy wysiłek i dała Pani radę?

Dobrze, gdy lekarz pamięta, by podczas rozmowy z pacjentem nie

koncentrować się na raniących słowach czy zachowaniu. Zamiast tego szuka potrzeb, które za nimi się kryją. I wcale nie musi się z nimi zgadzać – ma je zauważyć, usłyszeć, uznać. To lekarz odpowiada za jakość tej relacji. Empatia to most do porozumienia z pacjentem. Jednak, żeby kogoś przeprowadzić przez most, trzeba go najpierw zbudować, mądrze i świadomie dopasowując się do drugiej osoby, także poprzez przyjęcie podobnej postawy ciała, gestykulację, używanie zrozumiałych słów, mówienie w podobnym tempie i z podobną barwą głosu. Po nawiązaniu takiego kontaktu – łatwiej o wspólny punkt widzenia, zbieżne podejście do leczenia i utrzymanie zaufania.

O autorze: Dorota Wojtczak – trener Porozumienia bez przemocy, coach, mediator, doradca w zakresie psychologii zarządzania, certyfikowany trener Redukcji stresu przez uważność MBSR i Zapobiegania nawrotom depresji dzięki uważności MBCT, prowadzi warsztaty grupowe i indywidualny coaching (także on-line); więcej na stronie www.myway-eu.pl



Na wakacje

PIOTR KIKTA

Zaczęły się wakacje, czas odpoczynku i większych możliwości, jeśli chodzi o czytanie książek. Tego przynajmniej sobie życzymy... Wydawnictwa w ostatnim czasie wypuściły na rynek masę książek. Wiele z nich jest wartych uwagi, dlatego wybranie kilku, które warto zaprezentować, to dość trudne zadanie.

Zacznę od tego, co mnie interesuje dość mocno, czyli USA. W swojej nowej książce pt. „**Rewolwer obok Biblii**” (wyd. Agora) Maciej Jarkowicz zbiera swoje – publikowane wcześniej lub nie – teksty o tym fascynującym kraju, o którym mówi się, że jest najbogatszym krajem Trzeciego Świata. „Rewolwer...” to próba przyjrzenia się amerykańskiej historii, kulturze, porządkom społecznym w reporterskim zbliżeniu do poziomu konkretnych osób. Jedną z tych osób jest zresztą sam autor, bo jego przygoda ze Stanami trwa od piątego roku życia, czyli ok. czterdzieści lat. Po tej lekturze wiele osób zapewne zrewiduje swój idealny obraz „ojczyzny wolności”. Czyta się ją zaś znakomicie!

Druga propozycja to nowość z Wydawnictwa Ostrogi: „**Latawcy**”, prozatorski debiut historyka literatury Artura Ziontka. Jest to historia komisarza policji Walentego Konopki, który zostaje wysłany do małej wsi na pograniczu Podlasia i Mazowsza w celu zbadania dziejących się tam rzekomo dziwnych zdarzeń: niektórym mieszkańcom ukazują się zjawy unoszące się nad ziemią. Konopka musi zmierzyć się z całym odmiennym kodem kulturowym, z całą metafizyką, do której tak daleko jest „im”, „tym z Warszawy”. Akcja powieści osadzona jest w 1938 roku, więc w przededniu II wojny światowej. Czy te senne mary, dziwadła, to zacieranie się granicy pomiędzy tym, co namacalne, a co nieosiągalne dla zmysłów to zapowiedź końca, czy właśnie początku? Czy racjonalnemu Konopce uda się rozwikłać tę dziwną zagadkę?

Skoro idą wakacje, warto polecić też coś dzieciom. Dla nich wybrałem dwie jeszcze gorące nowości z najbardziej znanych dziecięcych wydawnictw w Polsce. Pierwsza propozycja to przygody kultowej pary detektywów, Lassego i Mai, w komiksowej formie. W Szwecji ukazują się one w formie gazetki, u nas wydawnictwo Zakamarki zamyka je po cztery w jednym tomie. Właśnie ukazał się pierwszy z serii, „**Sabotaż w punkcie skupu i inne komiksy**”. Fanom nie trzeba polecać, a ci, którzy jeszcze nie znają Biura Detektywistycznego, mają świetny punkt startowy, by zacząć śledzić ich niesamowite śledztwa! Tym bardziej, że czytanie komiksów znakomicie rozwija! Polecam dzieciom w wieku 6+.

Propozycja druga to wydana przez Dwie Siostry książka „**O ósmej na arce**” Ulricha Huba z ilustracjami Jorga („O” UMLAUT) Muhle („U” UMLAUT!), w przekładzie Anny Gamroth, przezabawna historia o pingwinach, które podczas kłótni o Boga – kim jest? czy istnieje? czy naprawdę widzi wszystko? – dowiadują się, że ten ma dość ludzi i wkrótce ma nastąpić potop. Na szczęście są jeszcze bilety na arkę Noego... ale dwa, a pingwiny są trzy. Książka ta to nie tylko świetna komedia, ale także dobry przyczynek do refleksji o sprawach... najistotniejszych! Dla dzieci w wieku 7+.

O autorze: Piotr Kikta jest księgarzem, prowadzi księgarnię Tonie Bajka, Księgarnia dla wszystkich przy ul. Focha 2 w Bydgoszczy, tel. 665 192 904; muzyk, animator.



UWAGA! W poprzednim Primum zamiast telefonu do księgarni „Tonie Bajka” zamieściliśmy inny – okazało się, że... gabinetu weterynaryjnego – za co bardzo przepraszamy obie strony! **665 192 904** – to właściwy numer naszej ulubionej księgarni!

Redakcja

Biuro Rachunkowe PLUS

- Kompleksowa i profesjonalna obsługa księgową firm
- Wieloletnie doświadczenie w branży medycznej
- Certyfikat nadany przez Ministerstwo Finansów o numerze 6522/97

Zadzwoń: **663 126 762**

biuroplus@biuroplus.net.pl
www.biuroplus.net.pl
 Bydgoszcz, ul. Karłowicza 22

Wspomnienie o...

doktor Zofii Berent-Derdzie

(5.04.1933–24.03.2021)



Moja przyjaźń z Zosią trwała od czasu rozpoczęcia studiów na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu w 1950 r. Przyjaźń ta trwała – aż się nie chce wierzyć – 71 lat. Wraz ze śp. lekarzem stomatologiem Krystyną Dutkiewicz-Nowicką stanowiłyśmy tzw. „świętą trójkę” – przyjaciółki na zawsze.

Po studiach nasze drogi się rozeszły – Zosia rozpoczęła pracę jako stomatolog w Bydgoszczy, ja zostałam w Poznaniu.

Przez te wszystkie lata dzieliłyśmy się naszymi radościami i smutkami. Pomimo obowiązków rodzinnych i pracy zawodowej Zosia zawsze miała czas na spotkania z przyjaciółmi, a jej dom często był pełen gości. Zawsze była uśmiechnięta, wesoła i życzliwa.

Jej wielką miłością były góry – polskie Tatry. Często odwiedzała je wraz z rodziną. Ten sentyment do gór wynikał z faktu, że właśnie tam poznała swojego przyszłego męża. Obydwójce byli w Tatrach na studenckich obozach narciarskich, zakochali się w sobie, zakochali się w Tatrach. Podróżowanie było ich wielką pasją. Podróżując z przyczepą campingową, zwiedzili całą Europę.

Zosia bardzo lubiła muzykę i koncerty w bydgoskiej filharmonii. Była jej stałym bywalcem i wraz z mężem mieli swoje ulubione miejsce, które zawsze zajmowali.

Do czasu śmierci jej męża byli nierozłączną parą i przeżyli wspólnie 64 lata jako małżeństwo. Po śmierci męża, w roku 2017, Zosia bardzo się załamana i podupała na zdrowiu. Nie mogła dojść do dawnej kondycji, mimo że miała dobrą opiekę najbliższych – córki i syna.

W swojej pracy zawodowej nie bała się wyzwań. Jednym z takich wyzwań była jej wieloletnia praca stomatologa w Kujawsko-Pomorskim Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci i Młodzieży Stabowidzącej i Niewidomej im. L. Braille’a w Bydgoszczy. Zosia – dzięki wrodzonej wrażliwości i wielkiej cierpliwości – potrafiła nawiązywać wspierający kontakt z dziećmi niewidomymi i stabowidzącymi, a to sprawiało, że chętnie i z uśmiechem na twarzy odwiedzały prowadzony przez nią gabinet i bez żadnych oporów, strachu czy stresu siadały na fotel dentystyczny. W podziękowaniu za wyleczone ząbki, w przerwach między lekcjami, przychodziły do gabinetu i śpiewały jej piosenki, recytowały wierszyki. Ten sposób okazywania wdzięczności często wywoływał u Zosi silne wzruszenie.

Zosia udzielała się w izbie lekarskiej i w 2016 r. została nagrodzona odznaczeniem „Zastużony dla Samorządu Lekarskiego”, nadanym przez Bydgoską Izbę Lekarską.

Tradycję rodzinną podtrzymało dwoje wnucząt Zosi: wnuk Błażej został lekarzem dentystą, a wnuczka Magda – lekarzem.

Zosia była najwspanialszą mamą, mamą jaką tylko można sobie wymarzyć. Nigdy nie zawiodła oczekiwań swoich dzieci, które bardzo, bardzo kochała. Przekazała im uniwersalne wartości, tak ważne dla każdego człowieka, jak uczciwość, pracowitość, skromność, wdzięczność, gotowość do niesienia pomocy, współczucie, odpowiedzialność.

Zosia zmarła w szpitalu 24 marca 2021 r. o godz. 4:30. Zosiu, śpij spokojnie.

*Twoja przyjaciółka
Krystyna Duczmałowska-Mężyńska*

Mój jest ten kawałek podłogi!...



*Słońce.
Cień parasola.
W cieniu-ja,
Odpoczywam.*

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Lato w chwili, kiedy piszę te słowa, właściwie już trwa, mimo że do kalendarzowego początku trzeba będzie jeszcze trochę poczekać.

Obecnie mamy wysyp imprez sportowych, ale najważniejsze będą miały miejsce latem w Japonii. Przyznam, że z ciekawością oglądam reportaże z tego odległego, ale tak fascynującego kraju.

Haiku to specyficzny dla Japonii rodzaj poezji. Dlatego też zainspirowany jego urokiem stworzyłem motto do dzisiejszego artykułu, zdając jednocześnie sobie sprawę z niedoskonałości tej próby poetyckiej. Ale co mi tam – przecież to jest mój kawałek podłogi!

Stwierdzam, że najwyższa pora opuścić Kraj Kwitnącej Wiśni i wrócić na nasz lokalny rynek, czyli do Europy! A tu wszelkie dywagacje na tematy polityczne schodzą w cień przy wydarzeniach na arenach piłkarskich. Przyznam, że moje zainteresowanie tymi rozgrywkami wygasło po 1974 r., kiedy to w meczu otwarcia Mistrzostw Świata nasza drużyna pokonała Argentynę, a potem i inne państwa, potykając się w finale o Niemcy. Tu widzę, z jaką radością niektórzy politycy reprezentujący stronnictwo miłośników nam panujące przyjąłoby to stwierdzenie, że wiadomo, że wszystkiemu winni są Niemcy.

No i niestety tak to się przyjemnie, bo poetycko, zaczęło, a jak zwykle skończyło się zejściem na politykę. No nie wytrzymałem, tak jak norka z wiersza Pana Młynarskiego, bo w głębi mojego ducha drzemie polityk bardzo krytyczny wobec tego, co się u nas dzieje.

Mój komputer ogłasza w tej chwili pomarańczowy alert! Zbliża się fala upałów! Więc mam przed sobą dwie możliwości! Pierwsza to, że mogę nie przetrwać, a druga, że fala ta wypali we mnie ciągoty polityczne!

Zegnając się, tylko Wam, Mili, zostawiam wybór, którą z wyżej wymienionych wersji wybierzeć.

Mam cichą nadzieję, że żadną!

Jak zwykle Wasz

A. Martynowski



To rent or not to rent...that is a dilemma

Dopełnienie formalności z wynajęciem m.in. samochodu, tym bardziej w obcym języku, może być stresujące, więc aby nieco Państwa wesprzeć... w tym odcinku kilka pomocnych wyrażań.

- **Excuse me, where is the 'A...' car hire desk, please?** – o to najczęściej pytamy na lotnisku.
- **What is a daily/weekly rate of renting a small family saloon? / How much does it cost to rent a SUV for two days? / What is the price of renting a station wagon?** – tutaj dowolność, w zależności od potrzeb: mały samochód osobowy, SUV lub kombi.
- **Does it take petrol or diesel? I'd like an automatic/a manual gear please.** – Chociaż pozornie trywialne i oczywiste, warto upewnić się, co wlać do baku i jaką chcemy skrzynię biegów.
- **Where is my pick up/drop off location/spot? Where do I need to / Where can I pick it up/drop it off?** – Odbiór i oddanie pojazdu warto uzgodnić wcześniej.
- **I would like to check it for any signs of damage, please.** – Najczęściej pracownik wypożyczalni robi zdjęcia przed i po...
- **Can I see a proof of your identity / the credit card the reservation was made with?** – warto mieć ze sobą dowód lub paszport oraz kartę kredytową (UWAGA! Nie wszystkie wypożyczalnie honorują karty debetowe, o czym sama przekonałam się już na miejscu 😊).
- **What does the insurance cover? What excess do I need to pay? What is covered with the collision damage waiver?** – Warto sprawdzić wcześniej, co objęte jest ubezpieczeniem (np. szyby, opony lub silnik, czy może tylko tzw. 'bodywork' - „blacharka”). Często trzeba opłacić wkład własny (tutaj 'excess' w USA 'deductible').

Życzę Państwu cudownych wakacji, pełnych spokoju, a jednocześnie radości! Proszę pamiętać, że nikt nas nie ocenia, gdy mówimy, zatem warto próbować 😊

Anita Żytowicz

O szkole

Szkoła Anity Żytowicz, to nie tylko nauka języka – online i stacjonarnie (w grupach, jak i indywidualnie), ale również szeroki wachlarz tłumaczeń przysięgłych, symultanicznych – podczas zawodów sportowych, spotkań biznesowych czy konferencji (w kabinie) i tłumaczeń artykułów naukowych.

Kontakt ze Szkołą: 607 955 441, 601 942 720

Klub Lekarza Seniora

Klub wznawia działalność w dniu **1 września br.** – tradycyjnie w pierwszą środę miesiąca o godzinie **14:30** w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej przy ul. Powstańców Warszawy 11 w Bydgoszczy. Przewidywana jest dyskusja nad tematyką kolejnych spotkań, omówienie wrażeń z tegorocznych wiosenno-letnich turnusów rehabilitacyjnych lekarzy seniorów oraz ustalenie kalendarza tych wyjazdów w roku 2022.

Komisja Socjalna zaprasza do Wrocławia

Wycieczka odbędzie się w dniach **17–19 września br.** W planach zwiedzanie: Ostrowa Tumskiego, Ogrodu Japońskiego, Auli Leopoldina, Ogrodu Botanicznego i Afrykarium. Koszt wycieczki – po dofinansowaniu przez BIL – to 490 zł dla lekarza emeryta i 590 zł dla pozostałych lekarzy, plus ok. 130 zł na wstępy.

Zgłoszenia i wpłata całej sumy – do 15 sierpnia 2021 r. w siedzibie Izby.

Ogłoszenia – PRACA

- NZOZ Rodzina sp. z o.o. poszukuje **lekarzy rezydentów** chcących się specjalizować w **medycynie rodzinnej** do swojej Przychodni w Inowrocławiu przy ulicy 59 Pułku Piechoty 6. Kontakt tel 503 097 147, www.nzozrodzina.pl
- Centrum Medyczne przy Chopina zatrudni **lekarzy, lekarzy dentyistów, fizjoterapeutów, psychologów**. Zapraszamy do współpracy. Telefon kontaktowy 52 3308605.
- Nowy Szpital w Świeciu poszukuje **lekarza asystenta oddziału neurologii z pododdziałem udarowym**. Więcej informacji pod nr tel. 517 369 690.
- **Lekarza neurologa lub w trakcie specjalizacji z neurologii** zatrudni Poliklinika 10 WSZk w Bydgoszczy do pracy w poradni neurologicznej. Umowa cywilno-prawna. Zapewniamy komfortowe warunki pracy w nowoczesnej poliklinice. Kontakt: tel.: 603 678 372, 261 415 600, sekretariat, poliklinika@10wsk.mil.pl
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie zatrudni na atrakcyjnych warunkach **lekarzy w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej**. Warunki finansowe i forma zatrudnienia do uzgodnienia z dyrektorem SPZOZ. Osoby zainteresowane ofertą proszone są o kontakt: tel. 52 3822353, e-mail: spzokoronowo@o2.pl
- Klinika stomatologiczna w Bydgoszczy podejmie współpracę z **lekarzem stomatologiem** (usługi tylko prywatne). Mile widziane są również młode osoby. Oczekiwany zakres współpracy dotyczy leczenia zachowawczego, protetycznego oraz częściowo chirurgicznego. Zainteresowani proszeni są o kontakt tel. 604 796 594.
- NZOZ „Okole”, Bydgoszcz, Plac Chełmiński 5, zatrudni **lekarza rodzinnego**. Kontakt: przychodniaokole@scs.com.pl lub 52 3214935.
- „Sanitas” lekarze specjaliści spółka z o.o. w Bydgoszczy zatrudni lub nawiąże współpracę z lekarzami: **ortodontą, stomatologiem, lekarzem medycyny pracy, lekarzem medycyny rodzinnej (poz), dermatologiem, laryngologiem, okulistą**. Realizacja kontraktu NFZ oraz/lub opieka nad pacjentami prywatnymi. Warunki do uzgodnienia. Informacja i zgłoszenia, telefon 508 355 447 lub slinko@sanitas.pl
- Zatrudnię lekarza stomatologa. Praca w ramach NFZ oraz prywatnie. NZOZ „Sanimed” Trzyszczyń kontakt 503 022 287.

Odbierz EKUZ przed podróżą

EKUZ – europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego każdej osobiste posiadającej prawo do świadczeń medycznych na terenie Polski potwierdzająca prawo do bezpłatnego leczenia w każdym państwie UE lub EFTA. Okres ważności karty jest zależny od statusu ubezpieczenia danej osoby. „Posiadacz karty ma prawo do leczenia niezbędnego i nieplanowanego w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa, jednocześnie na tych samych zasadach, na jakich korzystają z niego obywatele danego kraju” – informuje NFZ.

Wniosek o wydanie karty EKUZ można złożyć: osobiście w dowolnym oddziale lub delegaturze NFZ, pocztą elektroniczną, za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP, internetowego konta pacjenta (IKP) lub pocztą tradycyjną, na adres dowolnego oddziału lub delegatury NFZ. Więcej informacji na stronie NFZ.

a.b.



THE 2



JUŻ ZA 1100 PLN NETTO/MIES. Z PAKIETEM M SPORT.

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Toruńska 272A

Bydgoszcz

tel.: +48 52 339 5110

www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Olimpijska 8

Toruń

tel.: +48 56 645 21 70

www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Wyszogrodzka 134

Płock

tel.: +48 24 268 24 08

www.bmw-dynamicmotors.pl

BMW M235i xDrive Gran Coupé: zużycie paliwa w l/100 km (cykl mieszany): 7,8–7,1. Emisja CO₂ w g/km (cykl mieszany): 177–162. Rata miesięczna netto w BMW Comfort Lease dla przedsiębiorców dla BMW 218i Gran Coupé za 116 000 zł brutto. Opłata wstępna 5%, okres leasingu 24 miesiące, średnioroczny deklarowany przebieg 15 000 km, gwarantowana wartość końcowa. Podane ceny są rekomendowanymi cenami detalicznymi zawierającymi podatek VAT oraz podatek akcyzowy i nie są włącznie. BMW Polska nie prowadzi sprzedaży bezpośredniej. Niniejsza symulacja nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. Zawarcie umowy uzależnione jest od pozytywnego wyniku weryfikacji prawnofinansowej Klienta oraz zawarcia ubezpieczenia OC/AC. BMW Comfort Lease jest oferowany przez BMW Financial Services Polska Sp. z o.o. Prezentowane na zdjęciach modele mogą różnić się wersją silnika oraz mogą zawierać dodatkowo płatne wyposażenie. Indywidualne oferty dostępne u Dealerów BMW.