

# VOX MEDICI

**Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie**

sierpień – wrzesień 2022 / Nr 4/256 / ISSN 1426-6318 / Nakład 6017 egz.



**Żegnaj  
lato!**

Język inkluzywny  
i niebinarny  
s. 11

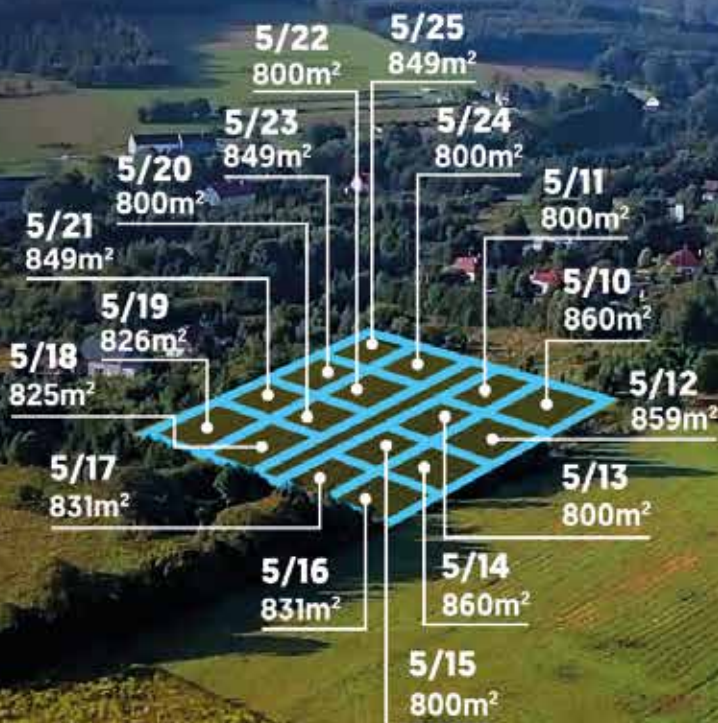
Nie każdy jest  
taki jak ty  
s. 12

Pomaganie  
mężczy  
s. 16



# OSIEDLE ŚWIERADÓW-ZDRÓJ

DZIAŁKI W GÓRACH



## ZAINWESTUJ LUB ZAMIESZKAJ W GÓRACH IZERSKICH

**Widokowe działki 800-860 m<sup>2</sup>** w uzdrowiskowym mieście Świeradów-Zdrój.  
Media w cenie, doskonała lokata kapitału i ochrona przed inflacją.



### Gondola

Nowoczesna kolej gondolowa na Stóg Izerski (1107m n.p.m.).



### Rowery

Ponad 100km tras rowerowych. Wypożyczalnie rowerów górskich i elektrycznych.



### Góry i lasy

Liczne, leśne ścieżki edukacyjne dla dzieci i dorosłych, górskie wodospady.



### Narty

Mekka sportów zimowych, od nart zjazdowych, biegowych po skitury.



### Skywalk

Spacer w chmurach. Najwyższa wieża widokowa ze zjeżdżalnią w Europie, 64m wysokości.



### Świeradów-Zdrój

Miasto pełne atrakcji, odnowa biologiczna, centrum Jogi, czyste powietrze.



+48 606 381 785



[www.osiedle-swieradowzdroj.pl](http://www.osiedle-swieradowzdroj.pl)



## „Świat, jaki stworzyliśmy, jest procesem naszego myślenia. I nie można go zmienić bez zmiany naszego myślenia”.

– miał powiedzieć Albert Einstein. Zmiana – to hasło, które przyświeca numerowi „Vox Medici”, który właśnie trzymacie w rękach.

Jako nowy redaktor naczelny, dla którego ważnymi wartościami są nowoczesność, ekologia i otwartość, zdecydowałem, że kolejnym krokiem zmian, jakie zachodzą w naszym samorządowym magazynie, jest wprowadzenie świeżego, nowego layoutu. Odmieniony układ stron, wykorzystanie polskiej czcionki Lato oraz oszczędna, prosta nawigacja składają się na elegancki, a zarazem przejrzysty układ graficzny.

Zmiana szaty „Vox Medici” stała się także okazją do zrewidowania myślenia o strukturze i funkcji magazynu. Jestem przekonany, że przearanżowanie układu tekstów da impuls autorkom i autorom do tworzenia ciekawych artykułów oraz komentarzy o tym, co dla nas ważne. Chciałem, aby odbiór biuletynu był bardziej wrażeniowy, ale by rytm nadawała treść, a nie sztywna struktura.

Już teraz na łamach witam nowych twórców, którzy nie boją się wypowiadać w sprawach ważnych, a dla niektórych nawet kontrowersyjnych. Od tego numeru „Vox Medici” zaczynamy cykl publikacji dotyczących szeroko rozumianej inkluzywności. Moim zdaniem, musimy iść z duchem czasu, dostosować się do potrzeb naszej społeczności, widzieć zmiany zachodzące w rzeczywistości i aktywnie, ale z dużą wrażliwością na innych oraz z poszanowaniem ich godności, reagować. Ta aktywna postawa to także moje zaproszenie dla Was do współpracy i tworzenia biuletynu.

Miło mi poinformować, że od lipca „Vox Medici” współpracuje z serwisem informacyjnym Menedżer Zdrowia wydawnictwa Termedia, który publikuje aktualności oraz przegląd prasy z zakresu ochrony zdrowia i jest skierowany do wszystkich zainteresowanych tematyką medyczną. Właśnie tam opublikowano kilka artykułów z „Vox Medici”, które zbierają liczne pochwały od czytelników, a także znajdują się w czołówce wyświetleń Menedżera Zdrowia. Tym bardziej zapraszam do kontaktu nowe autorki i autorów. Odważmy się i bądźmy wszyscy zmianą, którą pragniemy ujrzeć w świecie!

Jacek Bujko – redaktor naczelny „Vox Medici”  
fot. Aleksander Adamski

Na dobry początek .....	3
Słowo prezesa .....	4
Korespondencja ORL w Szczecinie z prezesem Sądu Najwyższego .....	6
10 wskazówek, jak poradzić sobie z trudnymi konsultacjami .....	8
Język inkluzywny i niebinarny – poradnik cz. 1 .....	11
Nie każdy jest taki jak ty .....	12
Tekst nie do podarcia – transpłciowość i obowiązek lekarza.....	14
Pomaganie mężczy cz. 1 .....	16
Kiedy pacjent musi wyciągnąć rękę do zgody? .....	18
Nagroda Grammy a słoń w polskich uczelniach medycznych .....	20
Uważność – moda czy potrzeba naszych czasów? .....	23
Wykrywanie i leczenie zakażenia HCV w czasie pandemii .....	24
XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Piłkowej .....	25
XI Turniej Tenisowy Lekarzy.....	26
Piękniejszy Świat – plener .....	28
„Pożegnanie lata” - obraz Mieczysława Chruściela .....	30
Ogłoszenie o grupie plastycznej .....	31
Wspomnienie Aliny Ferenc .....	32
Kondolencje .....	33
Komisja Historyczna – sprawozdanie .....	34
Absolwenci PAM-u 1972 .....	36
Ogłoszenia .....	37
Wyniki ankiety dotyczącej kursów doszkalających .....	38
Uchwały .....	40
Obwieszczenia .....	44
Koło Seniora .....	45
W okularach Jacha .....	46
Ogłoszenia .....	48
Dane biura .....	49

## BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

W zakresie spraw indywidualnych związanych z wykonywaniem zawodu, prowadzeniem działalności gospodarczej i życiem prywatnym. Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie zapewnia poprzez:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>porady prawne udzielane podczas dyżuru radcy OIL w Szczecinie</b></li> <li>• <b>trzy razy w tygodniu</b> (po wcześniejszym umówieniu), tj.: <ul style="list-style-type: none"> <li>– wtorek: 11.00–16.00;</li> <li>– środa: 10.00–15.00;</li> <li>– czwartek: 11.00–16.00.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>informacje i porady prawne udzielane za pomocą poczty elektronicznej</b> <a href="mailto:porady.oil@biurozadcow.pl">porady.oil@biurozadcow.pl</a> w terminie 24 h od złożonego zapytania w sprawach niewymagających zapoznania się z dokumentami, a w sprawach skomplikowanych w terminie nie dłuższym niż 4 dni robocze.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>telefoniczne porady prawne</b> od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–16.00 pod numerem 91 484 68 00 w sprawach niewymagających zapoznania się z dokumentami.</li> </ul> |
|---|--|--|



Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!

Mam nadzieję, że czytając wydanie „Vox Medici” po wakacjach, miło Was zaskoczyła nowa oprawa graficzna. To wynik wyłożonej pracy zespołu pod kierownictwem wiceprezesa lek. Jacka Bujki. Tak samo jak zmienia się aranżacja graficzna naszego biuletynu, będą zmieniały się także inne aspekty funkcjonowania Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie. W następnych wydaniach biuletynu będziemy Was o tym informować. Miesiące wakacyjne już powoli za nami. Liczę, że każdy z Was odpoczął zgodnie z formułą „work-life balance”. Od początku jest każdemu wskazany, a przede wszystkim osobom wykonującym tak odpowiedzialny zawód jak lekarze i lekarze dentyści. Pomimo sezonu urlopowego zarówno na arenie ogólnopolskiej, jak i lokalnej sporo się wydarzyło.

Zaczynając od spraw ogólnopolskich, to każdy z nas odczuwa skokowy wzrost cen, który staje się coraz bardziej dokuczliwy. Zdążyliśmy się przekonać, że zaczyna w Polsce brakować cukru, węgla, ale nie spodziewałem się osobiście, że zabraknie także... papieru. Tak, Szanowni Państwo! W Centrum Egzaminów Medycznych zabrakło papieru na dyplomy dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy zdali Państwowy Egzamin Specjalizacyjny. Pierwotnie nie uwierzyłem w te rewelacje. Po kilku telefonach koleżanek i kolegów przerażonych zaistniałą sytuacją osobiście zadzwoniłem do CEM... Niestety, wszystko się okazało się prawdą. Wobec powyższego, dzięki wspólnej pracy Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie oraz Naczelnej Izby Lekarskiej udało się problem częściowo rozwiązać. CEM rozpoczął wystawianie zaświadczeń potwierdzających posiadane kwalifikacje. Problemy z papierem mają być rozwiązane do końca sierpnia 2022 roku. Będziemy tę sprawę monitorować. Warto odnotować, że zmiana rodzaju papieru została wprowadzona Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, który kolejny raz udowodnił swój brak szacunku do naszego środowiska. Jak można wprowadzać zmiany bez zabezpieczenia w odpowiedni rodzaj papieru? Lekarze i lekarze dentyści zamiast skupić się na swojej ciężkiej pracy muszą, jeszcze pokonywać bezsensowne problemy tworzone przez Ministerstwo Zdrowia.

Na „papiergate” minister zdrowia, niestety, nie poprzestaje. Sprowadzanie aktów prawnych bez zabezpieczenia finansowego wydaje się powoli stawać się już normą a nie wyjątkiem. Dyrektorzy placówek medycznych otwarcie mówią o braku możliwości wprowadzenia ustawowo zagwarantowanych podwyżek płac personelu medycznego. W ostatnich miesiącach, przy szalejącej inflacji oraz wzrostach surowców energetycznych, budżety placówek medycznych zaczynają być niewystarczające. Wzrosty finansowania proponowane przez NFZ, niestety, w ocenie wielu specjalistów nie równoważą rosnących kosztów. Kto na tym ucierpi? Niestety, nasi pacjenci, którzy żalę i pretensje na tak fatalnie funkcjonujący system ochrony zdrowia będą kierować do personelu medycznego. Kolejnym przykładem są chęci zmiany umów na świadczenia w ramach

podstawowej opieki zdrowotnej. Pod płaszczykiem wprowadzania opieki koordynowanej chciano zmieniać także inne warunki umów, w tym czas ich rozwiązania.

Można by pomyśleć: „Czy leci z nami pilot?”. Na to pytanie padły odpowiedzi w ostatnim wywiadzie ministra Adama Niedzielskiego dla portalu rynekzdrowia.pl. Mogliśmy usłyszeć, że lekarzom rezydentom brakuje „pokory”. Mogliśmy przeczytać, że samorząd lekarski wymaga niemożliwego w postaci wprowadzenia prawdziwego systemu no-fault. O tym systemie mówimy jako samorząd od 4 lat. Bardzo znaczący wkład w to przedsięwzięcie włożył pełniący funkcję prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie dr Piotr Pawliszak. Zespół roboczy NRL pod jego kierownictwem zebrał i przedstawił cały materiał potwierdzający, że większość zdarzeń medycznych nie wynika z błędu personelu medycznego a z organizacji pracy. Personel medyczny pracuje w warunkach permanentnego stresu, zmęczenia oraz konieczności podejmowania trudnych decyzji. System no-fault jest szansą dla uzdrowienia stosunków pomiędzy lekarzem a pacjentem. Z jednej strony lekarz nie może bać się leczyć pacjenta, z drugiej strony w przypadku powikłań pacjent powinien mieć zabezpieczone środki na rehabilitację i zadośćuczynienie. System no-fault nie oznacza bezkarności. Rażąca niedbalstwo lub celowe działanie na szkodę nie mieści się w definicji systemu no-fault. Szkoda, że minister zdrowia tego nie zrozumiał, odpowiadając na pytania zadane w wywiadzie. Aktualnie system no-fault jest szansą, aby nie dochodziło do pogłębiającej się medycyny defensywnej oraz do sytuacji, kiedy

### **Lekarze i lekarze dentyści zamiast skupić się na swojej ciężkiej pracy, muszą jeszcze pokonywać bezsensowne problemy tworzone przez Ministerstwo Zdrowia.**

część specjalizacji będzie „umierać”. Kto będzie zajmował się ciężką patologią ciąży lub zabiegami onkologicznymi o dużym ryzyku powikłań? To pytanie powinni sobie zadać politycy tworząc prawo. Niestety, tak jak teraz tak wiele lat temu zabrakło tej refleksji. Dlatego dziś medycy i pacjenci są po przeciwnych stronach barykady. Pomimo że wspólnie powinniśmy domagać się od organizatora ochrony zdrowia, czyli ministra zdrowia, stworzenia takich warunków, aby wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentyisty było możliwe i bezpieczne.

W ostatnim czasie mieliśmy do czynienia z deprecjonowaniem znaczenia lekarzy rodzinnych w dyskursie medialnym. Najpierw minister sportu Kamil Bortniczuk w wywiadzie dla RMF sugerował, że lekarz specjalista medycyny rodzinnej jest gorszy od innych specjalistów. Wypowiedź ta odnosiła się do kwestii przeciwskażeń do uprawiania zajęć w ramach wychowania fizycznego. Następnie prezes Sądu Najwyższego użył sformułowania, że chirurg jest lepszy od lekarza rodzinnego. Jako lekarze i lekarze dentyści jesteśmy równi, a każda próba deprecjonowania którejkolwiek specjalności będzie wiązała się ze stanowczą reakcją samorządu lekarskiego. Prezes Sądu Najwyższego z twarzą przeprosił za swoje niefortunne słowa. Niestety, do dziś nie doczekaliśmy się odpowiedzi od ministra Bortniczuka.

Z podwórka lokalnego warto odnotować kilka faktów. Aktualnie jesteśmy w trakcie uzyskiwania ekspertyz na temat stanu budynku przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie. Dzięki nim będziemy mogli odpowiedzialnie zaplanować inwestycje renowacji tego budynku. Jednocześnie pracujemy nad planem zagospodarowania budynku głównego, jak i byłej siedziby Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Sądu Lekarskiego tzw. stajenki. Jesteśmy w trakcie rozmów dotyczących nowej oferty ubezpieczeń dla naszych członków. Finiszujemy z planami dotyczącymi obsługi lekarzy i lekarzy dentyistów w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie przy ul. Wieniawskiego 23. Zgodnie z programem wyborczym z wielką chęcią odwiedzę Was, Szanowne Koleżanki i Koledzy, w każdym mieście w obszarze działalności Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie. Jesteśmy już po spotkaniach w Pasewałku oraz Gryficach. Prezes musi być wśród swoich członków i rozwiązywać ich problemy. Samorząd musi zawsze stać po stronie lekarzy i lekarzy dentyistów.

**Michał Balsa**  
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie



.....  
Imię i nazwisko

.....  
Numer PWZ

.....  
Adres do korespondencji

.....  
Tel.

**Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie**

**Ul. H. Wieniawskiego 23, 71-130 Szczecin**

Deklaruję chęć otrzymywania Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie „VOX MEDICI” w formie elektronicznej na adres e-mail ..... . Rezygnuję tym samym z wersji papierowej „VOX MEDICI” przesyłanej dotąd na mój adres do korespondencji. Jednocześnie proszę o aktualizację ww. danych w Okręgowym Rejestrze Lekarzy.

#### **Oświadczenie zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO\* oraz ustawy o prawie autorskim i prawie pokrewnym ( Dz. U. z 2017 r. poz. 880) ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie, ul. Wieniawskiego 23, 71-130 Szczecin, w zakresie: *imienia i nazwiska, adresu do korespondencji, adresu e-mail, nr tel.* w celu aktualizacji danych w Okręgowym Rejestrze Lekarzy.

-----  
/miejsowość, data /

-----  
/czytelny podpis /

#### **Klauzula informacyjna**

##### **1. Administrator**

Administratorem danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie.

Dane teleadresowe: ul. Wieniawskiego 23, 71-130 Szczecin Tel. 91 48 74 936 (centr.) e-mail: biuro@oil.szczecin.pl

##### **2. Inspektor ochrony danych**

Mogą się Państwo kontaktować z wyznaczonym przez Prezesa OIL inspektorem ochrony danych osobowych pod powyższym adresem lub e-mail: iod@oil.szczecin.pl

##### **3. Cel i podstawy przetwarzania**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu otrzymywania Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie „VOX MEDICI” w formie elektronicznej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO

4. Wyrażenie zgody w tym przypadku jest dobrowolne, a zgodę tak wyrażoną można odwołać w dowolnym czasie.

##### **5. Odbiorcy danych osobowych**

Państwa dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa. Ponadto mogą być one ujawnione podmiotom, z którymi OIL zawarł umowę na świadczenie usług serwisowych dla systemów informatycznych wykorzystywanych przy ich przetwarzaniu.

##### **6. Okres przechowywania danych**

Państwa dane będą przechowywane w okresie wydawania biuletynu w formie elektronicznej lub do cofnięcia przez Państwa zgody.

##### **7. Prawa osób, których dane dotyczą**

Mają Państwo prawo do:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- usunięcia danych osobowych;

- wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

##### **8. Informacja o wymogu podania danych**

Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne, aby otrzymywać Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie „VOX MEDICI” w formie elektronicznej.

9. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania oraz przekazywane do państw trzecich.



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W SZCZECINIE

ul. H. Wieniawskiego 23  
71-130 Szczecin

tel. 91 48 74 936, fax 91 48 77 561  
e-mail: biuro@oil.szczecin.pl, www.oil.szczecin.pl  
Konto: ING BANK SŁĄSKI 74 1050 1559 1000 0022 5989 4638  
98 1050 1559 1000 0022 1716 6034  
Konto: PEKAO S.A. 10/Szczecin 56 1240 3813 1111 0000 4375 7699  
NIP 851-20-36-519

Szczecin, 26 lipca 2022 r.

OIL-Sz/S/HB/1078/41/2022

Szanowny Pan  
Prof. Piotr Prusinowski  
Prezes Sądu Najwyższego  
Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

*Szanowny Panie Prezeso*

Z dużym zaskoczeniem przeczytałem artykuł pod tytułem „Nowy sędzia w Izbie Pracy SN. Jej prezes: szlag mnie trafia”, autorstwa Magdaleny Gałczyńskiej, opublikowany na portalu Onet Wiadomości (25 lipca 2022 r.). Przytoczono w nim Pana wypowiedź: „Dostaję osoby nieprzygotowane, po prostu nieprzydatne. Ja potrzebuję specjalistę chirurga, a dostaję lekarza rodzinnego, żeby nie powiedzieć kowala. Przecież to oczywiste, że pan Sobotka nie ma kompetencji, by być sędzią SN w Izbie Pracy”.

To stwierdzenie Pana autorstwa jest krzywdzące dla środowiska lekarzy rodzinnych, umniejsza ich wiedzy oraz doświadczeniu. Nie należy deprecjonować statusu lekarzy rodzinnych porównując ich do chirurgów czy rzemieślników zajmujących się kowalstwem. Zarówno lekarze rodzinni, jak i chirurdzy, zdobywają stosowne kwalifikacje w wyniku odbycia wieloletniego szkolenia specjalizacyjnego oraz złożenia egzaminu państwowego. Jedni i drudzy są bardzo ważnym elementem systemu zdrowia w Polsce.

Jako przedstawiciel lekarzy zrzeszonych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie, w związku z użyciem przez Pana tak niefortunnego porównania, oczekuję od Pana przeprosin skierowanych do całego środowiska lekarzy rodzinnych w kraju.

*Z szanem i szacunkiem,*  
**WICEPREZES**  
**Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie**  
*Hubert Bogacki*  
**dr n. med. Hubert Bogacki**



SĄD NAJWYŻSZY

Rzeczypospolitej Polskiej

Prezes Sądu Najwyższego  
Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

Warszawa, dnia 28 lipca 2022 r.

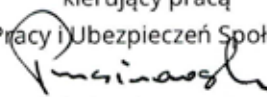
**Szanowny Pan  
Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Szczecinie  
dr n. med. Hubert Bogacki**

Szanowny Panie Prezesie

W żadnym, nawet najmniejszym stopniu, nie było moją intencją urażenie polskich lekarzy, w tym w szczególności lekarzy rodzinnych, dla pracy i umiejętności których mam najwyższy szacunek i podziw. Użyta przeze mnie analogia miała na celu wykazanie tylko jednego – chodziło o wskazanie różnic w spektrum specjalizacyjnym. Lekarz rodzinny, podobnie jak sędzia sądu rejonowego, czy okręgowego ma do czynienia z wieloma, zróżnicowanymi kategoriami spraw (przypadków), lekarz chirurg natomiast zawęża swoją specjalizację. Podobnie sędzia Sądu Najwyższego specjalizuje się w wąskiej dziedzinie. Tylko ten aspekt legł u podstaw mojej wypowiedzi.

Mam nadzieję, że moja wypowiedz jest dla Pana satysfakcjonująca. Jeśli Pan albo inni Lekarze, w tym Lekarze rodzinni poczuli się urażeni moją wypowiedzią, to posypuje głowę popiołem i szczerze przepraszam. Naprawdę nie było moją intencją urażenie kogokolwiek. Podobnie jak i Pan w tym zwariowanym świecie próbuję wygospodarować trochę normalności. Żywię nadzieję, że jest Pan skłonny wybaczyć mi moje potknięcia.

Pozdrawiam serdecznie.

Prezes Sądu Najwyższego  
kierujący pracą  
Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych  
  
SSN dr hab. Piotr Prusinowski



**Jacek Bujko**

Specjalista medycyny rodzinnej. Współwłaściciel przychodni POZ „Przychodnia Szczecińska”, dyplomowany nauczyciel medycyny rodzinnej Leonardo EURACT. Prywatnie ojciec trójki dzieci i trener szermierki.

# 10 WSKAZÓWEK, JAK PORADZIĆ SOBIE Z TRUDNYMI KONSULTACJAMI

Konflikt, choroba lub śmierć to tematy, przed którymi trudno uciec, będąc lekarzem/lekarzką, a które pojawiają się w trakcie konsultacji. Jak sobie radzić w takich sytuacjach? Jako lekarze ważne jest, abyśmy wiedzieli, jak sami możemy sobie poradzić w takich ekstremalnych dla naszej psychiki sytuacjach. Chcę się podzielić wskazówkami, w jaki sposób można dbać o swoje zdrowie psychiczne, jak zarządzać swoimi odczuciami w trakcie trudnych konsultacji, aby nie doprowadzały one do wypalenia ani nie wpływały na relacje z pacjentami, których przyjmuję się zaraz po takiej ciężkiej rozmowie.

Impulsem do tych rozważań była historia, którą kilka miesięcy temu przeczytałem w mediach społecznościowych. Jeden z lekarzy podzielił się na grupie facebookowej swoimi emocjami, które towarzyszyły mu podczas konsultacji. Rozmawiał on z kobietą, której syn zmarł z powodu COVID-19. Wywołało to w lekarzu duże napięcie emocjonalne, a nawet lęk przed śmiercią, gdyż zmarły mężczyzna był w jego wieku.

Ta sytuacja w naturalny sposób niosła ryzyko związane z tym, że lekarz mógł utożsamić się z osobą zmarłą, a także przeżyć historię na osobisty grunt – troski o własną rodzinę, najbliższych i swoje zdrowie. Identyfikacja emocji naszych pacjentów z własnymi to ryzyko jakie podejmujemy, pracując w zawodzie lekarza. Czasem zdarza się tak, że w pewien sposób zaciera się dla nas granica, gdzie są jeszcze odczucia osoby, z którą rozmawiamy lub którą leczymy, a gdzie zaczynają się już nasze własne. Zdarza się, że konsultacja z pacjentem powoduje, że emocje, które się pojawiają wtedy, zagnieżdżają się w nas i później traktujemy je jako nasze własne. To właśnie te emocje nabyte mogą powodować różnego rodzaju problemy, trudności, napięcia, z którymi musimy umieć sobie poradzić.

Innym powodem, dla którego poruszam ten temat, była sytuacja, która miała miejsce w przychodni, gdzie pracuję. Tak się złożyło, że konsultowaliśmy pacjenta bardzo wiekowego, prawie stuletniego, który dotarł do momentu naturalnego umierania. I to spowodowało, że w naszym zespole medycznym osoby, które były zajęte opieką nad tą osobą, zaczęły odczuwać pewnego rodzaju napięcie związane z tym naturalnym etapem życia. Wiąże się to z tym, że jako lekarze rodzinni, nie tak często patrzymy na śmierć, co leka-

rze na przykład pracujący w szpitalach. My opiekujemy się osobami z rodzin, gdzie ktoś zmarł, ale rzadziej przychodzi nam opieka nad pacjentem zmagającym się z chorobą śmiertelną. Jeśli nie będziemy mieć odpowiednich narzędzi mentalnych, może się zdarzyć, że będziemy unikać tego tematu tylko dlatego, że nie potrafimy sobie z nim poradzić. Możemy nalegać wtedy na niepotrzebną hospitalizację pacjenta, by odsunąć go od siebie, aby inni mu pomogli, nawet jeżeli to nie jest najlepsze rozwiązanie dla tej osoby. W mojej opinii, o wiele lepiej dla osób starszych jest mieć szansę umrzeć we własnym domu wśród bliskich niż samotnie w szpitalu.

Mam nadzieję, że te dziesięć wskazówek, które poniżej przedstawiam, pomoże Ci wzmocnić swą odporność psychiczną i pomoże poradzić sobie z trudnymi sytuacjami w pracy zawodowej z pacjentami.

## Wskazówka 1

Zacznijmy od pierwszej, najważniejszej rzeczy. Upewnij się, że masz odpowiednią ilość czasu na tę konsultację. Dlaczego? Nic tak nie zabija troski i nie powoduje napięcia, jak poczucie spóźnienia. Wyobraź sobie ostatnią sytuację, kiedy miałeś/miałaś za mało czasu na konsultację, kiedy sytuacja była skomplikowana, konfliktowa, trudna, związana z chorobą, depresją, samotnością, smutkiem i wiedziałeś/wiedziałaś, że masz na to za mało czasu. Jak się wtedy czułeś/czułaś? Jakie uczucia wtedy wzbudzą w Tobie irytację? Pośpiech, zirytywanie czy może właśnie zubożenie, chęć przesunięcia tego na inny czas? To są właśnie takie typowe rozterki.

Pamiętaj, że im mniej czasu masz na to, tym większa szansa, że będziesz czuć się pośpieszany lub pośpieszana. To jest bardzo ważne, żeby zaplanować, w miarę oczywiście możliwości, wystarczającą ilość czasu do konsultacji. Jeśli masz jakiegokolwiek informację o tym, czego będzie dotyczyła konsultacja, jeśli wiesz, że pacjent jest osobą samotną, sędziwą, umierającą, to z założenia należy zaplanować na to dużo więcej czasu. W wypadku, gdy widzisz, że konsultacja wymaga więcej czasu, podejmij pewne kroki – poinformuj o tym pacjenta, rozdziel ją na kilka części albo odwołaj jakąś konsultację z tego dnia, jeżeli to możliwe.

**Czasem zdarza się tak, że w pewien sposób zaciera się dla nas granica, gdzie są jeszcze odczucia osoby, z którą rozmawiamy lub którą leczymy, a gdzie zaczynają się już nasze własne emocje.**





### Wskazówka 2

Druga rada to nastaw się zawczasu na to, jak możesz poczuć się na tej konsultacji. Spróbuj sprawić, żeby te uczucia nie były dla Ciebie zaskoczeniem. Jeżeli wiesz, że będziesz mieć konsultację z osobą, która wzbudza w Tobie irytację albo wymaga bardzo dużo uwagi, jest bardzo smutna lub samotna, nastaw się wcześniej na to, jakie uczucia się pojawiają w Tobie. Spróbuj sprawić, żeby to nie zaskoczyło Cię w trakcie rozmowy.

Oczywiście, czasem trudno to przewidzieć. Być może osoba z personelu rejestracji może Ci pomóc podpowiedzią? W mojej ocenie, lekarze i lekarki nie powinni mieć konsultacji "w ciemno" - potrzebują mieć informacje, z czym pacjent się stawi, żeby móc się do tego przygotować emocjonalnie.

### Wskazówka 3

Trzecia moja rada to: nie wpuszczaj do gabinetu kolejnego pacjenta, dopóki nie uporasz się z trudnymi emocjami po spotkaniu z poprzednim pacjentem. Doprowadź się do stanu, w którym nie czujesz napięcia związanego z tamowaniem tych emocji. Dlaczego? Gdy konsultacja jest trudna, pacjent jest agresywny, nieprzyjemny, wzbudza w Tobie irytację, to jeżeli zbyt szybko wpuścisz kolejną osobę do gabinetu, wówczas przeniesiesz na tę osobę emocje z poprzedniej konsultacji. Wystrzegaj się jak ognia miejsc pracy, w których pacjenci mijają się w drzwiach! Zawsze zapraszaj następną osobę dopiero wtedy, gdy jesteś gotowy/gotowa do kolejnej konsultacji.

### Wskazówka 4

Czwarta moja rada to nazywanie konkretnych uczuć w myślach. Po takiej trudnej konsultacji poświęć chwilę – to naprawdę nie wymaga dużo, dostownie parę sekund – na omówienie sobie w głowie tego, co czujesz.

- **Powiedz sobie:** czuję złość, czuję smutek, czuję frustrację, czuję zażenowanie, czuję rozdrażnienie, czuję wściekłość.
- **Nie mów o sobie:** jestem zły, jestem rozczarowany, jestem smutny.  
Spraw, żeby określenia były bardziej obiektywne, oddalone od Ciebie. Jeżeli powiesz: jestem smutny, to określasz w ten sposób swoją osobę.

Możesz czuć smutek, ale nie być smutnym. To ważne rozróżnienie. Staraj się więc nazywać swoje odczucia, nie określając siebie jako osoby!

A potem powiedz sobie, dlaczego.

### Wskazówka 5

Gdy już nazwiesz konkretne uczucia w myślach, spróbuj zastanowić się, co spowodowało to uczucie, skup się na tym. Spróbuj powiedzieć sobie o powodach tego, jak na przykład:

- Czuję złość, ponieważ odebrałem ton pana Andrzeja jako bardzo niemiły.
- Czuję smutek, dlatego że martwię się, że pani Jadwiga umrze.
- Czuję rozczarowanie, bo liczyłem bardzo, że pan Krzysztof będzie regularnie brał leki.

Gdy pomyślisz sobie o przyczynach tego uczucia, to trochę je oswoisz. Czasem może się okazać, że jak powiesz to sobie w głowie, to stanie się to dla Ciebie bardziej akceptowalne, a napięcie emocjonalne z Ciebie zejdzie.

### Wskazówka 6

Są takie sytuacje, kiedy zaczynamy czuć lęk, smutek lub zmartwienie dotyczące nas samych albo naszej rodziny, choćby z powodu podobieństwa zdarzenia z życia pacjenta/pacjentki do sytuacji w naszym życiu. Jeżeli u naszego pacjenta, u dziecka, rozpoznano nowotwór, to naturalnie my też zaczynamy w pewien sposób odczuwać obawę, czy u naszego syna czy córki też nie będzie rozpoznany nowotwór, choćby poprzez podobieństwo objawów.

Jeżeli mamy pacjenta/pacjentkę w naszym wieku, który/która zmarł/zmarła w tragiczny sposób, na przykład młodą trzydziestoletnią osobę zmarłą na raka trzustki, to wtedy też w sposób naturalny zaczynamy szukać pewnych podobieństw, choćby podświadomie. Tego pacjenta bolał brzuch, „mnie też coś boli brzuch”, więc naturalnie mam wrażenie, że coś ze mną będzie nie tak. Tak samo odnosić się to może do małżonka, małżonki, rodziców, krewnych.

W sytuacji, kiedy takie coś się zdarzy, postaraj się poświęcić czas na skupienie i rozmyślanie o tym co czujesz, czego się boisz i dlaczego. Na przykład:

W sytuacji, kiedy takie coś się zdarzy, postaraj się poświęcić czas na skupienie i rozmyślanie o tym co czujesz, czego się boisz i dlaczego. Na przykład:

- Martwię się, że zachoruję na raka trzustki, ponieważ pan Kamil, mój trzydziestoletni pacjent, zachorował na nowotwór i miał takie same bóle jak ja.
- Martwię się o zdrowie moich rodziców, martwię się o zdrowie mojego dziecka, dlatego że mój dzisiejszy pacjent miał podobne objawy jak członek mojej rodziny i martwię się, że okaże się, że to będzie nowotwór.

Rozważ w sobie, skąd przyszły takie myśli, a przede wszystkim nazwij te uczucia, aby móc stwierdzić, że wywołały je czynniki zewnętrzne.

### Wskazówka 7

Kolejna rada: wyznacz sobie czas na odczuwanie przykrych emocji. Dlaczego? Po to, żeby nie walczyć samemu ze sobą o ich odczuwanie. Jeżeli nie wyznaczysz sobie czasu na takie emocje, to wtedy będą one wyciekały do Twojego życia i psychiki w innych, nieprzewidzianych sytuacjach. Złóż sobie wtedy, kiedy tego nie chcesz, na przykład podczas kolejnej konsultacji. A poza tym, jeżeli wyznaczysz sobie czas na odczuwanie tych emocji, to wtedy, gdy się na tym skupisz, w pewien sposób „znudzisz” swój mózg i te emocje mogą łatwiej minąć.

Jak to działa? Jeżeli po jakiejś trudnej konsultacji czujesz w sobie lęk o swoje własne zdrowie, że zachorujesz np. na raka jądra, raka płuca, raka krtani czy jakąś inną chorobę, wyznacz sobie na to czas: kiedy zaczniesz się tym martwić i koniecznie kiedy skończysz się tym martwić. W tym czasie – to może być nawet minuta lub

**Co robić? Przeżyj te emocje, nazwij, że czujesz na przykład złość, świadomie oddychaj, a gdy to minie, zwróć uwagę na to, że już nie czujesz złości.**

**Dbaj o siebie, bo czasy są trudne - gdy tylko masz z czymś jakiś problem, zgłoś się po pomoc. Nikt inny o Ciebie nie zadba tak dobrze jak Ty!**

## FELIETON

krócej – intensywnie rozmyślaj o tym, że czujesz lęk, martwisz się o to, że też zachorujesz albo że członek Twojej rodziny zachoruje.

W ten sposób Twój mózg się tym znudzi i przetrawisz te emocje. Gdy minie wyznaczony czas te emocje nie będą już chciały się dostać do Twojej psychiki, nie będą także wpływać na Twoje zachowanie. A wtedy nie przeniesiesz ich na kolejnych pacjentów i w nieco lepszy sposób poradzisz sobie z przeżywaniem tego wszystkiego później po pracy, np. w domu.

### Wskazówka 8

Ósma rada może zabrzmieć bardzo banalnie, ale zamknij oczy, skup się i wykonaj pięć głębokich oddechów. Potem policz do dziesięciu, wdech na raz, wydech na dwa, wdech na trzy i tak dalej. Jak doliczysz do dziesięciu, na spokojnie otwórz oczy, a w tym czasie skupiaj się tylko i wyłącznie na odczuwaniu ruchu klatki piersiowej, na powietrzu wchodzącym i wychodzącym, na dźwiękach, które to powoduje. Zaufaj mi, że to proste ćwiczenie może Ci pomóc.

W momencie, gdy wyznaczysz sobie czas na rozmyślanie o swoich emocjach, które czujesz, nazwiesz je, a potem zakończysz ten czas właśnie taką serią pięciu głębokich spokojnych oddechów, wtedy jesteś w cyklu poradzenia sobie z emocjami. To może Ci zająć np. trzydzieści sekund łącznie i sprawi, że będziesz gotowy/gotowa do przyjęcia kolejnego pacjenta, który może mieć różne inne potrzeby.

### Wskazówka 9

A teraz trochę inna rada! Skup się na momentach, kiedy nie czujesz przykrych odczuć. Na czym to polega? Jeżeli masz konsultację trudną, która wywoła w Tobie złość, to nazywasz to, myślisz: „Czuję złość z uwagi na to, że...” Daj sobie chwilę i jeżeli w tym momencie ta złość minie, powiedz sobie: „Nie czuję już złości”. Albo: „Uczucie smutku już minęło” lub „Już nie czuję smutku”.

Dlaczego to takie ważne? Ludzka psychika jest wyjątkowa. Jeżeli myślimy o jakichś rzeczach, to mamy tendencję to zauważania negatywnych stron i do pomijania neutralnych. Jeżeli kilkakrotnie odczuwamy coś nieprzyjemnego i pominiemy ten neutralny okres, to wówczas będziemy mieli wrażenie, jakbyśmy bez przerwy czuli to coś nieprzyjemnego. Jak to działa? Jeżeli mamy konsultację z dziesięcioma pacjentami i trzech pacjentów nas zdenerwuje, a nie skupimy się na tym, żeby odczuwać to jako mijające momenty, wówczas będziemy mieli wrażenie, że cały dzień „byliśmy wkurzeni”. Bo w głowie będziemy mieli tylko te trzy nieprzyjemne konsultacje, a reszta nam zniknie. Nie zauważymy, że większość dnia była dla nas neutralna.

Co robić? Przeżyj te emocje, nazwij, że czujesz złość, świadomie oddychaj, a gdy to minie, koniecznie zwróć uwagę na to, że już nie czujesz złości. W ten sposób zaobserwujesz te neutralne elementy i nie będziesz już tak często czuć, że ciągle czujesz złość, smutek czy irytację. Znajdź miejsce w Twojej psychice na odczuwanie, że wszystko w porządku!

### Wskazówka 10

I ostatnia ważna rada: znajdź czas na rozmowę z innymi członkami zespołów medycznych. Udzielaj się nie tylko w mediach społecznościowych, ale także podczas osobistych spotkań. Staraj się spotykać z innymi lekarzami czy innymi lekarkami, spędzajcie czas, rozmawiajcie o swoich trudnościach. Rozmawiaj z personelem

pielęgniarskim i administracyjnym w swoim miejscu pracy, nawiązuj nowe znajomości.

W medycynie rodzinnej próbuję od wielu lat wprowadzić takie regularne spotkania grup rówieśniczo-koleżeńskich (muszę przyznać, że z różnym skutkiem), podczas których właśnie można porozmawiać o różnych trudnościach, które odczuwamy i o różnych wyzwaniach, z którymi się mierzymy. Miej kogoś, z kim możesz porozmawiać o tym, co czujesz, jak radzisz sobie z emocjami. Jeżeli to nie rozwiązuje Twoich trudności, koniecznie zgłoś się do psychoterapeuty. Dlaczego? Pamiętaj, że każdy zasługuje na pomoc – Ty także!

Jeżeli sytuacje, trudności, wyzwania, z którymi mierzysz się w pracy zaczynają się piętrzyć i zaczynasz czuć złość, częste irytacje, smutek, przygnębienie, a może nawet postępujący brak troski o swoich pacjentów, to są to pierwsze sygnały wypalenia zawodowego lub różnych innych zaburzeń adaptacyjnych. Nie przegap tego. Tak jak swoim pacjentom radzisz, by brali antybiotyki, gdy mają zapalenie płuc, tak pamiętaj o tym, że Ty też zasługujesz na pomoc w sytuacjach, kiedy jej potrzebujesz. To nie jest żadna wstydlawa rzecz.

Z pomocy psychoterapeutycznej warto korzystać w chwilach dla nas trudnych.

Pamiętaj, że nasza lekarska praca jest też tak zwaną pracą emocjonalną, która bardzo nas obciąża psychicznie. To nie jest tylko praca manualna w chirurgii ani praca umysłowa przy diagnostyce chorób wewnętrznych czy w medycynie rodzinnej, ale to jest też praca emocjonalna.

Pracujemy z czyimiś emocjami, pracujemy ze swoimi emocjami, pracujemy z emocjami zespołu i trochę nam to umyka, że to też jest wydatek energetyczny, trudność, z którą się mierzymy. Praca emocjonalna też nas zużywa, a to może doprowadzić do wypalenia zawodowego.

Lekarze są grupą zawodową, która, według wielu badań, nie potrafi radzić sobie z obciążeniami emocjonalnymi, z którymi się mierzy. Współczynnik samobójstw wśród lekarzy jest wysoki, podobnie jak współczynnik uzależnień, choćby od alkoholu. Wstydzimy się często rozmawiać o depresji i o problemach psychicznych, dlatego tak bardzo duży nacisk należy kłaść na profilaktykę.

Jestem dużym przeciwnikiem izolowania się od problemów. Nie można nikomu, kto mierzy się z wypaleniem zawodowym, zaproponować jogi czy gry w golfa.

To jest ucieczka od problemu, a nie jego rozwiązanie. Dzięki temu nie nabędziemy odporności na złe emocje. To budowa emocjonalnej tamy, która wcześniej czy później nie da rady naciskowi wody i wyleje. A to może skończyć się dla nas różnie: wypaleniem, uzależnieniem lub samobójstwem.

Dlatego pomyśl o tym, w jaki sposób rozpracowujesz w swojej głowie trudne sytuacje związane ze śmiercią, chorobą lub agresją. Staraj się rozumieć uczucia swoje i swoich pacjentów, ale ich ze sobą nie mieszać. Pamiętaj o tym, że w Twoim otoczeniu są inni lekarze, z którymi warto rozmawiać o nietrywnych doświadczeniach. A gdy mierzysz się z trudnościami, warto udać się do psychoterapeuty lub psychiatry, najlepiej do takiego, który Cię nie zna. Dbaj o siebie, bo czasy są trudne – gdy tylko masz z czymś jakiś problem, zgłoś się po pomoc. Nikt inny o Ciebie nie zadba tak dobrze jak Ty!





# JĘZYK INKLUZYWNY I NIEBINARNY

## Poradnik dla społeczności lekarskiej (cz. 1)

Doktor Jacek Bujko, jako redaktor naczelny biuletynu lekarskiego *Vox Medici* Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, poprosił mnie o napisanie tekstu skierowanego do społeczności lekarskiej na temat niebinarności i związanego z nią języka. I muszę przyznać, że to zadanie trochę przytłaczające – zarówno ze względu na to, że trochę głupio mi się tak wymądrzać w stronę osób, które są zapewne o wiele mądrzejsze ode mnie, jak i na to, że temat jest tak obszerny, że niezmiernie trudno go streścić we względnie krótkiej wypowiedzi... Ale mam nadzieję, że osoby zajmujące się ochroną zdrowia chętnie wysłuchają, jakie potrzeby mają grupy marginalizowane i jak w łatwy sposób można uczynić wizyty lekarskie przyjaźniejszymi wobec osób, które do tych grup należą. W pierwszej części streszczę bardziej ogólnie, o co w tym wszystkim chodzi, odsyłając do miejsc, gdzie można dowiedzieć się więcej, natomiast potem przejdę do kwestii związanych konkretniej z ochroną zdrowia.

Język inkluzywny to takie formułowanie wypowiedzi, by nie wykluczać i nie szkodzić. Obejmuje na przykład unikanie zwrotów rasistowskich i ksenofobicznych („murzyn” → „osoba czarnoskóra”; „ciapaty” → „Hindus”; „wycyganic” → „oszucać”), klasistowskich („ale wiocha” → „ale wstyd”; „żułstwo” → „bezdomość”, „kryzys bezdomności”), seksistowskich („męska decyzja” → „odważna decyzja”; „pizda” → „tchórz”), czy stygmatyzujących („dokonać aborcji” [konotacje: „dokonać zbrodni” itp.] → „mieć aborcję”, „przerwać ciążę”; „hermafrodytyzm”, „zaburzenia rozwoju płci” → „interpłciowość”, „różnicowany rozwój płciowy”). Językiem inkluzywnym jest też na przykład mówienie „ochrona zdrowia” zamiast „służba zdrowia” – ma to na celu przeciwdziałanie negatywnym konotacjom, którymi często usprawiedliwia się traktowanie osób pracujących w zawodach medycznych jak „służących” marnie wynagradzanych za swoją ciężką pracę. Więcej przykładów zbieramy pod adresem [zaimki.pl/inkluzywny](http://zaimki.pl/inkluzywny).

Jednym z podzbiorów języka inkluzywnego jest język neutralny płciowo – chodzi w nim o to, by zwracając się do grupy osób albo do osoby nieznanego płci, nie zakładać z góry, że formy męskie są odpowiednim wyborem. Na przykład w mailu zbiorowym zamiast „drodzy studenci” warto napisać „drogie osoby studiujące”. Na stronie internetowej zamiast „zapomniałem hasła” coś w stylu „przypomnij hasło”. Nie chodzi tu tylko o włączanie osób niebinarnych, ale również i kobiet, które w silnie androcentrycznym języku polskim często są pomijane. Na przykład, jeśli chcesz zmienić ogłoszenie zaczynające

się od „drodzy pacjenci” na wersję bardziej inkluzywną, możesz skorzystać z tak zwanych osobatywów ([zaimki.pl/osobatywy](http://zaimki.pl/osobatywy)): „drogie osoby pacjentki” – ale jeśli uważasz, że to forma zbyt rewolucyjna czy nienaturalnie brzmiąca, to „drogie pacjentki i pacjenci” również będzie krokiem w dobrym kierunku. A można też po prostu zacząć od „dzień dobry!”.

Płeć jest jednak bardziej skomplikowanym tematem niż tylko uproszczony podział na kobiety i mężczyzn. Jak zapewne z racji zawodu doskonale wiecie, nawet „płeć biologiczna” człowieka nie jest sprawą czysto zero-jedynkową: składają się na nią chromosomy, gonady, narządy wewnętrzne, zewnętrzne genitalia, trzeciorzędowe cechy płciowe, poziomy hormonów... Te elementy nie zawsze muszą się ze sobą „zgodzać” czy wyraźnie pasować do kategorii „kobieta” albo „mężczyzna” – i nazywamy to „interpłciowością”. Reszta ciała nie zawsze zgadza się też z tym, jak naszą płeć określiliby nasz mózg – taką niezgodność faktycznej płci z tą, jaką przypisano nam przy urodzeniu, nazywamy „transpłciowością”. Osoby trans mogą, ale nie muszą, odczuwać dysfориę płciową (ICD-11: HA60, HA61, HA6Z) związaną ze swoim ciałem czy rolami społecznymi oraz mogą, ale nie muszą, zdecydować się na proces tranzycji – czy to medycznej (HRT, GRS), społecznej (nowe imię, zaimki, ubrania...), czy prawnej.

„Płeć” to więcej niż tylko nasza biologia – społeczeństwo inaczej traktuje kobiety i mężczyzn, oczekuje od nich spełnienia różnych ról społecznych, noszenia innych ubrań, makijażu, itp. „Płeć społeczno-kulturowa” to umowny koncept, zmieniający się w czasie, zależny od miejsca i kultury i niekoniecznie binarny (zob. fa’afafine, hidzry czy two spirit). Większość osób wpasowuje się w binarny schemat, jednak są też takie, które albo nie do końca identyfikują się z daną binarną płcią (demidziewczę, demichłopię), albo utożsamiają się z obiema z nich (biłpłciowość), albo z żadną (apłciowość), albo których tożsamość zmienia się w czasie (zmiennopłciowość, płynnopłciowość), albo w jakiś inny sposób nie są ani mężczyznami, ani kobietami. Wszystkie te tożsamości płciowe obejmuje zbiorcze określenie „niebinarność”.

Język polski często wręcz zmusza nas do określenia swojej płci. Angielskie „I’m hungry” to „jestem głodny” lub „jestem głodna”; „I did” to „zrobiłam” lub „zrobiłem”. Uniki takie jak „głodno mi” czy „zdarzyło mi się robić” są czasem możliwe (zbieramy przykłady na [zaimki.pl/unikanie](http://zaimki.pl/unikanie)), ale też nie zawsze. Niektóre osoby niebinarne

**Nie wieczna poprawność,  
lecz codzienna uważność.**

odnajdują się językowo w tym systemie, ale inne szukają sposobów, by móc wyrazić się bez konieczności wyboru między binarnymi formami: na przykład za pomocą rodzaju neutralnego/nijakiego („zrobił”, „jestem zmęczony”, „byłbym”, „to student”; zob. [zaimki.pl/ono](http://zaimki.pl/ono) i [zaimki.pl/neutratywy](http://zaimki.pl/neutratywy)), form postpłciowych zaczerpniętych z powieści SF („zrobił”, „jestem zmęczony”, „byłbym”, „student”; zob. [zaimki.pl/ono](http://zaimki.pl/ono) i [zaimki.pl/dukatywy](http://zaimki.pl/dukatywy)), czy zastępowania zgenderyzowanych części znakami zastępującymi („zrobił\_m”, „jestem zmęczonx”, „był\*bym”, „studentx”; zob. [zaimki.pl/onx](http://zaimki.pl/onx) i [zaimki.pl/iksatywy](http://zaimki.pl/iksatywy)). Temat jest bardzo świeży, propozycji jest zatem sporo i żadna z nich nie jest „dominująca” czy bardziej „poprawna” od innych. Nie należy się jednak przerażać mnogością opcji, nikt od nikogo nie wymaga perfekcyjnej znajomości ich wszystkich – chodzi o szacunek, chęć wyjścia naprzeciw czyimś potrzebom, doedu-

kowanie się w razie potrzeby, otwartość. Nie wieczna poprawność, lecz codzienna uważność.

Warto też wspomnieć, że sam fakt, iż dana forma jest neologiczna lub użyta w nowym znaczeniu, nie czyni jej „niepoprawną”. Język jest narzędziem, które ma służyć człowiekowi, a nie odwrotnie; potwierdza to choćby prof. Katarzyna Kłosińska, przewodnicząca Rady Języka Polskiego. Na stronie [zaimki.pl/nauka](http://zaimki.pl/nauka) zbieramy prace naukowe i wypowiedzi osób językoznawczych na temat niebinarnego języka, a pod linkiem [zaimki.pl/korpus](http://zaimki.pl/korpus) przykłady użycia takiego języka w tekstach kultury.

To tyle ogólnego wstępu. W drugiej części postaram się opowiedzieć, jak osoby pracujące w ochronie zdrowia mogą sprawić, aby transpłciowe, niebinarne, nieheteroseksualne itp. osoby pacjentki bezpiecznie czuły się w gabinecie.



**Jacek Kurpisz**

Psycholog zajmujący się poradnictwem psychoseksuologicznym, psychoterapią indywidualną i par w nurcie systemowym oraz psychologicznym opiniowaniem osób z niezgodnością płciową starających się o podjęcie korekty płci. Jest autorem wielu publikacji z zakresu zdrowia psychicznego i seksualnego, w tym współautorem podręczników akademickich. Aktualnie pozostaje w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z psychologii klinicznej człowieka dorosłego oraz psychoterapii systemowej.

# NIE KAŻDY JEST TAKI JAK TY

## O różnorodności płciowej

Każdy z nas doświadczył kiedyś w swoim życiu wrażenia, że nie mógł zrozumieć uczuć i myśli drugiego człowieka. Konstrukcja centralnego układu nerwowego nie pozwala nam odczuć tego, czego doświadcza ktoś inny. Chociaż możemy wysilać nasze zdolności empatii oraz poznawczej analizy zachowania bliźniego, to ostatecznie jedynie wytwarzamy nasze własne wrażenia, emocje oraz sądy o drugiej osobie. Przepaść nieporozumienia rozszerza się jeszcze bardziej, kiedy drugi człowiek jest tak bardzo różny od nas samych, że sama próba zrozumienia jego odczuwania wydaje się być zupełną abstrakcją. W moim odczuciu jednym z takich najtrudniejszych do wyobrażenia sobie wymiarów jest płciowość i seksualność – ta inna niż własna, bezpośrednio doświadczana.

Różnorodność płciowa i seksualna towarzyszy naszemu gatunkowi od bardzo dawna, a przynajmniej tak długo, jak daleko sięgają możliwości badań historycznych i archeologicznych (Bancroft, 2021).

Na przestrzeni dziejów kultury ludzkiej na wiele sposobów starały się ją pojąć i opisać, a także znaleźć dla niej miejsce w swoim rozumieniu (wszech)świata. To, co od przełomu XIX i XX w. kultura zachodnia zaczęła nazywać orientacją seksualną, tożsamością płciową, rolą płciową, preferencjami seksualnymi oraz innymi zmedyalizowanymi terminami w świadomości kulturowej, istniało już od dawna (Mijas, 2012). Nierzadko gdzieś na styku świata materialnego i du-

chowego, np. w Indiach czy wśród niektórych rdzennych plemion Ameryki Północnej. W Europie od wieków było podporządkowane retoryce chrześcijańskiej, która umieszczała płciową różnorodność poza marginesem ludzkiej natury lub pomijała ją (znaczącym) milczeniem. Stąd jej obecne rozumienie wciąż jest przesiąknięte owym kulturowo-historycznym kontekstem. Słaba widzialność osób nazywanych obecnie w języku nauki transpłciowymi, nieheteroseksualnymi, interseksualnymi lub na inne sposoby płciowo zróżnicowanymi nigdy nie wiązała się z ich nieobecnością w społeczeństwie. Po prostu różne kultury i społeczności na własny sposób rozumiały owe zjawiska, używały własnej terminologii do ich opisanego i tworzyły dla takich osób specjalne miejsce w strukturze społecznej – szanowanych przez społeczność szamanów, a gdzie indziej wyklętych grzeszników i społecznych wyrzutków. Chociaż język i nabyte wzory kulturowe mocno nas ograniczają w rozumieniu odmienności drugiego człowieka, to przy odrobinie empatii i własnego poznawczego wysiłku można przybliżyć się do jej/jego rozumienia. Nie jest istotne, czy chodzi o własną siostrę, pacjenta czy swoje dziecko.

**...o osobach LGBT+ można powiedzieć, że z jednej strony są takie same jak wszyscy inni ludzie, a jednocześnie emocjonalnie przeszły i zapewne wciąż przechodzą znacznie więcej niż pozostali członkowie społeczeństwa.**

Współczesne badania neuroobrazowe coraz wyraźniej pokazują, że źródło przeżywania płciowej różnorodności wynika z indywidualnej struktury oraz funkcji mózgu (Pietras i Wronka, 2012;

Ziemińska 2018). Szczególnie odnosi się to do tożsamości płciowych i orientacji seksualnych. Kluczowe dla takiego stanu rzeczy są coraz lepiej poznawane procesy rozwojowe mózgu, kierowane genetyką i wpływami epigenetycznymi w okresie życia płodowego. A to, co ma tak konstytucjonalnie nadaną formę w budowie mózgu, nie podlega już później (żadnym?) znaczącym zmianom pod wpływem działań bodźców środowiskowych, w tym wychowania. Można powiedzieć, że osoba o nietypowej seksualności nie wybrała jej sobie, lecz w okresie dzieciństwa (rzadziej) oraz dojrzewania (częściej) była zmuszona do poradzenia sobie z odkrywaniem czegoś, co większości ludzi nie dotyczy, a czego ona sama wcale sobie nie wybrała. A są to uczucia fundamentalne dla poczucia własnego Ja.

W ostatnich latach w przestrzeni publicznej dużo mówi się o osobach różnorodnych płciowo, określanych często jako ludzie LGBT+. Często można usłyszeć skrajne opinie, zwłaszcza jeśli wypowiadający je dokonują wartościowania tej populacji na różnych wymiarach (dobrzy – źli, zdrowi – chorzy, normalni – nie-normalni). Jakie więc są te osoby? Cóż, równie zróżnicowane, jak osoby o bardziej stereotypowej płciowości. Od dawna wiadomo, że sama płciowa różnorodność nie jest wynikiem ani symptomem psychopatologii osobowości, ani choroby psychicznej. Pod względem poziomu zdrowia psychicznego panuje równość – zaburzenia psychiczne dotyczą zarówno osoby typowe i nietypowe płciowo. Co prawda różne badania jasno pokazują, że osoby LGBT+ częściej zgłaszają obecność zaburzeń lękowych, depresyjnych, myśli samobójczych, czy też uzależnień (Kowalczyk, Tritt, Lew-Starowicz, 2016). Skąd takie wyniki? W zrozumieniu tych obserwacji pomaga koncepcja stresu mniejszościowego (Grabski, 2012). Jeżeli ktoś posiada widoczną społecznie mniejszościową cechę, a jednocześnie żyje i musi jakoś funkcjonować w nieustannie wykluczającym środowisku społecznym, musi ciągle mieć się na baczności, komu może się ujawnić, a komu nie, jest stale bombardowany przejawami agresji i mikroagresji (np. heteroseksistowskie żarty) kierowanymi w stronę jego naturalnych ludzkich potrzeb (bezpieczeństwa, miłości i przynależności, szacunku), boryka się z kulturowo nabytą zinternalizowaną homofobią/transfobią (czyli uwewnętrznionym w toku wychowania negatywnym nastawieniem wobec samego siebie) – jest narażony na przeżywanie stałego i niemożliwego do pełnego zniewolania stresu. Ten stan napięcia ma bardzo ważną funkcję – pozwala pozostawać w gotowości, aby chronić przed realnym zagrożeniem. Jak jednak wiadomo z badań nad psychofizjologią stresu (Sapolsky, 2012), organizm musi za to zapłacić odpowiednią cenę. Stąd m.in. wspomniane zaburzenia będące konsekwencją chronicznego stresu. Warto jeszcze pamiętać, że odkrywanie własnej płciowości i seksualności oraz określenie wynikających z tego potrzeb jest długotrwałym procesem wpisanym w psychologiczny rozwój człowieka (Długołęcka, 2012). Zatem młoda osoba LGBT+ musi poradzić sobie nie tylko z dylematem „różnię się od większości, kim ja jestem?”, ale także stanąć na przekór społecznym oczekiwaniom co do własnej osoby, aby móc zaspokajać kluczowe emocjonalne potrzeby, a przez to dalej się prawidłowo rozwijać. Jeśli taka osoba trafia na niesprzyjające warunki (rodzinnie, rówieśniczo, inne), które hamują jej proces rozwojowy, to sytuacja taka może mieć negatywny wpływ na kształtowanie się struktury osobowości. Dotyczy to również możliwości radzenia sobie z negatywnymi emocjami, poczucia własnej wartości, poczucia sensu życia, własnej sprawczości... „a więc wielu istotnych wymiarów przeżywania siebie, które będą przekładać się na mniej lub bardziej adekwatne mechanizmy radzenia sobie w przyszłości. Warto w tym miejscu dodać, że ukrywanie swoich prawdziwych potrzeb, odgrywanie kogoś, kim się nie jest dla zadowolenia społeczeństwa (i ze strachu przed jego reakcją), może kosztować jeszcze więcej, niż zmaganie się z konsekwencjami ujawnienia. Mówiąc krótko – o osobach LGBT+ można powiedzieć, że z jednej strony są takie same jak wszyscy inni ludzie, a jednocześnie emocjonalnie przeszły i zapewne wciąż przechodzą znacznie więcej niż pozostali członkowie społeczeństwa.

Przeprowadzone kilka lat temu w Polsce badania (por. Kowalczyk, Rodzinka i Krzystanek, 2016) ujawniły przykry obraz doświadczeń pacjentów LGBT+ w kontakcie z pracownikami opieki medycznej. Nagminnie były dewaluuujące, a nawet agresywne i nadużywające wobec pacjentów zachowania personelu medycznego. Pomimo iż takie sytuacje w ogóle nie powinny mieć miejsca, ten przykry przykład pokazuje, jak wiele jest jeszcze do zrobienia w obszarze pracy nad inkluzywnym podejściem do pacjenta LGBT+. Należy przyjąć, że pacjent LGBT+ może być na początku nieufnie nastawiony do lekarza z powodu prawdopodobnych, wcześniejszych negatywnych doświadczeń. Nierzadko z powodu lęku przed ponownym wykluczeniem i agresją pacjenci będą unikali wizyty u lekarza, a po pomoc zgłoszą się dopiero w bardzo ostrym stanie zagrożenia zdrowia. Jednym z zadań lekarza jest stworzenie takiej atmosfery współpracy, aby pacjent mógł sam dokonać ujawnienia swojej mniejszościowej płciowości, jeśli w jakikolwiek sposób wiąże się ona ze zgłaszanymi problemami ze zdrowiem lub nastawieniem wobec leczenia. Szereko ten temat został opisany w publikacji autorstwa Kowalczyk, Rodzinka i Krzystanek (2016; dostępny za darmo ze strony [https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2016/04/Zdrowie-LGBT-\\_Przewodnik-dla-kadry-medycznej.pdf](https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2016/04/Zdrowie-LGBT-_Przewodnik-dla-kadry-medycznej.pdf)) wraz z opisem wskazówek postępowania oraz specjalnych potrzeb zdrowotnych tej populacji pacjentów. Inne przydatne wskazówki do pracy z osobami płciowo różnorodnymi przedstawili Kowalczyk i Kurpisz (2022).

Z formalnego punktu widzenia bycie osobą nieheteroseksualną jest seksuologiczną normą – jedną z jej wersji (Lew-Starowicz, Przyłuska-Fischer, Stusiński, 2015). Od dłuższego czasu seksuologia podobnie podchodzi do osób transpłciowych, co znalazło wyraz w utworzonej na potrzeby ICD-11 nowej kategorii diagnostycznej: niezgodność płciowa (bez określenia „zaburzenie”, jak to było w ICD-10). Wszyscy pacjenci płciowo różnorodni muszą być traktowani z równym szacunkiem, jak każdy inny człowiek. Odnosi się to również do osób interpłciowych, których sytuacja zdrowotna i psychologiczny proces rozwojowy, który przechodziły, jest jeszcze bardziej złożony.

Chociaż nie jest możliwe przeżycie uczuć drugiego człowieka, to warto zawsze starać się podejmować wysiłki, aby zbliżyć się do jego/jej zrozumienia – zarówno dzięki naszej empatii, jak i ciągle poszerzanej wiedzy na temat ludzkiej płciowości. Taka postawa świadczy nie tylko o naszym profesjonalizmie, ale przede wszystkim o naszym własnym człowieczeństwie.

#### Literatura:

1. Bancroft, J. (2021). Seksualność człowieka. Wrocław: Urban&Partner.
2. Mijas, M. (2012). Historyczne źródła i przemiany psychologii LGB. W: Iniewicz, G., Mijas, M., Grabski, B. (red.): Wprowadzenie do psychologii LGB. Wrocław: Continuo.
3. Pietras, T., Wronka, E. (2012). Neurobiologiczne i neuropsychologiczne aspekty orientacji homoseksualnej. W: Iniewicz, G., Mijas, M., Grabski, B. (red.): Wprowadzenie do psychologii LGB. Wrocław: Continuo.
4. Ziemińska, R. (2018). Niebinarne i wielowarstwowe pojęcie płci. Warszawa: PWN.
5. Kowalczyk, R., Tritt, R., Lew-Starowicz, Z. (2016). LGB zdrowie psychiczne i seksualne. Warszawa: PZWL.
6. Grabski, B. (2012). Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych. W: Iniewicz, G., Mijas, M., Grabski, B. (red.): Wprowadzenie do psychologii LGB. Wrocław: Continuo.
7. Sapolsky, R. (2010). Dlaczego zębry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu. Warszawa: PWN.
8. Długołęcka, A. (2012). Coming out i konstruowanie tożsamości LGB. W: Iniewicz, G., Mijas, M., Grabski, B. (red.): Wprowadzenie do psychologii LGB. Wrocław: Continuo.
9. Kowalczyk, R., Rodzinka, M., Krzystanek, M. (red.) (2016). Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej. Warszawa: KPH.
10. Kowalczyk, R., Kurpisz, J. (2022). Osoby LGB w roli klientów psychoseksuologa. Wskazówki praktyczne. W: Lew-Starowicz, Z. (red.): Psychoseksuologia. Metody diagnostyczne i terapeutyczne. Sopot: GWP.
11. Lew-Starowicz, Z., Przyłuska-Fischer, A., Stusiński, J. (2015). Normy i kontrowersje etyczne w seksuologii. Sopot: GWP.



**Katarzyna Marzęda**

Lek. Katarzyna Marzęda (ona/jej), absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, lekarka stażystka w SPSK nr 4 w Lublinie. Członkini grupy badawczej prof. dr hab. n. med. Hanny Karakuty-Juchnowicz, opracowującej temat „Depresji i zachowań samobójczych w polskiej populacji osób LGBTQ+”. Autorka prac naukowych z dziedziny neurologii dziecięcej. Od lat związana z różnymi organizacjami LGBTQ+, posiadająca ukończone liczne szkolenia w zakresie pracy z grupami mniejszościowymi. Obecnie współautorka i opieką merytoryczną w portalu tranzycja.pl oraz członkini rady nadzorczej Fundacji Kohezia.

# TEKST NIE DO PODARCIA

## transpłciowość i obowiązek lekarza

Pierwszy raz usłyszałam o transpłciowości, kiedy jedna z wyżej postawionych osób na mojej uczelni, przeczytała nam, pierwszorocznikom, list dotyczący nowego wymogu Unii Europejskiej odnośnie wprowadzenia neutralnych płciowo toalet. Pomysł sam w sobie został wyśmiany, a kartka zawierająca list prawie rytualnie przy nas porwana. Gdy dziś patrzę na to wydarzenie z perspektywy czasu, wiem, że towarzyszący mu szok, gniew i zwyczajny lęk będą punktem zwrotnym w mojej karierze. Że ten właśnie moment zdefiniuje mnie później jako człowieka i przyszłego lekarza. Wtedy nie wiedziałam jeszcze, że będzie to pierwszy i jedyny moment w czasie moich studiów, podczas którego temat transpłciowości będzie w jakikolwiek sposób poruszony.

O transpłciowości wiemy już tak naprawdę wiele. Podczas gdy w dzisiejszym klimacie polityczno-społecznym próbuje się nam wmówić, że jest to kwestia ostatnich lat i pojawiającej się mody, to w rzeczywistości nie ma nic bardziej mylnego. Choć określenia i ich znaczenia, jakich używamy dzisiaj pojawiły się dopiero w latach 50. i 60. XX wieku, to osoby niecisłheteronormatywne, wyłamujące się poza tradycyjne role płciowe, prezentujące różnego stopnia nonkonformizm płciowy, istniały już od czasów starożytnych, chociażby w państwie Sumerów, Greków i Rzymian. I istnieją do dziś. Wychowani w kręgu europejskiej kultury, często nie zdajemy sobie sprawy, że niektóre nacje nie używają w swoich społeczeństwach typowego dla nas binarnego podziału na kobietę i mężczyznę. W narodach tych granice są często zatarte, a w czasie wręcz istnieje tzw. trzecia płeć, pełniąca zwykle ważne funkcje religijne, społeczne i kulturowe (np. fa'afafine w Polinezji czy hidźra w Indiach)<sup>[1]</sup>.

Celem tego artykułu nie jest jednak prześledzenie historii tego, jak postrzegaliśmy i jak postrzegamy na świecie płeć i role płciowe (choć serdecznie zachęcam do zapoznania się z tematem, jako iż otwiera nowe horyzonty i pozwala wyjść poza sztywne rany europocentryzmu). Są jednak zdarzenia, o których zapomnieć nie możemy. I dla przykładu nie chodzi tu chociażby o to, że dopiero mając 25 lat i będąc już lekarzem, dowiedziałam się, że to właśnie

Alan L. Hart, transpłciowy mężczyzna, który jako jeden z pierwszych przeszedł w Stanach Zjednoczonych zabieg histerekтомii, udoskonalił użycie zdjęć RTG w celu diagnozy oraz leczenia gruźlicy, co umożliwiło uratowanie tysięcy żyć. Skoro nasze losy są tak blisko związane, to dlaczego dowiedziałam się o tym tak późno? A przede wszystkim, dlaczego tak głośno mówi się o tym, ile zła wyrządziła w historii psychiatria w kwestii lobotomii, nieludzkiego traktowania pacjentów, seksistowskiego podejścia do kobiet i ich potrzeb, a tak niewiele mówi się o tym, ile krzywdy wyrządziła

i wyrządza osobom transpłciowym medycyna? Czy możemy uczynić się być lepszymi specjalistami, nie wyciągając jednocześnie żadnej nauki z przeszłości?

Zgodnie z definicją transpłciowość to zbiorcze określenie na osoby, których płeć odczuwana nie jest zgodna z tą przypisaną przy urodzeniu. I tak już przy definicji ukazuje się wpływ środowiska lekarskiego. Po narodzinach noworodek przypisywany jest bowiem do jednej z dwóch kategorii – męskiej lub żeńskiej, bazując na wyglądzie zewnętrznych narządów płciowych. Nie ma w naszym kraju możliwości nieprzypisania dziecku jednej z dwóch kategorii – istnieje co prawda sposób krótkiego jej odroczenia, ale wciąż jest to prawnie

*Zawsze można na początku zapytać po prostu: „Dzień dobry. Jak mam się zwracać?”, otwierając dzięki temu inkluzywną dyskusję i pozwalając osobie pacjenckiej poczuć się bezpiecznie.*

wymagane. W tym miejscu dodam, że problem ten dotyczy także osób interpcjiowych, których narządy płciowe mogą nie odpowiadać utrwalonym wymogom społecznym dotyczącym ich wyglądu i funkcji. Miało to i wciąż ma ogromne przełożenie na życie i zdrowie wielu osób interpcjiowych – zmuszanych jeszcze jako dzieci, bez ich świadomej zgody do „naprawczych” operacji, zostawiając je często okaleczone i skrzywdzone (tutaj należy wspomnieć, że tego typu „operacje naprawcze” wciąż nie są w Polsce zakazane, mimo iż zrobiły to już niektóre kraje, m.in. Malta czy Australia; po więcej informacji gorąco zachęcam do zapoznania się z działalnością Fundacji Interakcja<sup>[2]</sup>). Ale dlaczego to właściwie ma znaczenie? Jeszcze przed narodzinami jesteśmy włączani w płciowe normy, które warunkują nie tylko to, jak będziemy wyglądać, jakimi zabawkami się bawić, jakie zawody wybierzemy, ale nawet jak będziemy wychowywani<sup>[3]</sup>. Nasz „gender” (czyli w polskim tłumaczeniu „płeć społeczno-kulturowa”) decyduje o wszystkim. Jak więc odnaleźć się w świecie, gdy nasze ciało nie reprezentuje tego, kim jesteśmy?

We wciąż niewprowadzonej jeszcze, ale już niedługo obowiązującej klasyfikacji ICD-11 proponuje się nową jednostkę diagnostyczną „niezgodność płciową” (gender incongruence), która zostaje przyporządkowana nowej klasie zagadnień, a mianowicie „problemom związanym ze zdrowiem seksualnym”. Co najważniejsze, umiejscawia stan ten poza obszarem psychiatrii, prowadząc do częściowej depatologizacji zjawiska transpcjiowości. W związku z powyższymi usunięte zostaje pojęcie „transseksualizmu”. Choć nie jest to rozwiązanie do końca satysfakcjonujące, bez wątplenia stanowi jednak krok w kierunku depsychopatologizacji transpcjiowości oraz otwarcia sztywnych dotychczas systemów diagnostycznych na różnorodność płci<sup>[4]</sup>. Mówiąc krótko, transpcjiowość to nie choroba ani zaburzenie, a poglądy specjalistów świadczące inaczej są nienaukowe i transfobiczne.

Można by powiedzieć, że jest więc światło w tunelu. Jest, ale to wciąż za mało. Śledząc świetną książkę autorstwa Stef Shuster pt. „Trans Medicine: The Emergence and Practice of Treating Gender”, po raz kolejny w życiu poczułam się właśnie tak jak na owym pamiętnym wykładzie z pierwszego roku studiów. Wstyd, żal, złość – wszystkie one były reakcją na historię medykacji, a czasem wręcz tortur przez jakie musiały przejść osoby transpcjiowe przez nas, lekarzy. Od przymusu sterylizacji, po poniżające praktyki w postaci pytań o sposób masturbacji, konieczność opuszczenia rodziny, aby być dopuszczonym do tranzycji, czy obowiązku bycia „wystarczająco przekonującym w odgrywaniu roli płci odczuwanej”, żeby zostać chociaż przyjętym przez lekarza. Dzisiaj wiele się zmieniło. Jednocześnie zmieniło się niewiele. Ani ja, ani nikt z moich znajomych nie usłyszał nic o transpcjiowości na studiach. O pojęciu interseksualności w pracy z grupą mniejszościową, dowiedziałam się czytając artykuł po angielsku, przysypiając na wykładzie z patomorfologii. Ktoś z pewnością zapyta: „Po co takie zajęcia, gdy mówimy o tak małej grupie?” Brakuje nam co prawda dokładnych danych dotyczących tego, ile mamy osób trans w Polsce – ekstrapolując dane amerykańskie, osoby powyżej 18 r.ż. identyfikujące się jako transpcjiowe stanowią 0.6% populacji<sup>[5]</sup>, co w przełożeniu na populację Polski dawałoby ponad 156 tys. osób transpcjiowych. Dlaczego podczas naszej edukacji wymaga się od nas wiedzy na temat chorób występujących czasem raz na kilkaset tysięcy osób, a jednak nic nie wspomina się o różnorodności płciowej?

Czasy się zmieniają. Mimo dobrego kierunku przemian w oficjalnych klasyfikacjach obecna sytuacja społeczno-polityczna w Polsce nie

nastraja pozytywnie. To właśnie na naszych barkach, jako lekarzach i specjalistach, ciąży wsparcie tych mniejszości, które nas potrzebują, zwłaszcza gdy dostęp do tranzycji jest tak zmedykalizowany – to wciąż od nas zależy, czy ktoś będzie mógł żyć zgodnie z płcią odczuwaną, czy będzie musiał cierpieć z powodu dysforii (dyskomfort lub cierpienie powodowane przez niezgodność pomiędzy tożsamością płciową danej osoby a płcią przypisaną jej przy urodzeniu)<sup>[6]</sup>. Nie dotyczy to tylko psychiatrów, seksuologów, chirurgów czy endokrynologów – pacjent transpcjiowy może znaleźć się w gabinecie każdego specjalisty i w każdym zasługuje na odpowiednią opiekę. Co można więc zrobić? Przede wszystkim – edukować się. Braki na studiach musimy uzupełniać na własną rękę. W Internecie dostępnych jest mnóstwo darmowych portali, takich jak tranzycja.pl, dzielących się naukową wiedzą i to redagowaną bezpośrednio przez osoby transpcjiowe. Nawiązując do poprzedniego punktu – pozwólmy osobom transpcjiowym mówić o sobie, o tym czego potrzebują i jak się z tym czują. Meandry inkluzywnego języka bywają zawite, ale dopóki będziemy się starać i reagować na popełnione błędy, nikt nie poczuje się urażony. Zawsze można na początku

zapytać po prostu: „Dzień dobry. Jak mam się zwracać?”, otwierając dzięki temu inkluzywną dyskusję i pozwalając osobie pacjentkiej poczuć się bezpiecznie. Poprawne imię, zaimki, ciągłe aktualizowanie wiedzy, zadawanie pytań, a czasem szczerze przyznanie się do błędów i niewiedzy to świetny początek. To światło w tunelu na drodze do inkluzywności, ciałopozytywności i poszanowania autonomii pacjenta. Jako lekarze mamy w naszych rękach władzę, którą przez lata wykorzystywaliśmy w złych celach. Czas to zmienić. Czas zaważyć o lepsze jutro, nie tylko dla nas, ale także dla tych, którzy często pozba-

wieni praw, środków, możliwości i sił, nie mogą tego zrobić. Nie cofniemy czasu. Ale wciąż możemy uczyć się na błędach i wyciągać wnioski z przeszłości.

Do dzisiaj na mojej uczelni nie ma neutralnych płciowo toalet. Z relacji młodszych roczników wiem jednak, że narracja zmienia się bardzo powoli. Marzy mi się świat, w którym empatia i zrozumienie drugiej osoby są podstawą, a nie wyjątkiem. Nie mogę skleić tamtego listu i cofnąć całego zła, jakie później z nim nastąpiło. Ale mogę napisać ten tekst. I liczyć, że nie zostanie podarty. Że może też będzie dla kogoś punktem zwrotnym. W kierunku lepszego, tegoż jutra.

#### Źródła:

1. W. Kuligowski, M. Sztyma, *Trzecia płeć świata*, Poznań, Albus 2020
2. <https://www.interakcja.org.pl/>
3. Cerbara L, Ciancimino G, Tintori A. *Are We Still a Sexist Society? Primary Socialisation and Adherence to Gender Roles in Childhood*. Int J Environ Res Public Health. 2022 Mar 14;19(6):3408. doi: 10.3390/ijerph19063408. PMID: 35329095; PMCID: PMC8950774.
4. <https://tranzycja.pl/aktualnosci/zmiany-w-klasyfikacji-icd11/>
5. Flores, Andrew & Herman, Jody & Gates, Gary & Brown, Taylor. (2016). *HOW MANY ADULTS IDENTIFY AS TRANSGENDER IN THE UNITED STATES?*.
6. Grabski B., Mijas M., Dora M., Iniewicz G., *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*, Warszawa 2020, PZWL

Piotr Burszewski

Specjalista chirurgii plastycznej. Ordynator Oddziału Chirurgii Plastycznej 109. Szpitala Wojskowego w Szczecinie. Z pochodzenia szczecinianin, ukończył studia na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym. Tata dwóch chłopców.

# POMAGANIE MĘCZY

cz. 1

Temat wypalenia zawodowego lekarzy, a także całego personelu medycznego, jest coraz częściej zauważanym i komentowanym społecznie problemem. Został już nawet nazwany chorobą cywilizacyjną XXI wieku, obok otyłości, cukrzycy i depresji. Niemniej świadomość społeczna wypalenia w Polsce oraz wiedza na temat jego konsekwencji jest wciąż mała. Jak przyznaje prof. dr hab. Tadeusz Marek ze Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie „Z szacunków wynika, że odsetek osób z tzw. syndromem wypalenia zawodowego wśród lekarzy sięga od 5 proc. do nawet 25 proc. Dokładne oszacowanie skali zjawiska nie jest możliwe, gdyż specjaliści zwykle maskują swój stan”. Jako osoba, która doznała w pewnym momencie życia tzw. burnout syndrom, byłbym skłonny wdać się w delikatną polemikę z tym stwierdzeniem, ale o tym później. Póki co problem ten rokrocznie przybiera na sile. Przypisywany kiedyś powszechnie tylko osobom z długim stażem pracy, obecnie dotyka także ludzi młodych, nierzadko młodych. Dodatkowo, obecny model życia, pęd ku doskonałości, wciąż rosnące wymagania względem pracowników i nieustannie uświadamiana waga konsekwencji prawnych własnej odpowiedzialności jeszcze to zjawisko potęguje. Skutki dla środowiska lekarskiego oraz pacjentów mogą być bardzo poważne, gdyż niosą bowiem ze sobą potencjalnie ciężkie konsekwencje.

Wypalenie zawodowe – występuje wtedy, gdy praca przestaje dawać satysfakcję, a pracownik przestaje rozwijać się zawodowo, czuje się przepracowany i niezadowolony z wykonywanego zajęcia, które niegdyś sprawiało mu przyjemność i dostarczało satysfakcji. Przyczyna jest prosta do wskazania. Jest to przewlekły, nieustannie obecny, niczym niezbalansowany stres pojawiający się w następstwie przepracowania.

Narastaniu problemu wypalenia wspólnie sprzyjają obecne czasy. Wzrastające wymagania zarówno przełożonych, jak i pacjentów, sam charakter pracy, coraz częstsze i „modne” wnoszenie pozwów sądowych to tylko wierzchołek góry lodowej. Niebagatelne znaczenie mają też problemy strukturalne służby zdrowia, często niemożliwe do spełnienia warunki wykonywania zawodu, jak choćby branie kilkudziesięciu dyżurów w miesiącu, czy piętno naszych czasów, jakim jest chociażby ciągły pęd za rozwojem dziedzin medycznych i zwykły wyścig zawodowy, któremu jesteśmy nieustannie poddawani.

Obecnie łatwo wpaść w wir zarobkowania i utracić kontrolę nad proporcjami – praca-wypoczynek. To prosta droga do wypalenia zawodowego. W mojej opinii główny problem polega na powolnym, niemal niezauważalnym, popadaniu w apatię. Najpierw jest to zmęczenie, uczucie przepracowania i zwykły brak chęci do działania. Uświadomienie przychodzi późno, zazwyczaj dopiero w momencie pełnego rozkwitu symptomów wypalenia. I tu pojawia się moja polemika z rzekomyim maskowaniem swojego stanu przez lekarzy. Mają oni bowiem większą trudność w prawidłowym rozpoznaniu swojego stanu, gdyż symptomy wypalenia nie są ani jednoznaczne, ani swoiste.



**(...) odsetek osób z tzw.  
syndromem wypalenia  
zawodowego wśród lekarzy sięga  
od 5 proc. do nawet 25 proc.**

Definicja wypalenia zawodowego, mimo iż relatywnie dość precyzyjna, nie jest jednak intuicyjnie łatwo uchwytana. Zwłaszcza dla kogoś, kto nie miał do czynienia z tym problemem wcześniej. Tym bardziej, gdy dopada lekarza, którego historia zawodowa sięga czasów, gdy problem ten niespecjalnie znany i podnoszony w środowisku. Wypalenie traktuje się jako chwilową słabość, rodzaj kontuzji, którą można rozchodzić. Skutkuje to mniejszym „wycuciem” problemu, i co za tym idzie, nieumiejętnością dostrzeżenia innych osób dotkniętych tą „chorobą”. Opóźnia to często diagnostykę i możliwość udzielenia pomocy, co także jest szkodliwe z powodu ustawicznie postępującego charakteru wypalenia zawodowego.

Na problem wypalenia można spojrzeć jeszcze z innej strony, definiując wypalenie zawodowe lekarzy, jako formę obrony organizmu i umysłu przed przebywaniem w szkodliwych warunkach. Jest to sygnał, porównywany niekiedy do bólu, który ma zadanie informować nas, że zdolności adaptacyjne, które w pewnym stopniu oczywiście można modulować, są na granicy bezpieczeństwa i wytrzymałości. Zgodnie z tą definicją, wypalenie zawodowe nie jest czymś, co jest stanem odległym od normy, ale raczej formą nie do końca uświadomionej potrzeby powrotu do stabilizacji. Oczywiście nie zmienia to nic w sposobie postępowania i konieczności niesienia pomocy ludziom z wypaleniem, gdyż postrzegać je należy jako ostatni moment przed wysoce prawdopodobnym wystąpieniem prawdziwie ciężkiej patologii.

Póki co, problem wypalenia zawodowego jest, jeśli niemarginalizowany, to przynajmniej na pewno niedoceniany w naszym środowisku. Przyczyny i skutki są różnorodne, ale można spróbować pokusić się o wyodrębnienie pewnych wspólnych cech, które uzupełniają definicję problemu.

Wspomniany już wcześniej stres, nieodłączny towarzysz dzisiejszych czasów i naszego zawodu, dotyka obecnie wielu sfer życia człowieka. Wielokrotnie badano i przytaczano negatywne skutki jego działania na nasz organizm i psychikę. Mimo ciągłego, równoległego rozwoju psychologii, psychoneurologii i nauk pokrewnych, wydajemy się być wciąż krok za problemem. Głównie na skutek braku wiedzy, wyczuwania, czy ulegania stereotypom społeczeństwa odnośnie zaburzeń psychicznych w XXI wieku, a także „oddalenia się” od siebie ludzi w dzisiejszym społeczeństwie, skutkującym większym zobojetnieniem na drugą osobę.

Choroba ta, bo tak jest nazywane wypalenie zawodowe na Zachodzie, wpływa na bardzo wiele aspektów życia, niekoniecznie związanych tylko z miejscem pracy. Z powodu wypalenia zawodowego cierpią rodziny, znajomi, czyli ludzie z otoczenia dotkniętych nią osób. W przypadku lekarzy są to również pacjenci. Postępująca niechęć, apatia, poczucie zobojetnienia, czy wycofania są świadomie odczuwane, ale niezwykle trudne do zwalczania. Trudność diagnostyki wynika m.in. z nietatwego powiązania satysfakcjonującej w wymiarze finansowym czy prestiżowym czynności zawodowej z wypaleniem zawodowym, które ona niesie. Wydawać by się mogło, że skoro praca





wykonywana jest od wielu lat, to już sam staż pracy i doświadczenie zawodowe ochronią nas przed apatią czy znużeniem. A jeśli nawet takie się pojawiają, to są one raczej związane z ogólnym zmęczeniem czy obniżeniem nastroju. Mylimy skutki z przyczyną. Pracownik dotknięty wypaleniem zawodowym staje się obciążeniem dla firmy. Nie możemy liczyć na jego pełne zaangażowanie czy chęć rozwoju.

W służbie zdrowia wypalenie zawodowe powiązane jest nieodłącznie z negatywnym wpływem na relacje z pacjentami. Są one przecież immanentną częścią tego zawodu i są jego treścią. Inną grupą są oczywiście współpracownicy, którzy negatywnie odbierają osoby wypalone zawodowo, co jest skądinąd naturalne w tej sytuacji, gdyż są zmuszeni niejednokrotnie do znoszenia złych humorów czy wykonywania dodatkowej ilości pracy, zaniehdanej przez osobę z wypaleniem. Domyka to poniekąd samonakręcającą się spiralę problemów w pracy i idącego za nim dalszego pogłębiania wypalenia zawodowego. W pewnym momencie nie ma już prostej drogi wyrwania się z tego klinczu, a stan wypalenia nieustannie się pogłębia. W konsekwencji przeistoczyć się to może nawet w depresję, a to już sytuacja niezwykle poważna.

Wspólnym mianownikiem łączącym szczególnie predysponowane do „wypalenia” zawody, są wymagania dotyczące intensywnych kontaktów z ludźmi. Trafnie ujął to Jorg Fengler w tytule swojej książki z 2001 roku „Pomaganie mężczy – wypalenie w pracy zawodowej”. Wyróżnia w niej zawody o szczególnych predyspozycjach do wystąpienia syndromu, w tym takich, jak psychologów, pedagogów, lekarzy, kierowników autobusowych, nauczycieli, pielęgniarek i innych. Wzajemne pomaganie jest cechą społeczną niezbędną, stanowiącą fundament rozwoju cywilizacji. Bywa jednak, że ciągła konieczność inwestowania w drugiego człowieka, często w otoczeniu stresu, presji czy też zmęczenia, przeradza się w znużenie, a później w cały szereg zaburzeń osobowych.

Oznakami wypalenia, obok objawów fizycznych, są silne przeżycia określane, jako wyczerpanie emocjonalne czy nawet uczucie pozbawienia energii życiowej. Według tezy postawionej w książce Richarda K. Jamesa i Burla E. Gillilanda „Strategie interwencji kryzysowej” (rozdział: Pracownicy służb społecznych: wypalenie w kryzysie), być wypalonym to zużywać całą energię psychiczną, próbując podtrzymać swój zapas życiowy. I nie chodzi tu o jednostkowy epizod czy ciężki dzień w pracy. Uczucie zubożenia (brak zainteresowania, apatia), brak odczuwania przyjemności, bezradność, przygnębienie i smutek są permanentne i nie opuszczają ani na chwilę człowieka, którego dotknęły. Według Władysława Traczyka, autora „Fizjologii człowieka”, najczęstszym objawem zmęczenia psychicznego czy umysłowego jest zmęczenie fizyczne. I o ile jest to satysfakcjonujące po nauce czy intensywnym skupieniu, o tyle przy wypaleniu zawodowym przekłada się to na ciągłe zmęczenie również fizyczne.

Skutki wypalenia zawodowego lekarzy mogą, oprócz nich samych, wpłynąć negatywnie na zdrowie i życie pacjentów. Lekarz dotknięty wypaleniem ma mniejszą motywację do działania i łatwiej ulega pokusie zaniechania czynności. Zaniechanie w medycynie to jeden z najcięższych „grzechów”, stanowi bowiem główne źródło pozwów oraz orzeczeń skazujących wymierzanych tej grupie zawodowej. Wypalenie jest ogromną siłą ciągnącą lekarza w kierunku apatii i braku empatii. Czyli cech, na fundamencie których stoi ten zawód. A co gorsze, potrafi dotknąć nawet najlepszych specjalistów z dużym doświadczeniem.

Żyjemy w epoce, w której nacisk kładzie się zarówno na sukces, jak i na zadowolenie zawodowe. Nie ma miejsca na wątplenia, a już na pewno nie na zmianę, tak przecież prestiżowej drogi zawodowej, jak bycie lekarzem. Tym bardziej należy zwracać szczególną uwagę na wypalenie zawodowe, które podstępnie potrafi zafundować człowiekiem i z kompetentnego oraz dobrego pracownika stworzyć jednostkę szkodliwą dla pracodawcy.

Reakcją obronną ratującą przed beznadziejnością, bywa wykonywanie pracy automatycznie, przestrzeganie drobiazgowo procedur, koncen-

tracja na zadaniach, sposobie organizacji pracy, stronie ekonomicznej. Jest to forma samoobrony, która upośledza jednak funkcjonowanie zawodowe pracownika. Obecnie bycie lekarzem to już nie tylko leczenie pacjentów, ale w większości również działalność naukowa, nauczycielska, administracyjna, zarządcza itd. Zakres zadań wyznaczonych tej grupie zawodowej ma pewien punkt odciążenia u dołu tzn. w miejscu, w którym kompetencje zaczynają się pokrywać z kompetencjami personelu niższego – pielęgniarskiego, fizjoterapeutycznego, administracyjnego. Kompetencje i wynikające z nich zadania „w górę” - czyli wymagające podejmowania decyzji niekoniecznie związanych z leczeniem, które nie są przypisanymi do poszczególnych grup, są przekazywane głównie lekarzom i bywają w zasadzie nieograniczone. Lekarzom zleca się obecnie również wszystko to, co wymaga kompetencji i odpowiedzialności i również nie zostało nikomu przypisane lub brakuje środków na ich poprawną realizację. Mowa tu np. o bardzo obciążających psychicznie rozmowach z bliskimi ludźmi umierających. To dość częste zadanie, które spada na niektórych oddziałach właśnie na lekarzy, z powodów finansowych nie zostało

przekazane fachowcom, np. psychologom. Również coraz bardziej uciążliwe działania administracyjne – wypełnianie historii chorób (zamiast samej epikryzy), pisanie podań, wniosków, pism, które można by zlecić sekretarkom, referentkom czy asystentkom medycznym. A w końcu decyzje lecznicze, które powinny być podejmowane w multidyscyplinarnym zespole, a są podejmowane w pojedynkę z powodu złej organizacji pracy lekarzy. Stanowi to bardzo obciążający aspekt ich pracy, niestety, konieczny do prawidłowego funkcjonowania zawodowego, ale jednocześnie tak zaniehdwany w praktyce. Reakcją na przeciążenie skutkuje samoograniczeniu działalności lekarza, stanowiącym pewną swoistą analogię „strajku włoskiego”, co jest czynnikiem bardzo niekorzystnym z punktu widzenia działania oddziały i świadczonych usług medycznych. Samodzielne ujęcie sobie zadań z zakresu swoich obowiązków czy koncentracja tylko na jednym aspekcie pracy, jest siłą rzeczy przerzuceniem większej ilości pracy na kogoś innego. Jest to kolejny czynnik pogłębiający izolację i generujący konflikty.

Widać wyraźnie, że zarówno przyczyny wypalenia zawodowego, jak i jego skutki są szerokim wachlarzem wzajemnie mocno powiązanych ze sobą zależności, wynikających z siebie bezpośrednio lub ujemnie się uzupełniających. Obrazowo mówiąc, jest to tocząca się kula śniegowa, która z każdą kolejną chwilą przyrasta w objętości i ciężar. Wynika stąd, że rozwiązanie tylko jednego problemu, jak na przykład załagodzenie konfliktów czy ograniczenie przypisanych pracownikowi zajęć, może nie przynieść pożądanego skutku. Wielość aspektów zjawiska wymaga złożonego, profesjonalnego podejścia do problemu.

### Objawy wypalenia zawodowego

Emocjonalne objawy wyczerpania są dobrze widoczne z perspektywy najbliższej rodziny współpracowników. Zazwyczaj istnieje ogromna przepaść między entuzjazmem oraz zaangażowaniem w pracę, jakie byto prezentowane przez lekarza w przeszłości i brakiem siły i jego apatią w teraźniejszości. Z punktu widzenia pracodawcy, zorientowanego w pracy swojego zespołu, bywa to szczególnie widoczne. Bywa też, niestety, mylnie interpretowane, jako celowe i świadome działanie na niekorzyść firmy. Niesie to ryzyko rozwoju konfliktu między zwierzchnikiem i pracownikiem, co prowadzi do dalszego pogłębiania poczucia bezradności tego drugiego. Osoba wypalona zawodowo, niejako z definicji, nie tylko mniej angażuje się w pracę, co można określić, jako pracowanie na niższych obrotach, z niską wydajnością lub skutecznością,

ale też wycofuje się z budowania bliskich relacji z innymi pracownikami. W najgorszym przypadku kryzys w pracy przeradza się wręcz w ciężki kryzys życiowy. Nierzadko pojawiają się tu stany z pogranicza zainteresowań takich dziedzin, jak psychologia i psychiatria, czyli dysforie, nerwice czy wręcz zaburzenia depresyjne. W skrajnych wypadkach pojawiają się nawet głębokie zaburzenia depresyjne.

Życie w przypadku ciężkiego wypalenia zawodowego dodatkowo traci dla takich osób sens i staje się obciążające. Obecnie wiadomym jest, że połączenie stanu ducha i stanu ciała jest nieodłącznie i nierozdzielalne, tak więc osoby te podupadają na zdrowiu, wpadają w uza-

## Lekarz dotknięty wypaleniem ma mniejszą motywację do działania i łatwiej ulega pokusie zaniechania czynności.

## W najgorszym przypadku kryzys w pracy przeradza się wręcz w ciężki kryzys życiowy.

leżnienia i czują się samotne lub też tę samotność sami prowokują. Objawy psychosomatyczne w ciężkich stanach nie są rzadkością. W konsekwencji efektem wypalenia jest to, że sytuacja pracy odbierana jest jako beznadziejna, przerastająca możliwości radzenia sobie.

Objawy poznawcze wypalenia zawodowego to koncentracja na negatywach oraz widzenie wszystkiego w czarnych barwach, co w przypadku lekarzy jest szczególnie niebezpieczne, gdyż obniża szanse na wyliczenie chorego. Negatywna, obciążona własnym stanem psychicznym interpretacja stanu zdrowia pacjenta, spotęgowana jeszcze przez apatię i brak wiary we własne siły stanowi zbiór bardzo niebezpiecznych cech, zagrażających zdrowiu i życiu pacjentów. Właśnie te negatywne myśli dotyczą siebie, sformułowane, jako: „jestem do niczego”, „nic mi nie wychodzi w pracy”, „na nic nie mam wpływu”, „to co robię nie ma sensu”, stanowią bardzo dużą i toksyczną dawkę emocji. Dodatkowo często występuje niesłuszna i nieracjonalna interpretacja otaczającej rzeczywistości: „wszystko jest zbyt skomplikowane”, „nikt mnie nie rozumie”, „dyrektor myśli tylko o własnym interesie”, która z jednej strony pogłębia izolację personalną, a z drugiej zraża do pracownika otoczenie, nakręcając jeszcze bardziej spiralę niechęci. Kolejnym bardzo niekorzystnym aspektem jest postrzeganie przyszłości, jako nieprzychylniej, postrzeganej tylko w czarnych barwach: „nic się nie poprawi”, „w szpitalu zawsze będzie źle”, „tego nie ma sensu robić”. Kluczowym jest, że osoba wypalona zawodowo nie dostrzega żadnej szansy na poprawę sytuacji ani w bliższej, ani w dalszej przyszłości. W bolesny i bezpowrotny sposób traci nadzieję, że jej praca ma sens, że ona sama może pomagać, uczyć i pracować dla dobra innych, a także, iż nie ma już większych szans na wdzięczność pacjentów i pracowników, ani na pracę za godziwą pensję i w dobrych warunkach. Taki sposób myślenia owocuje niepodjęciem nowych prób rozwiązania trudnej sytuacji zawodowej, co w przypadku lekarza jest niezwykle również niebezpieczne. Do szerokiego repertuaru uników należy między innymi powtarzanie zachowań nieskutecznych, unikanie pracy, odpowiedzialności, czy nawet zaniechanie niesienia pomocy. W przypadku lekarza stanowi to zasadnicze ogromne upośledzenie zdolności do pracy i poddaje w wątpliwość możliwość wykonywania tego zawodu.

Najbardziej destrukcyjnym społecznie aspektem wypalenia zawodowego, obok braku wiary we własne kompetencje, jest depersonalizacja innych. Osoby wypalone zawodowo zaczynają traktować innych przedmiotowo, bezosobowo, bezimiennie, czego najczęściej same nie dostrzegają. I to właśnie ludziom, z którymi pracuje człowiek wypalony zawodowo, trudno jest pojąć obojętność wobec ich nieszczęścia czy cierpienia. Pogłębia to izolację jednostki oraz konfliktuje zespół. Zwłaszcza, jeśli wypalenie dotknie osoby introwertywnej, niedążącej wcześniej do zacieśniania więzi zawodowych.

Lekarze należą do grupy, która dość często stanowi zbiór indywidualności. Jest to podyktowane wieloma czynnikami, na czele jednak z personalną odpowiedzialnością za pacjenta, leczenie, oddział. Są więc grupą zawodową zagrożoną relatywnie ostracyzmem społecznym. Jest to zjawisko, niestety, nierzadkie. Trudno wskazać jednoznaczne przyczyny takiego stanu rzeczy, ale w myśl powiedzenia „pod latarnią najciemniej”, wycucie problemów somatycznych, czasami zaciemnia obraz zaburzeń psychicznych, zwłaszcza tak subtelnych, jakimi mogą być psychiczne aspekty wypalenia zawodowego. Nakłada się też na to ciężar pracy lekarza, w której łatwo o zmęczenie i znużenie. Te aspekty są często ze sobą mylone nawet przez samych zainteresowanych. Stąd tak ważna jest wiedza z tego zakresu wśród osób zarządzających oddziałem, które w nowoczesnej definicji zarządzania oprócz organizacji pracy, muszą również dostrzegać problemy swoich pracowników. Pomijanie tej problematyki lub, co gorsza, niewiedza o problemach z tego zakresu, w każdym aspekcie jest szkodliwe. Zarówno z punktu widzenia administracji oddziału i negatywnych tego skutków, jaki i z czysto ludzkiego aspektu. Dodatkowo wydaje się jeszcze, że od ludzi z wykształceniem medycznym, którym nieobce są również choroby ze spektrum zaburzeń psychicznych, powinno się oczekiwać wyczulenia i zrozumienia powagi i skali problemu wypalenia zawodowego.

Jeśli, Drogie Koleżanki i Koledzy, dostrzegacie do siebie większość z wymienionych wyżej objawów, to w dalszej części spróbuję przedstawić sposoby radzenia sobie z wypaleniem zawodowym.

Aleksander Matysiak

# KIEDY PACJENT MUSI WYCIĄGNAĆ RĘKĘ DO ZGODY?

W ostatnim czasie sądy zalewają kolejne fale tzw. „pozwów frankowych”, a liczba unieważnianych umów jest na tyle duża, że zaistniała potrzeba stworzenia rozwiązań prawnych pomagających zachować stabilność systemu bankowego. Oczywiście nigdy nie kwestionowałem zasadności unieważnienia nieuczciwych umów, zastanawia mnie jednak czy w dobie coraz częściej wysypujących roszczeń ze strony pacjentów, na pewnym etapie, nie zaleje nas fala pozwów dotyczących złe odebranej (i skonstruowanej – o czym w innym artykule) zgody na leczenie. Waga jest przecież zdecydowanie większa niż jakiegokolwiek umowy kredytowej – chodzi bowiem o sprawy zdrowia i życia ludzkiego, które posiada niewątpliwie wartość najwyższą.

*In blanco*

Pierwszą zgodą, jaką musi wyrazić pacjent przed przyjęciem, jest tak zwana zgoda blankietowa, czyli taka, w której chory wyraża zgodę na



hospitalizację i „wszystkie” niezbędne czynności. Zazwyczaj chodzi o przeprowadzenie ogólnych badań laboratoryjnych czy podawanie leków niezbędnych dla prawidłowego procesu leczniczego.

Zgoda na „wszystkie czynności lecznicze”, chociaż bardzo popularna w formularzach szpitalnych, wcale nie posiada silnego umocowania prawnego. Głównie dlatego, że pacjent nie posiada w chwili jej złożenia rzetelnej informacji, na co konkretnie wyraża zgodę, dlatego też faktycznie nie zwalnia ona z obowiązku poinformowania chorego o podawanych lekach oraz uzyskania późniejszej zgody w formie nawet dorozumianej, chociażby gestu akceptacji chorego.

Odnosząc się do kwestii samej zgody, omówmy przypominając trzy podstawowe typy:

1. Zgoda wyrażana przez pełnoletniego nieubezwłasnowolnionego pacjenta, która za wyjątkiem rzadko spotykanego przypadku, w którym pełnoletność osiąga kobieta, która ukończyła lat 16 i za zgodą sądu wstąpiła w związek małżeński, nie sprawia problemów w codziennej praktyce.
2. Zgoda kumulatywna – kiedy wymaga się zgody od pacjenta i opiekuna mająca zastosowanie w przypadku pacjentów pomiędzy 16 a 18 rokiem życia, za wyjątkiem pobrania tkanek krwiotwórczych oraz zabiegu terminacji ciąży, kiedy granica zostaje obniżona do lat 13.
3. Zgoda zastępcza – odbierana od przedstawiciela ustawowego, sądu lub opiekuna faktycznego (w sytuacji badania niepożądanego z naruszaniem tkanek). Ta forma czasem sprawia pewien kłopot.

Najczęściej wątpliwości budzi fakt, kto jest przedstawicielem ustawowym – spieszmy z wyjaśnieniem. Przedstawicielem ustawowym dla celów medycznych będzie rodzic niepełnoletniego dziecka albo opiekun lub kurator osoby ubezwłasnowolnionej. Pełnoletnia nieubezwłasnowolniona osoba nie będzie więc nigdy posiadać przedstawiciela ustawowego decyzyjnego dla spraw zdrowia i życia, a nawet współmałżonek nigdy nie będzie miał prawa podejmować decyzji leczniczych w zastępstwie partnera, który z przyczyn medycznych nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody. Nie wolno utożsamiać takiej sytuacji z prawem osoby bliskiej (w tym partnera, męża, żony czy nawet kochanka) do informacji. Małżonek co prawda może być przedstawicielem ustawowym w przypadku przemijającej przeszkody, jednak tylko dla celów zarządu wspólnym majątkiem, nigdy zaś w sprawach medycznych.

#### **Kiedy potrzebny jest „kwit”?**

W obecnym systemie prawnym nie ma jasno sprecyzowanych sytuacji, w których można zastosować zgodę ustną, istnieje jednak katalog przypadków, w których należy zastosować zgodę w formie pisemnej. Są to oczywiście metody diagnostyczne i lecznicze, które stwarzają podwyższone ryzyko dla pacjenta oraz dodatkowo przyjęcie do szpitala psychiatrycznego czy udział chorego w eksperymencie. Niestety, to właśnie forma pisemna sprawia najwięcej problemów, co więcej, wokół właśnie tej formy powstało wiele oddziaływanych „tradycji” niemających zbyt wiele wspólnego z uregulowaniami prawnymi.

#### **Doktor, ale ja długopisu nie utrzymam...**

Rzeczywiście w praktyce klinicznej zdarzają się sytuacje, w których chory z różnych powodów nie jest w stanie podpisać zgody przy zachowanej zdolności do rozpoznania swojej sytuacji i wyrażenia jej ustnie. Na niektórych oddziałach stosuje się praktykę, w której lekarz (czasem dwoje lekarzy) odnotowuje na formularzu informację, że zgoda została wyrażona w formie ustnej. To błąd.

Czy w takim razie w przypadku zabiegu o zwiększonym ryzyku rzeczywiście zgoda wyrażona w formie innej niż pisemna, czyni ją automatycznie nieważną? Otóż nie! Jeśli uregulowania prawne przewidują konkretną formę prawną pod rygorem nieważności, musi być to jasno stwierdzone w treści konkretnego przepisu, taką sytuację będziemy mieli np. przy nabyciu nieruchomości – gdzie formą bez-

względnie wymaganą jest forma aktu notarialnego. W przypadku zabiegów medycznych forma pisemna jest przewidziana wyłącznie do tzw. celów dowodowych. Zgoda będzie więc ważna. W czym więc problem?

#### **Ja tego nie pamiętam, wycięliście mi za dużo!**

Niestety, dlatego że w takim przypadku niedochowanie odpowiedniej formy spowoduje, iż w ewentualnym sporze cywilnym z pacjentem stosownie do art. 74 Kodeksu Cywilnego dowód z zeznań świadków lub z przesłuchania stron na fakt wyrażenia zgody przez chorego może zostać dopuszczony wyłącznie za zgodą obu stron sporu (w tym pacjenta). Innymi słowy, może dojść do sytuacji, gdy nie będzie można dowieść prawidłowego odebrania zgody w oparciu o zeznania wyłącznie drugiego lekarza, dowodzenie zaakceptowania przez pacjenta efektów ubocznych operacji w postaci np. dolegliwości gastrycznych po gastrektomii lub bezpłodności po histerektomii, będącymi elementami zgody, może być więc znacznie utrudnione – choć nie niemożliwe.

Na pocieszenie warto dodać, że w przypadku procesu karnego nie ma takich ograniczeń dowodowych, a więc odpowiedzialności karnej z tytułu przeprowadzenia zabiegu bez zgody nie poniesiemy.

#### **Panie, chcesz Pan ten zabieg!?**

Poniekąd dziwne rozwiązanie można rozpatrywać jako ochronę przed próbami nadużyć, kiedy opisaną powyżej formę zastosuje się z powodu chęci ominięcia drogi sądowej u pacjentów oteplających lub nieposiadających rozeznania, np. pod presją rodziny czy nawet z najszczerzej chęci pomocy. Takie postępowanie może przynieść opłakane skutki, szczególnie gdy we wcześniejszych obserwacjach znajdują się informacje o pogorszonym kontakcie z pacjentem.

Przeciwną, równie błędną metodą jest zawiadomianie sądu opiekuńczego celem uzyskania zgody zastępczej w sytuacji, gdy pacjent posiada zdolność do rozpoznania, a przyczyną problemu jest jedynie brak sił chorego. W takiej sytuacji sędzia nie może postanowić za

pacjenta! Prawidłowo procedurę należy przeprowadzić w sposób następujący: w miejscu podpisu pacjent składa odcisk palca, a obok osoba upoważniona przez chorego (może być upoważniona ustnie) nanosi jej imię i nazwisko i dodatkowo składa swój podpis. Taki formularz powinien również zawierać informację: „Treść odczytano w całości pacjentowi”.

#### **Ale studentów to ja nie chcę**

Zmieniając nieco tematykę w trosce o najmłodszych, czy pacjent musi wyrażać zgodę na ich obecność? To zależy... W klinikach, które zajmują się szkoleniem studentów, nie ma wymogu odbierania zgody na obecność studentów podczas badania czy zabiegu. Jest tak jednak pod pewnym warunkiem. Aby zgoda chorego nie była wymagana, badanie musi być przewidziane normalnym, prawidłowym tokiem leczenia pacjenta. Oznacza to tyle, że jeśli normalnym jest codzienne badanie fizykalne, badanie takie może odbyć się w obecności studentów. Podobnie jeśli będzie to dotyczyło np. planowego USG. Jeśli natomiast chcemy przeprowadzić „badanie pokazowe”, ponieważ znamy już wyniki, a chcielibyśmy pokazać występującą patologię – powinniśmy uzyskać zgodę. Podobnie badanie przeprowadzone przez studentów może mieć miejsce wyłącznie za zgodą chorego, a odpowiedzialnością za ewentualne błędy będzie obarczony lekarz. Osobiście zachęcam jednak do zapytania pacjenta w każdej sytuacji, nie mam bowiem pewności, (a jestem pewny, że nie) czy większość społeczeństwa definiuje klinikę jako oddział wchodzący w strukturę uczelni i zajmujący się kształceniem studentów, tylko raczej utożsamia z oddziałem o wysokiej referencyjności, co najczęściej jest zgodne prawdą, ale nie spełnia definicji.



„Co dzień postrzegam, jak młódź cierpi na tem,  
Że nie ma szkół uczących żyć z ludźmi i światem.”  
Adam Mickiewicz, *Pan Tadeusz*, Księga pierwsza

Co łączy Dianę Ross, Janis Joplin, Boba Marleya, Jimiego Hendrixa, Queen, The Doors, The Who, Grateful Dead? Nigdy nie otrzymali nagrody Grammy. Kim jest Kanye West? Nie wiem, choć jest laureatem dwudziestu dwóch statuetek Grammy... I podobnie, Nobla z literatury nie dostał ani Stanisław Lem, ani Umberto Eco – a się czyta i się zachwyca.

#### **Wybierasz się na kierunek medyczny? Ranking Uczelni Akademickich 2022 już jest!**

Postanowiłam przybliżyć potencjalnemu kandydatowi na studia wnioski z rankingu publikowanego od ponad 20 lat przez Perspektywy. Co ciekawe, autorzy rankingu Perspektyw przyznają, że pomysł na stworzenie takowego zrodził się w momencie wybierania miejsca studiowania przez ich własne dzieci. Czy powinniśmy kierować się rankingami, planując studia? Jaki wpływ na codzienne studiowanie mają kryteria zebrane w metodologii rankingu? Voilà!

- **Prestiż i uznanie międzynarodowe** 12% – ocena dana przez kadrę akademicką (profesorowie i doktorzy habilitowani – a więc osoby prowadzące najmniejszą liczbę zajęć bezpośrednio ze studentami – 10%; pozostałe 2% prestiżu pochodzi z... innych rankingów: ARWU, THE, QS, USNews, Leiden, FT oraz Webometrics).
- **Absolwenci na rynku pracy** 12% – wskaźnik odzwierciedlający pozycję absolwentów danej uczelni na rynku pracy – według ogólnopolskiego badania Ekonomiczne Losy Absolwentów przeprowadzanego przez MNiSW z wykorzystaniem danych ZUS (wyniki badania z lat 2015–2019). Wskaźnik uwzględnia dwa parametry badania: zarobki absolwentów w odniesieniu do zarobków w powiecie zamieszkania i zatrudnialność absolwentów – mierzona ryzykiem bezrobocia na tle stopy bezrobocia w powiecie zamieszkania, a także wprowadza korygujący wskaźnik procentu absolwentów objętych systemem ELA (czyli

Beata Wudarska  
Absolutorium PAM 1991. Chirurgia dziecięca i medycyna ratunkowa. 29 lat dydaktyki instytucjonalnej. Hobby - rock progresywny.

# NAGRODA GRAMMY A SŁOŃ W POLSKICH UCZELNIACH MEDYCZNYCH

zarejestrowanych w ZUS), co jest istotne ze względu na charakter rynku absolwenta w różnych dziedzinach. Dane uwzględniają sytuację w pierwszym roku po zakończeniu studiów.

Oba parametry mają się nijak do absolwentów uczelni medycznych – stażysta w pierwszym roku pracy otrzymuje reglamentowaną pensję wynikającą z zapisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1801) – w 2019 r. pensja ta wynosiła 2465 zł (<https://www.prawo.pl/zdrowie/od-lipca-zasadnicze-wynagrodzenie-lekarza-stazysty-2465-zl,426871.html>), a środki na wynagrodzenia stażysty, ustalone zgodnie z przepisami art. 3 ust. 1 pkt 5 ustawy o najniższym wynagrodzeniu zasadniczym, zostały zabezpieczone na 2019 r. w planie Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych. Spójrzmy na ten parametr przez pryzmat średniego wynagrodzenia w gospodarce narodowej – w 2019 r. wyniosło 4918,17 zł (<https://www.zus.pl/baza-wiedzy/skladki-wskazniki-odsetki/wskazniki/przecietne-wynagrodzenie-w-latach>).

## **Najbardziej szlachetny ze wskaźników pozostaje bez realnego wpływu na jakość kształcenia na kierunku lekarskim.**

Drugi parametr – zatrudnialność absolwentów mierzony ryzykiem bezrobocia w pierwszym roku pracy dla kierunków lekarskich w 2019 r. według ELA wynosił poniżej 1% (średnio 0,5% – co stanowiło niecałe dwa dni w roku przebywania absolwenta na bezrobociu) – a niektóre uczelnie – vide Toruń – musiały mieć „intern headhunters” pod murami auli, w której absolwenci otrzymali dyplomy, ponieważ bezrobocie wyniosło okrągłe 0%.

Operowanie powyższymi wskaźnikami podczas oceniania absolwentów kierunków lekarskich chyba stanowi błąd statystyczny, a nie rzeczywisty parametr oceny.

Operowanie powyższymi wskaźnikami podczas oceniania absolwentów kierunków lekarskich chyba stanowi błąd statystyczny, a nie rzeczywisty parametr oceny.

- **Potencjał naukowy: Ocena parametryczna** – wskaźnik przeniesiony z Rankingu Szkół Wyższych Perspektywy 2021: suma ważonych ocen parametrycznych nadanych poszczególnym jednostkom uczelni podczas ostatniej parametryzacji przeprowadzanej przez KEJN (liczona jak współczynnik  $Y_i$  w algorytmie dotacji) – 10%

Aby wyjaśnić, o co chodzi w ocenie parametrycznej, należy wspomnieć o Student-Staff-Ratio (SSR), czyli stosunku liczby studentów do liczby nauczycieli akademickich. Pojawił się także nowy wskaźnik potencjału naukowego  $Y(i)$  sprowadzający się do przemnożenia liczby etatów przeliczeniowych. Komitet Ewaluacji Jednostek Naukowych przyznaje kategorie naukowe: A+ – 1.5, A – 1.0, B – 0.7, C – 0.4. Oznacza to, że dla uczelni, gdzie wszystkie jednostki naukowe otrzymały kategorię naukową A, etaty przeliczeniowe nie będą korygowane, bo  $Y(i)=1$ . Jak to się ma do rzeczywistości studenckiej? Dla wielu szkół wysokie kategorie naukowe pozwoliły zniwelować przez składnik kadrowy „straty” na niekorzystnym SRR dla składnika studencko-doktoranckiego. Jednym z celów, jaki przyświecał MNiSW przy wprowadzaniu nowego algorytmu, była poprawa jakości kształcenia poprzez poprawę dostępności kadry. Uczelnie mają zasadniczo trzy drogi do uzyskania odpowiedniego SSR: zwiększenie liczby pracowników naukowo-dydaktycznych, podwyższenie kategorii naukowej, bądź... redukcję liczby studentów. Dodajmy, że uczelnie z reguły mają trudność w ocenie pomiaru kosztów kształcenia, np. jaką część wynagrodzenia pracowników naukowo-dydaktycznych stanowią koszty kształcenia, a jaką działalność badawcza czy popularyzatorska.

- **Nasylenie kadry osobami o najwyższych kwalifikacjach** – wskaźnik zdefiniowany jako liczba wysoko-kwalifikowanej kadry akademickiej na uczelni (pracownicy badawczy i badawczo-dydaktyczni ze stopniem dr hab. lub tytułem prof.) w odniesieniu do ogólnej liczby nauczycieli akademickich uczelni – 3%.

Wskaźnik ten jest wydmuszką dydaktyczną, albowiem liczba pracowników z tytułami doktora habilitowanego lub profesora OSOBIŚCIE prowadzących zajęcia inne niż wykłady jest nieduża. Kształcenie zawodowe, jakim są poniekąd studia na kierunku lekarskim, leży na barkach najmłodszych asystentów w klinikach, nierzadko także rezydentów, osób zatrudnianych na umowy-zlecenia, doktorantów.

- **Uprawnienia habilitacyjne** – liczone jako suma uprawnień habilitacyjnych posiadanych przez uczelnię – 1%.
- **Uprawnienia doktorskie** – liczone jako suma uprawnień doktorskich posiadanych przez uczelnię – 1%.

Obydwa powyższe wskaźniki nie mają rzeczywistego przełożenia na prowadzenie dydaktyki – paradoksalnie – im wyżej w hierarchii naukowej, tym mniejszy kontakt rzeczywisty ze studentami.

- Wskaźnik dotyczący **Innowacyjności** – wyceniony na 8% (patenty i prawa ochronne w Polsce – 3%, za granicą – 3% oraz SDG – 2%).

Z punktu widzenia studenta kierunku lekarskiego – patenty oraz wkład badań uczelni w realizację Celów Zrównoważonego Rozwoju ONZ (Sustainable Development Goals – agenda 2030) są jak forma wyższa kota Schrodingera, czyli i są, i ich nie ma, ale na zajęcia z chirurgii na V roku czy z interny na IV roku wpływu nie mają.

- **Efektywność naukowa** – całe 28% (w tym efektywność pozyskiwania zewnętrznych środków finansowych na badania – 6%, rozwój kadry własnej – wskaźnik zdefiniowany jako liczba tytułów i stopni naukowych uzyskanych przez pracowników uczelni w latach 2020 i 2021 (dr hab. z wagą 1,5 oraz prof. z wagą 2,0) w stosunku do prof., dr. hab. i dr. zatrudnionych w uczelni na etacie – 4% [znów wskaźnik wyłącznie fasadowy – bez realnego przełożenia na dydaktykę], nadane stopnie naukowe – liczba tytułów i stopni naukowych nadanych przez uczelnię w latach 2020 i 2021 (dr z wagą 1,0; dr hab. z wagą 1,5; prof. z wagą 2,0) w stosunku do prof., dr hab. i dr zatrudnionych w uczelni na etacie – 3%; publikacje – liczba publikacji uwzględnionych w bazie SCOPUS w latach 2017–2021, w stosunku do łącznej liczby pracowników

badawczych i badawczo-dydaktycznych – 3%; cytowania – liczba cytowań publikacji uwzględnionych w bazie SCOPUS za lata 2017–2021, w stosunku do liczby tych publikacji. Bez uwzględnienia autocytowań – 3%; FWCI (Field-Weighted Citation Impact) – wskaźnik określający relację liczby cytowań otrzymanych przez publikację do średniej liczby cytowań otrzymanych przez podobne publikacje indeksowane w bazie SCOPUS za lata 2017–2021. Bez uwzględnienia autocytowań – 3%; FWVI (Field-Weighted View Impact) – wskaźnik (wprowadzony w 2020 roku) określający relację liczby odsłon (wyświetleń na ekranie) publikacji uczelni do średniej liczby odsłon otrzymanych przez podobne publikacje indeksowane w bazie SCOPUS za lata 2017–2021. Bez uwzględnienia autocytowań – 3%; Top 10 (Publications in Top 10 Journal Percentiles) – wskaźnik określający, w jakim stopniu publikacje uczelni są obecne w 10% najczęściej cytowanych czasopiśmie na świecie. Wskaźnik liczony jest stosunkiem publikacji znajdujących się w czasopiśmie posiadającym najwyższy współczynnik CiteScore w stosunku do wszystkich publikacji uczelni w latach 2017–2021 – 3%.

Najbardziej szlachetny ze wskaźników – czymże bez efektywności naukowej byłoby uniwersytety Ivy League? – pozostaje bez realnego wpływu na jakość kształcenia na kierunku lekarskim. Dolary przeciw orzechom, że jest inaczej... Oczywiście mogą się

zdarzyć badania własne, które uradowany publikacją autor przedstawi na zajęciach, a w formie wyższej, wnioski z tychże umieści w pytaniach testowych wymaganych do zaliczenia przedmiotu. I znów student będzie wiedziony na manowce, ponieważ podchodząc poważnie do egzaminu, wolałby pozycje piśmiennictwa łatwo osiągalne w bibliotece uniwersyteckiej niż nawet najbardziej przełomowe „hot-publicacje”. Na zupełnie osobny felieton zasługuje Święty Graal naukowców, czyli Impact Factor działający obecnie z efektywnością kuli śnieżnej. Oto jedna publikacja generuje zarzucenie skrzynki mailowej autora propozycjami nie do odrzucenia („brakuje nam jednej pracy oryginalnej, numer zamykamy w środę, nasz IF to tyle i tyle, równolegle proponujemy udział w konferencji jako invited speaker...”).

Tyle narzekania na nieprzystawanie kryteriów oceny uczelni do rzeczywistości, w jakiej żyje żak... a teraz nadchodzą!

- **Warunki kształcenia**, czyli całe 10% w kryteriach rankingu! I pełne rozczarowanie – 5% zostało przyznanych za dostępność kadr wysoko wykwalifikowanych – liczba nauczycieli akademickich z grupy pracowników dydaktycznych i badawczo-dydaktycznych zatrudnionych na etacie (prof. z wagą 2,0; dr hab. z wagą 1,5 oraz dr z wagą równą 1,0) w stosunku do liczby studentów tzw. przeliczeniowych (studenci studiów stacjonarnych uwzględnieni z wagą 1,0; studenci studiów niestacjonarnych z wagą 0,6).

Ten wskaźnik zasadniczo powiela dane z wskaźnika dotyczącego potencjału naukowego – dowód – jak wyżej.

- Natomiast współczynnik **Akredytacje** – wskaźnik mierzony liczbą posiadanych przez uczelnię aktualnych akredytacji i certyfikatów międzynarodowych, ważnych akredytacji PKA z oceną wyróżniającą (przyznawanych do 2018 roku) oraz certyfikatów doskonałości kształcenia (przyznawanych przez PKA obecnie) – także 5% – stanowi dowód na bycie Twórcą i Tworzywem albo jak w ludowym porzekadle „Mamo, chwalą nas! Wy mnie – ja Was!”. Przełożenia na studiowanie na kierunku lekarskim brak, podobnie jak akredytacja szpitali nie ma przełożenia na bezpieczeństwo pacjenta. Mówiąc brutalnie, jest to typowy Nothingizer – „does absolutely nothing, but you need it anyway”.

Ostatnia prosta należy do **Umieędzynarodowienia uczelni** – 15%. Pominę większość wskaźników szczegółowych zawartych w tej kategorii, bo większość bowiem może stanowić realne obciążenie dla studenta kierunku lekarskiego („rzutnik multimedialny wydajemy wy-

łącznie na zajęcia dla studentów English Program”). Na uwagę zasługuje jednak potraktowana po macoszemu wymiana studentów – po 1% w każdą stronę granicy – jako realna możliwość studiowania przez pewien czas w innych okolicznościach przyrody, w innym formacie studiów (uczelnie zachodnie odchodzą od wykładów jako najmniej efektywnej metody dydaktycznej), nawiązania przyjaźni osobistych i zawodowych, jednym słowem pewnego wejścia w nadprzestrzeń dydaktyczną średnio osiągalną w prząsnosierniężnym systemie polskich uczelni oferujących kierunki medyczne.

Celem rankingu Perspektyw było wskazanie najlepszych kierunków studiowania w Polsce. Same Perspektywy jednak przyznają, że „warunki studiowania” są kryterium subiektywnym i zapraszają na dni otwarte uczelni. Nie do końca mogą się zgodzić, że warunki studiowania, to tylko „atmosfera i otoczenie”. To także realna liczebność grup klinicznych, delegowanie odpowiednio przygotowanych pod względem dydaktycznym asystentów do prowadzenia zajęć (nie każdy świetny lekarz jest świetnym dydaktykiem), pilnowanie terminów i czasu trwania zajęć (bez notorycznych „przerw w bufecie”), zgodność sylabusów z treściami zajęć, przygotowywanie pytań egzaminacyjnych korespondujących z zawartością ćwiczeń, seminariów i wykładów, ustalenie kanonu wiedzy i umiejętności praktycznych, w które powinien być wyposażony KAŻDY absolwent, a nie tylko „ci aktywni”, wprowadzenie OSCE etc. Swoistym syndromem sztokholmskim jest wzywianie do bojkotu nowo powstających kierunków lekarskich na uczelniach innych, niż „stare uniwersytety”, bo tam „nie ma kontroli nad dydaktyką”. Pomijając fakt, że zajęcia w tych nowo powstających uczelniach z kierunkiem medycznym często prowadzą

ci sami lekarze, co w uczelni z ponad 70-letnim stażem, to nadal nie mamy w rękę narzędzia obiektywnie oceniającego jakość kształcenia – także w tych doświadczonych uczelniach.

Na koniec ciekawostka zawodowa, jak mawiał klasyk „trawaj priwiee”. Najwięcej o warunkach studiowania i jakości kształcenia potencjalny kandydat na studenta może się dowiedzieć... ze strony zamówień publicznych danej uczelni. O czym świadczy zamawianie przez Uniwersytet Medyczny usługi polegającej na przeprowadzeniu kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiologicznego u dorosłych” dla pielęgniarek i położnych? Czyżby na etapie przeddyplomowym nie dało się zrealizować efektu z zakresu umiejętności absolwenta: D.U10 (potrafi wykonywać badanie elektrokardiograficzne i rozpoznawać zaburzenia zagrażające życiu)? I w związku z tym należy takie szkolenie zamawiać w firmie zewnętrznej przez zamówienia publiczne? Być może dlatego, że firma zewnętrzna w postępowaniu przetargowym MUSI udowodnić, że potrafi takie szkolenie przeprowadzić, a co nawet ważniejsze – warunki zamówienia zazwyczaj opisują sposób „odbioru usługi” przez zamawiającego, który może w szczególnej sytuacji nie zapłacić za źle wykonaną usługę. Można? Toż to audyt dydaktyczny w najlepszym wydaniu.

Na pocieszenie napiszę, że zamówienia publiczne mają też dane dotyczące rzeczywistych warunków studiowania bliskich ciału studenta, np. przetargi na remonty szatni studenckich, domów studenckich, czy chociażby zakupu łodzi 8-osobowej wykorzystywanej do jakże uniwersyteckich zmagania typu „Oxford-Cambridge”, co student wspomni z łezką w oku podczas imprezy z okazji 30-lecia otrzymania dyplomu.

## ZAWIADOMIENIE O LIKWIDACJI RACHUNKU BANKOWEGO

Szanowni Państwo!

Uprzejmie przypominamy,  
że w celu usprawnienia ewidencjonowania składek  
Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie z końcem 2020 r.  
wprowadziła indywidualne

konta bankowe do wpłat składek,  
przypisane każdemu lekarzowi/ lekarzowi dentyście wg nr PWZ.

**Osoby, które do chwili obecnej nie zmieniły rachunku, na aktualny – indywidualny proszone są o niezwłoczne dokonanie takiej zmiany.**

Wcześniej używany rachunek bankowy OIL w banku PEKAO SA  
nr: 56 1240 3813 1111 0000 4375 7699

## ZOSTANIE ZLIKwidOWANY.

Na stronie internetowej OIL w zakładce SKŁADKI/ KONTA INDYWIDUALNE znajduje się generator numerów kont, za pomocą którego można samodzielnie ustalić numer swojego konta wpisując 7 cyfr numeru prawa wykonywania zawodu.

W razie potrzeby bieżące saldo składek członkowskich oraz numer indywidualnego rachunku można zweryfikować wysyłając zapytanie na adres e-mail [biuro@oil.szczecin.pl](mailto:biuro@oil.szczecin.pl).

*prof. dr hab. n. med. Grzegorz Trybek  
Skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie*



Anna Ochman

Psycholożka, certyfikowana psychoterapeutka Centrum Psychoterapii i Rozwoju Dialogi. Ukończyłam Szkołę Wyższej Psychologii Społecznej (obecnie Uniwersytet SWPS) w Warszawie, gdzie zrealizowałam ścieżkę specjalizacyjną z psychologii klinicznej.

Posiadam certyfikat Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego nr 657. Uczestniczyłam w licznych szkoleniach ukierunkowanych na pracę z dziećmi i ich rodzicami m.in. „Prowadzenie Warsztatów dla Dobrych Rodziców” wg metody Artura Kofakowskiego, szkolenie z mutyzmu selektywnego, uważności dla dzieci i młodzieży. Swoją pracę terapeutyczną wzbogacam o techniki III fali terapii poznawczo-behawioralnej, tj. Terapii Akceptacji i Zaangażowania (ACT), Mindfulness i Terapii Schematów. Prowadzę psychoterapię indywidualną dzieci, młodzieży i dorosłych oraz konsultacje rodzicielskie w kontekście trudności wychowawczych i problemów psychologicznych małych dzieci.



## UWAŻNOŚĆ - MODA CZY POTRZEBA NASZYCH ZASÓW?

Chyba każdy słyszał hasła „uważność”, „mindfulness” czy „trening uważności”, ale czy tak naprawdę wiemy, co się za nimi kryje? Zgłębiając temat, okazuje się, że to nie sposób na osiągnięcie stanu zen, pełnej relaksacji czy czerpanie wyłącznie radości z bycia tu i teraz, lecz bycie uważnym na wszelkie doświadczenia, które przynosi chwila obecna, niezależnie czy są one pozytywne, czy też nie. To obserwowanie tego, co się pojawia we mnie i w otoczeniu oraz przekierowanie uwagi z myśli na oddech bez angażowania się w błędne koła, które dyktuje umysł. Uważność to świadomość chwili w czasie rzeczywistym, której towarzyszy akceptacja tego, co się pojawia.

Rozpoczynając przygodę z mindfulness, ważne, by wyznaczyć stały czas i miejsce na wykonywanie ćwiczeń i praktykować niezależnie od nastoju, bo ten czasami przewrotnie zachęca nas do rezygnacji z rutyny. Regularność jest tu kluczem do sukcesu. Ważne, by nie oczekiwać konkretnego efektu a podejść do ćwiczeń z ciekawością. Jest to zdecydowanie sposób na złapanie nie tylko kontaktu z samym sobą, lecz także z otoczeniem. Jaki byłby najprostszy sposób na rozpoczęcie praktyki? Znajdź miejsce, w którym nikt nie będzie przeszkadzał, usiądź bądź połóż się i zacznij obserwować swój oddech. Gdy zauważysz myśl, która wpadnie do głowy, bez angażowania się w nią przekieruj swoją uwagę ponownie na oddech. Tylko i aż tyle, ponieważ mimo prostej instrukcji ćwiczenie wcale nie należy do najłatwiejszych. Jedno jest jednak pewne, efekty z praktyki przynoszą ogrom korzyści.

Czy uważność to zatem moda czy raczej sposób na zatrzymanie się? Nie da się zaprzeczyć temu, że obecne czasy zachęcają nas do tego, by żyć coraz szybciej. To, jakie mamy możliwości rozwoju, dostępu do informacji, bycia w kontakcie z innymi z jednej strony jest ogromnym zasobem, z drugiej może mieć dla nas również negatywne konsekwencje. Bycie w mnogości ról, pod presją czasu, obowiązków i różnych zobowiązań sprawia, że jesteśmy zmęczeni, przepracowani i znajdujemy coraz mniej czasu na to, co dla nas ważne. Bycie nieustannie w swojej głowie sprawia, że nie zawsze żyjemy, zwracając uwagę na to, co dzieje się wokół. Układając plan dnia, analizując różne sprawy, podejmując decyzje czy też odtwarzając w głowie rozmowy, które jeszcze się nie wydarzyły, sprawiamy, że nasza uwaga jest pochłonięta przez nasze myśli a nie przez to, co dzieje się w danym momencie. Okazuje się zatem, że tracąc kontakt z rzeczywistością, nie pamiętamy, jak zrobiliśmy pewne rzeczy, bo działaliśmy na tak zwanym autopilocie, nie wiemy, co sprawia radość nam samym i innym, bo nie wsłuchujemy się w swoje potrzeby i w to, co mówią inni, tracimy nie tylko łączność z innymi, lecz przede wszystkim z samym sobą. Nie zastanawiamy się, co czujemy, dopóki nasze emocje nie zaczynają bić na

alarm, bo coraz więcej w nas smutku, niepokoju czy też złości. I choć mogą to być pewnego rodzaju uogólnienia, to jednak można zaobserwować pewną niepokojącą tendencję.

Coraz więcej osób trafia do gabinetu, zgłaszając brak odczuwanej radości, przytłoczenie, zmęczenie, niepokój, problemy z koncentracją i ze snem. Psychoterapia przestała być zarezerwowana wyłącznie dla tych, którzy cierpią na zaburzenia psychiczne, a stała się również formą odzyskiwania równowagi i kontaktu ze sobą. Mindfulness jest jedną z metod chętnie i skutecznie wykorzystywaną przez psychoterapeutów. Uważność nie tylko wychodzi naprzeciw potrzebie zatrzymania się, zwolnienia, odzyskania kontaktu z oddechem i tym, co czujemy, lecz ma udowodnioną skuteczność w leczeniu depresji czy radzeniu sobie z lękiem. Lista korzyści płynących z regularnej praktyki jest długa, a wśród nich można wymienić m.in. obniżenie kluczowych wskaźników chronicznego stresu, łącznie z nadciśnieniem,

poprawę pamięci, lepsze zarządzanie stresem, poprawa w radzeniu sobie z chronicznym bólem, a nawet pozytywny wpływ na tworzenie lepszych i bardziej satysfakcjonujących związków (źródło: Danny Penman, Mark Williams, „Mindfulness. Trening uważności. Jak znaleźć spokój w pędzącym świecie”, 2014). Okazuje się, że uważność nie tylko poprawia nastroj i wpływa ogólnie na nasz dobrostan, lecz może być z dużą skutecznością wykorzystywana w leczeniu depresji. Badanie prowadzone w klinice prof. Keesa van Heeringena w Gandawie w Belgii wykazało, że mindfulness obniża ryzyko nawrotu depresji z 68 do 30 proc. Inne badania prowadzone w Wielkiej Brytanii i w Kanadzie w grupie osób z depresją

dowodzą, że osoby, które przerwały farmakoterapię, a w zamian przeszły ośmiotygodniowy kurs MBCT, osiągnęły taką samą bądź lepszą poprawę w porównaniu z osobami nadal przyjmującymi leki. Powyższe dane dają więc nadzieję, że mamy skuteczne narzędzie do poprawy zdrowia psychicznego na wyciągnięcie ręki.

Obecnie można znaleźć ogrom książek i informacji w sieci na temat mindfulness. Nie trzeba jednak szczególnie się przygotowywać, by zacząć praktykować. Wystarczy właściwe miejsce, odrobina czasu i regularność, by dość szybko zacząć zauważać korzyści płynące z praktyki. Można również skorzystać z treningu uważności, który krok po kroku przeprowadzi przez cały proces. To zdecydowanie opcja dla osób, które chciałyby czuć wsparcie na początku swojej przygody. Niezależnie jednak od formy ważne, że decydujemy się zatrzymać na tym co tu i teraz. Niech będzie to sposób na zatrzymanie się w tym pędzącym świecie.

Fot. Ewa Bernaś



# WYKRYWANIE I LECZENIE ZAKAŻENIA HCV W CZASIE PANDEMII

Poradnia hepatologiczna, w której pracuję, nie przerwała pracy w okresie pandemii COVID-19. Wiosną i wczesnym latem 2020 roku konsultowaliśmy pacjentów telefonicznie. Jednak już od sierpnia 2020 roku wizyty w poradni odbywają się w normalnym trybie. Naturalnie, z zastosowaniem środków ochrony osobistej i reżimu sanitarnego. To istotne, ponieważ prowadzenie programów lekowych NFZ wymaga bezpośredniego kontaktu z chorym. Mamy warunki do ambulatoryjnego leczenia osób zakażonych wirusami hepatotropowymi, takimi jak HCV.

Po wprowadzeniu skojarzonej terapii lekami bezpośrednio działającymi na cykl replikacyjny HCV – DAAs (direct acting antivirals) wirus ten okazał się bardzo łatwy w leczeniu. Terapia prowadzona przez 8 lub 12 tygodni prowadzi do eradykacji zakażenia u blisko 100% pacjentów wcześniej nieleczonych, niezależnie od genotypu HCV.

## Leki DAA czekają na pacjentów

Leczenie DAA jest stosowane w Polsce od 2014 roku, a obecną skuteczność terapii osiągnęliśmy w roku 2018, po wprowadzeniu kombinacji pangenotypowych – zestawu dwóch leków działających skutecznie na wszystkie genotypy HCV. Aktualnie stosowane terapie w programie NFZ to sofosbuwir/welpataswir oraz glekaprewir/pibrentaswir, a także lek dostępny od maja 2021 roku dla pacjentów z niepowodzeniem terapii dwulekowych: sofosbuwir/welpataswir/woksylaprewir.

Początkowo tworzyły się długie kolejki chorych, którzy chcieli otrzymać nowe terapie. Stare kuracje z zastosowaniem interferonu i rybawiryny miały skuteczność zaledwie około 50%, więc liczni pacjenci, często w zaawansowanym stadium zakażenia HCV (marskość wątroby, rak wątrobowokomórkowy, czyli HCC), starali się jak najszybciej otrzymać te nowe, które pozwalały pozbyć się wirusa.

Doskonała skuteczność terapii DAAs spowodowała szybkie wyleczenie większości pacjentów „z kolejki” i dziś żadna osoba z udokumentowanym przewlekłym zakażeniem HCV nie czeka na leczenie dłużej niż wymaga tego procedura kwalifikacji do programu lekowego NFZ, a więc do 2-3 miesięcy. Inaczej mówiąc, leki czekają na półce na pacjentów zakażonych HCV.

## Diagnostyka HCV w dobie COVID-19

Niestety, od dwóch lat, czyli od wybuchu pandemii COVID-19, diagnostyka HCV w naszym regionie prawie nie istnieje. Najczęstszą grupą pacjentów z nowo wykrytym zakażeniem tym wirusem są obecnie kobiety w ciąży (badane wg rekomendacji w 12. tygodniu ciąży), dawcy krwi czy pacjenci po COVID-19 testowani w kierunku

anty-HCV w ramach leczenia szpitalnego. Tylko nieliczna grupa to osoby badane szybkimi testami na obecność anty-HCV w programach profilaktycznych realizowanych przez jednostki szpitalne czy POZ. Brakuje powszechności testowania. Szczególnie dotyczy to osób 40+, a zwłaszcza seniorów, którzy w pandemii nie mają w ogóle szans na taką diagnostykę. Wszystko to bardzo opóźnia diagnozę i przekłada się na stan chorych.

A przecież dostępność oraz skuteczność nowych leków to szansa na wyeradykowanie zakażenia HCV z populacji świata. Wirus ten nie ma innego rezerwuaru poza człowiekiem. Jednoczesne zdiagnozowanie i wyleczenie wszystkich zakażonych to szansa na zapomnienie o tej chorobie. Niestety, nie jest to takie proste.

Większość krajów realizuje programy eliminacji zakażenia HCV. W USA opracowano program eradykacji HCV do 2030 roku. Dla Polski opracowano taki plan z perspektywą roku 2050. Jego podstawą było wykrywanie i leczenie zakażenia HCV na poziomie 5-10 tysięcy chorych rocznie. Przed pandemią COVID-19 w naszym kraju wykrywano około 3-4 tysięcy przypadków zakażenia HCV na 12 miesięcy. Zbyt mało, ale – dla porównania – w 2020 roku zgłoszono tylko 940 przypadków, a do połowy grudnia 2021 roku – 1 188. Ta dwuletnia przerwa diagnostyczna może przełożyć się na konsekwencje zdrowotne dla wielu chorych oraz odroczenie na niesprecyzowany bliżej termin programu eradykacji zakażenia HCV w Polsce.

## Przypadek pacjentki z HCV

Za przykład późnej diagnozy może posłużyć 65-letnia pacjentka skierowana do naszej poradni rok temu z powodu hipertransaminazemii (ALT do 100 U/l) i obrazu stłuszczenia wątroby w USG jamy brzusznej. Czekając w kolejce na wizytę przez kilka miesięcy. W trakcie diagnostyki stwierdziłam zakażenie HCV, w badaniu klinicznym z twardą, dużą wątrobą, w Fibroscanie potwierdzono marskość wątroby. Z powodu wzrostu alfafetoproteiny zleciłam tomografię komputerową jamy brzusznej, w której opisano małe ognisko wzmocnienia kontrastowego w wątrobie. Po wyleczeniu zakażenia HCV potwierdziliśmy w rezonansie magnetycznym jamy brzusznej raka pierwotnego wątroby. Obecnie pacjentka oczekuje na kwalifikację do przeszczepu wątroby. Tymczasem z wywiadu lekarskiego wynika, że transaminazy były u niej podwyższone od wielu lat. Niestety, nikt nie zwrócił na to uwagi.

Istnieją szczególne grupy chorych, które wymagają wykonania testu w kierunku obecności przeciwciał anty-HCV. Mowa tu o osobach z:

- przewlekłym wzrostem AST lub ALT,
- krioglobulinemią,
- zapaleniem naczyń,
- małopłytkowością immunologiczną,
- przewlekłym kłębuszkowym zapaleniem nerek (pozawątrobowe manifestacje zakażenia HCV),
- wywiadem operacji/przetoczeń krwi,
- wielokrotnymi hospitalizacjami,
- chorobami przewlekłymi, szczególnie cukrzycą,
- dodatnim wywiadem w kierunku narkomanii dożyłnej lub do nosowej,
- a także mężczyźni mający seks z mężczyznami, w tym zakażeni HIV.

Bez powszechnego testowania w kierunku HCV wszystkich pacjentów w POZ nie osiągniemy eradykacji tego zakażenia w Polsce. Warto podkreślić, że przechorowanie go nie chroni przed zakażeniem ponownym. Jedynym sposobem na eliminację HCV jest jednoczesne wyleczenie wszystkich zakażonych.

Zachęcam do korzystania z dostępnych bezpłatnych testów na obecność anty-HCV oraz do kierowania pacjentów z dodatnim testem do naszej poradni. Najlepiej z dopiskiem pilne.

**Dr n. med. Dorota Bander,**  
lekarz z poradni hepatologicznej w Szczecinie





Cezary Sierant

# XIV MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W SIATKÓWCE PLAŻOWEJ

XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce plażowej odbyły się w dniach 9–12 czerwca. Po raz kolejny gościliśmy lekarzy z całej Polski i tradycyjnie rywalizowaliśmy w czterech kategoriach: turniej open kobiet i mężczyzn, +45 mężczyzn i miksty.

Lekarze z OIL Szczecin znowu spisali się znakomicie. Wśród kobiet brązowy medal zdobyła Małgorzata Czechowska w parze z Anią Janek. Wśród mężczyzn brązowy medal zdobył Adam Kurpiak w parze z Jakubem Michalskim. W kategorii +45 srebrny medal zdobył Maciej Lewandowski w parze z Tomkiem Wawrzakiem. Złoty medal w kategorii miksty zdobył Adam Kurpiak w parze z Aleksandrą Witkoś.

Wszyscy uczestnicy podkreślali wspaniałą atmosferę i profesjonalne prowadzenie zawodów sportowych.



# XI TURNIEJ TENISOWY LEKARZY

Na kortach ziemnych Szczecińskiego Klubu Tenisowego w dniach 21–22 maja odbył się XI Turniej Tenisowy Lekarzy.

Przy niesprzyjającej aurze, część meczy z powodu deszczu przeprowadzono w hali KIA Arena Polmotor.

Gry zaplanowano w trzech kategoriach. Każdy z 23 tenisistów otrzymał koszulkę turniejową oraz medal za uczestnictwo.

Poniżej wyniki naszych zawodników.

## **Gra pojedyncza kobiet:**

1. miejsce Monika Drobek-Słowik
2. miejsce Agnieszka Giermak
3. miejsce Mariola Kąkol-Kaczmarska/ Katarzyna Strok-Brzozowska

## **Gra pojedyncza mężczyzn, kategoria +50:**

1. miejsce Roland Zwieręto
2. miejsce Paweł Szlarb
3. miejsce Dariusz Adamczyk

## **Gra pojedyncza mężczyzn, kategoria open:**

1. miejsce Mariusz Słowik
2. miejsce Remigiusz Stamirowski
3. miejsce Karol Wasilewski /Sebastian Sokotowski

**Dyrektor turnieju  
Dariusz Adamczyk**







Mieczysław Chruściel

## PIĘKNIEJSZY ŚWIAT

*Poezja nie czyni świata piękniejszym ani lepszym, bo nie czytają jej ludzie źli.*  
Wisława Szymborska

Nie wiem, czy można opiewać piękno świata w obliczu ogólnego chaosu, toczącej się opodal wojny, gwałtu, zabijania, milionów uchodźców, nieludzkich push backów, wykluczania z powodów światopoglądowych czy obyczajowych, ogólnego kryzysu wartości moralnych i warunków egzystencji. A jednak w tym złym świecie jest taka dziwna wieś. Jest to Zławieś Wielka, choć żyją tam ludzie dobrzy. Obok tej Złejwsi Wielkiej jest Zławieś Mała i jeszcze mniejsza osada – Skłudzewo. W tej kilkuzagrodowej miejscowości od ponad trzydziestu lat państwo Danuta i Wojciech Warmbierowie zachwycają się urodą świata. Przed trzydziestoma pię-



cioma laty przybyli na ten skrawek kujawsko-pomorskiej ziemi i zakochali się w niej i w sobie. Oboje są artystami malarzami i wspólnie z synami (również artystami) stworzyli Fundację Piękniejszego Świata. Zagnieździli się w opuszczonym i zaniedbanym pałacu dawnego ziemiaństwa i uczyniwszy go zdatnym do życia, otworzyli jego podwoje dla tych, którzy podobnie jak oni pragną, by świat stał się piękniejszy. Bo państwo Warmbierowie wierzą, że mimo wszystko świat jest piękny, a losy jego są w rękach, sercach i umysłach ludzi wrażliwych. Zaprosili nas więc, uznając, że malujący lekarze są w stanie dostrzec piękno tamtejszego krajobrazu i stworzyć klimat do twórczego plenerowania.

To doroczne święto palety, pędzla i płótna rozpoczęło się 18 czerwca i trwało przez dziesięć dni. Dwadzieścia pięć osób reprezentujących różne specjalizacje i większość izb lekarskich rozłożyło sztalugi pod dumnie brzmiącym szyldem XXI Ogólnopolskiego Pleneru Malujących Lekarzy. „Lepiej niech malują, niż mieliby leczyć” – mawiają prześmiewcy. Ale to nieprawda. Wśród uczestników było wiele lekarek i lekarzy cieszących się imponującym dorobkiem zawodowym i naukowym. Doskonale o tym wie Naczelna Rada Lekarska, dzięki której mamy możliwość w tych spotkaniach uczestniczyć.

Znamy się doskonale. Przez te wszystkie lata spotykamy się niemal w tym samym składzie. Zawsze pod wodzą naszego lidera – doktora Włodka Cerańskiego z Warszawy, który jest nieustrudzonym organizatorem plenerów i działań plastycznych na terenie swojej Izby. Wśród ponad setki wystawionych prac na poplenerowym wernisażu znalazły się obrazy o różnicowanej wartości artystycznej. Nie o to jednak chodzi w kulturotwórczej działalności środowiskowej. Różni jest bowiem stopień zaangażowania poszczególnych kolegów. Jedni traktują malarstwo, jako bezpiecznik przed zawodowym wypaleniem, inni uznają je za niezbędny dodatek do życia. Są wśród nas i tacy, którzy osiągnąwszy wyższy poziom wtajemniczenia, malują często i z wielką pasją. Co roku jestem uczestnikiem tej imprezy i o tej porze staram się dzielić z Czytelnikami „Vox Medici” moimi spostrzeżeniami i odczuciami. I co roku usiłuję w zaiste podobny sposób uzasadnić potrzebę jej istnienia. To smutne, że ta argumentacja jest ciągle niewystarczająca.

Barwna, fakturowa powierzchnia obrazu wywołuje niezwykle efekt: podlegając wzrokowej percepcji, wrażenia trafiają do ośrodków korowych w mózgu i na skutek tysięcy niewyobrażalnych dziś jeszcze przekształceń, fuzji i modyfikacji wywołują skojarzenie z zapamiętanym wcześniej obrazem konkretnego krajobrazu, przedmiotu czy osoby. Dlatego malarstwo realistyczne, zbliżone do fotografii, od-





działuje w sposób prosty, dając odbiorcy niewiele szans na smakowanie sensu odległych skojarzeń, tak przecież charakterystycznych dla malarstwa nieprzedstawiającego (abstrakcyjnego). Im większa swoboda twórcza, tym większy margines interpretacyjnej swobody dla odbiorcy. Dzięki pobudzeniu podkorowych ośrodków nagrody w mózgu i wydzielaniu neuromediatorów, tzw. hormonów szczęścia, odczuwamy satysfakcję i przyjemność z oglądania i kontemplacji dzieła. Póki co, nie doświadcza tego aparat fotograficzny, smartfon ani żadna sztuczna inteligencja, choć wiele z tych maszyn umie rozpoznawać twarze czy linie papilarne. Obraz nie może zatem istnieć bez relacji między twórcą i odbiorcą.

W czasie wielogodzinnych malarskich sesji, spędzonych ze sobą na refleksyjnym, wewnętrznym dialogu, zastanawiamy się nad ulotnymi wartościami rzeczy. Kiedy potem powierzamy odbiorcy nasze dzieło, oddajemy więcej niż tylko przedmiot, bo zawarty jest w nim plon naszych doświadczeń, trudu porażek i chwil zwątpienia, ale także momentów wspaniałych uniesień, czystej radości i euforii. Dzieło emanuje energią włożoną weń przez twórcę. Oddajemy je razem z kawałkiem serca i fragmentem naszego życia. Malarstwo, jako trwały element sztuki od zawsze jest wizytówką humanizmu. Jeśli przyjąć prawdziwość tej tezy, to można by odpowiedzieć wreszcie na wciąż nurtujące pytanie: „Po co komu malujący lekarze?”

Przed laty na łamach „Vox Medici” próbowałem się z nim zmierzyć, dlatego serdecznie zapraszam do lektury starych biuletynów. Są tam liczne przykłady na to, że lekarze nie tylko pracą zawodową i działalnością społeczną przyczyniają się do tego, aby mimo wszystko nasz świat stawał się piękniejszy.

Fotografie: autor





30. Mieczysław Chruściel - Pożegnanie lata, olej, płótno, 60x45 cm



**KOMISJA ds. KULTURY,  
SPORTU i REKREACJI ORL  
organizuje  
Grupę Plastyczną**



**kontakt:  
[kultura@oil.szczecin.pl](mailto:kultura@oil.szczecin.pl)  
tel. 660 782 682**

**Pamięci lek. med. spec. ftyzjatrii Aliny Ferenc  
(10.03.1930 – 28.12.2021)**



Urodziła się w Kozach k. Bielska-Białej. Ojciec Julian Roman (ur. 1898 r.), legionista z 1920 r., brał udział w wojnie polsko-bolszewickiej. Po jej zakończeniu, będąc funkcjonariuszem Policji Państwowej, zawarł związek małżeński z Walerią Skoczylas z Kóz, w którym, jako druga z trzech córek, urodziła się Alina.

Początkowo zamieszkiwali w domu rodzinnym Walerii, która przy pracującym mężu prowadziła gospodarstwo domowe. Okres wczesnego dzieciństwa uwrażliwił Alinę na niedostatek i niedożywienie dzieci (czego do 9. roku życia nie doznawała) oraz na czynienie dobra potrzebującym pomocy. Gdy wychodziła na boisko, by bawić się z rówieśnikami, brała kromki chleba posmarowane masłem i powidłami, by dawać koleżeństwu, które jadło suchy chleb. Gdy było czasem dużo bawiących się i nie wystarczało do obdzielenia wszystkich, obdarowane jądy jej kromki, odwracając w dół posmarowaną stronę, by jedzące suche im nie zazdrościły. Gdy najbliższej koleżance zmarła mama na gruźlicę, zwaną wówczas suchotami, na które wymierały całe rodziny, Alina bardzo przeżywała jej smutek i postanowiła, że będzie się dobrze uczyła, by zostać lekarzem i leczyć cierpiących na tę chorobę.

W 1938 r. ojciec awansował na stanowisko komendanta policji w Oświęcimiu, gdzie otrzymał służbowe mieszkanie przy ul. Legionów 15, do którego przeniosła się rodzina. W sobotę 2 wrze-

śnia 1939 r. po wybuchu wojny, Policja Państwowa z Oświęcimia ewakuowała się w stronę Lwowa i to był ostatni dzień rodzinnego szczęścia Aliny. W grudniu 1939 r. rodzina otrzymała karteczkę z rosyjskim nadrukiem „Polsza Pocztowa Karczka”, w której ojciec donosi, że jest w CCCP Gorod Ostaszkw Kalininskaja Obłaść skr. pocztowa nr 37. Nie mógł napisać, że jest w obozie, więc powiadomił, że jest zdrow i przypuszcza, że wkrótce zobaczy się z rodziną. Tak wszystkim jeńcom kazała pisać obozowa władza, wierząc, że niedługo wrócą do domu. Mimo wysłanych listów na powyższy adres, odpowiedzi nie było. Po wojnie rodzina ustaliła, że w dniu 20 kwietnia 1940 r. Julian Roman s. Jakuba został zamordowany w budynku NKWD w Twerze, a ciało pogrzebano we wspólnej mogile jeńców w Miednoje. Jego personalia są wymienione w książce „Katyń” (Wyd. ALFA, Warszawa 1989, str. 277).

Do marca 1941 r. Alina z siostrami, mamą oraz starszą babcią nadal mieszkały przy ul. Legionów obok koszar. Ze względu, że ulica była blisko organizowanego obozu KLG Auschwitz, deportowano je do Gorlic w Generalnej Guberni. W dniu 12 marca 1941 r. Magistrat Gorlic przyjął je na podstawie Flüchtlingsschein (poświadczenie dla uchodźcy) i skierował do odległej o 10 km wsi Kobylanka. Sołtys przydzielił im kwatery u rolnika – izdebkę 10m<sup>2</sup> z glinianą posadzką, bez ogrzewania i wody, z „WC” za stodołą. Doznały tam, po trudnej podróży, dalszej niedoli, sypiały na rozłożonej na



posadzce słomie, nakrywając się strzędami derek i głodowały. Alina ze starszą o dwa lata siostrą Lilą uzupełniały żywność zbieraniem grzybów i owoców leśnych. Lato 1941 było bardzo ciepłe, obawiały się zimy. Gdy w dniu 22 czerwca 1941 r. Niemcy napadli na ZSRR, pojawiła się możliwość powrotu w rodzinne strony. 22 sierpnia tegoż roku wyruszyły z Kobylanki pieszo, pokonując ponad 170 km, a dotarły do Kóz dopiero 5 października, gdyż musiały upatrzeć moment do nielegalnego przekroczenia granicy z G.G. do Kreis Bielitz, bo powiat bielski był włączony do Reichu. By utrzymać rodzinę mama Aliny pracowała trzymianowo w niemieckiej fabryce włókienniczej, w której po wojnie pozostała aż do czasu przejścia na emeryturę.

Alina uzupełniła szkołę podstawową w Kozach, potem w dniu 3 czerwca 1950 r. ukończyła Liceum Ogólnokształcące w Bielsku. Przy wręczaniu świadectwa wychowawczyni ostrzegła ją, by w życiorysie nie pisała, że ojciec był policjantem ani tego, w jakich okolicznościach zginął.

W 1950 r. rozpoczęła studia w PAM-ie, otrzymując 22 grudnia 1955 r. dyplom lekarski. Pozostając wierna niesieniu pomocy chorującym na gruźlicę, która w tym czasie była jeszcze największą przyczyną zgonów, poprosiła komisję przydzielającą nakazy pracy o skierowanie do szpitala chorób zakaźnych. 1 lutego 1956 r. podjęła pracę w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym, na Oddziale Gruźlicy przy ul. Arkońskiej 4 w Szczecinie. Pracowała na stanowisku młodszego asystenta, a później asystenta do końca 1962 r., a w pierwszych dniach 1963 r. rozpoczęła pracę w Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej w Wojewódzkim Zakładzie Chorób Płuc przy ul. Janosika 1/3. Mimo że nie była członkiem żadnej partii, została uhonorowana przez Radę Państwa za wzorową pracę Medalem 40-lecia Polski Ludowej oraz Medalem 40-lecia Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy Płuc Szczecin 1949-1989. Wierna przysiędze Hipokratesa by dobrze nieść pomoc pacjentom, pracowała na jednym etacie.

W 2016 r. wystąpiły poważne problemy zdrowotne. Po przebytych zawale serca dołączyła się choroba lewego błędnika, utrata słuchu, nadciśnienie, reumatyzm i utrwalone migotanie przedsionków. Gdy przestała być mobilna, skazana na wózek i specjalistyczną opiekę prosiła, by umieścić ją w Domu Opieki Salus w Komarowie k. Goleniowa. Przebywała tam od 12 sierpnia do 26 grudnia 2021 r., kiedy do przebytych chorób dołączyło zapalenie płuc, które stało się przyczyną zgonu. O godz. 16:34 dnia 28 grudnia 2021 r. odeszła do wieczności w Szpitalu w Goleniowie. Od 5 stycznia 2022 r. spoczywa na Cmentarzu Centralnym w kwaterze nr 33 C w Szczecinie.

W dniu 25 stycznia 1957 r. zawarła związek małżeński z Leonem Ferencem (1928 r.) rodząc upragnione dzieci – w grudniu 1958 r. córkę Jolantę i w czerwcu 1964 r. syna Zbigniewa.

Cześć Jej pamięci!  
Mąż z rodziną

P. S.

Poniżej wypis z „Zeszytów Historycznych Gminy Kozy – Ludzie Krajobrazy” Nr 4, str. 142, w których jest potwierdzenie realizacji dziecięcego postanowienia Aliny o niesieniu pomocy potrzebującym, co wyniosła z rodzicielskiego wychowania i ZHP, którego była członkinią od pierwszej klasy szkoły powszechnej, a później działaczką tej organizacji.

„W Oświęcimiu-Zasolu Niemcy organizują obóz koncentracyjny. Od wiosny 1940 r. trwają prace przygotowawcze w byłych koszarach, a także przy ulicy Legionów przy której mieszka Waleria Roman z córkami. Obok pracują komanda pierwszych więźniów KL Auschwitz. Mieszkańcy Zasola próbują im pomagać. Za plecami straży obozowej podrzucają chleb i odzież. To bardzo niebezpieczna akcja pomocy wymagająca odwagi i sprytu. Niezastąpione są tutaj dzieci Zasola, a wśród nich siostry Romanówny”.



„Nie umiera ten, kto żyje w pamięci.”

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

**dr. Wacława Jakubowskiego**

wyjątkowego człowieka, wieloletniego ordynatora Oddziału Chorób Płuc SPZOZ w Stargardzie, doświadczonego pulmonologa.

Najbliższym wyrazy szczerego współczucia składają członkowie Zachodniopomorskiego Oddziału PTChP



Z głębokim żalem i bólem serca zawiadamiamy o śmierci

**lek. stom. Elżbiety Boguckiej**

lat 67, która zmarła 26.06.2022 r.

Wieloletniej pracownicy 109 Szpitala Wojskowego w Szczecinie.

Polecamy Ją Panu Bogu  
Mama i Brat Marek z Rodziną



**Pani doktor Iwonie Damljanović-Wacławik**  
najszczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

**Mamy**

składa

personel Oddziału Onkologii Klinicznej  
Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie



**Doktorowi Michałowi Borowiakowi**  
wyrazy współczucia z powodu śmierci

**Taty**

składają

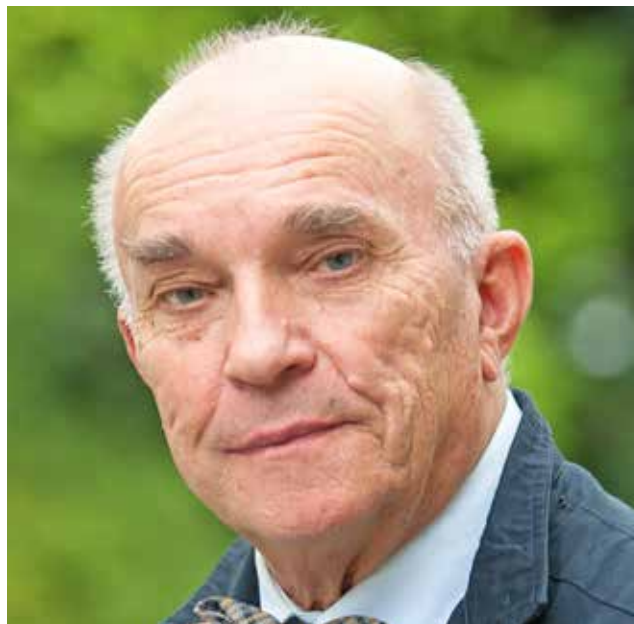
**koleżanki i koledzy**

z Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii  
i Ostrego Zatrucia SPSK-2



Maciej Mrożewski

## SPRAWOZDANIE KOMISJI HISTORYCZNEJ



W przebiegu spotkania (22 czerwca 2022 r.), zgodnie z decyzją Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie powołującej Komisję Historyczną w miejsce istniejącego uprzednio Koła Historycznego, wybrano Prezydium Komisji Historycznej w osobach:

lek. Maciej Mrożewski	– Przewodniczący Komisji,
lek. Sabina Mikée	– Wiceprzewodniczący Komisji,
dr n. med. Grzegorz Wojciechowski	– Sekretarz Komisji,
dr n. med. Joanna Nieznanowska	– członek Prezydium Komisji (sekretarz naukowy).

Tablica poświęcona pamięci uczestników Powstania Warszawskiego została wykonana i jest nadzieja, że zawiśnie na ścianie Izby przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11 w Szczecinie. Uroczystość jej odsłonięcia musi się jednak przesunąć w czasie.

Zostały zaprezentowane również tematy na kolejne spotkania Komisji (odbywają się one w trzecią środę miesiąca godz. 17:00) na najbliższe miesiące począwszy od września bieżącego roku.

Podczas spotkania dr hab. n. med. Halina Ey-Chmielewska przedstawiła sylwetkę Aleksandra Kulikowskiego (1913–1999), który był powstańcem warszawskim, profesorem stomatologii.

Aleksander Kulikowski urodził się 8 maja 1913 r. w Sengileju, w guberni sybirskiej na terenie Rosji. Pochodził z polskiej rodziny ziemiańskiej. Jako dziecko był świadkiem bestialstw rewolucji bolszewickiej. Po przyjeździe do Polski uczęszczał do szkół w Łodzi, Chyrowie i Warszawie, gdzie w 1932 r. uzyskał maturę. Przez następne cztery lata studiował w Akademii Stomatologicznej, otrzymując 12 grudnia 1937 r. dyplom lekarza dentysty. W styczniu 1938 r. rozpoczął praktykę zawodową w Klinice Chirurgii Stomatologicznej Akademii Stomatologicznej w Warszawie, kierowanej przez profesora Alfreda Meissnera. Pracował również w gimnazjum Collegium w Warszawie i w Poradni Dentystycznej w Centrum Wyszkołenia Łączności w Zegrzu. Kulikowski z uwagi na wojskową kategorię C (m.in. z racji niedowagi) został zwolniony od służby wojskowej, nie został zmobilizowany w 1939 r. W czasie okupacji praktykował prywatnie w Warszawie od września 1939 do września 1940 r.

W czasie okupacji niemieckiej we wrześniu 1940 r. padł ofiarą niemieckiej łapanki, dokonanej w odwecie za spalenie przez członków ruchu oporu magazynów wojskowych (Truppenwirtschaftslager). Ze schwytanych wówczas i przewiezionych do obozu zagłady w Oświęcimiu 10 tysięcy młodych ludzi ocaleli nieliczni. Kulikowski został zwolniony z obozu dzięki staraniom ojca i rodziny w 12 grudnia 1941 r. Od lutego 1942 do sierpnia 1944 pracował w Przychodni Dentystycznej Ośrodka Zdrowia nr 10 w Warszawie przy ul. Słowackiego (potem też przy ul. Targowej). W czasie Powstania Warszawskiego, wraz z dr. farmacji Bołdokiem, dostarczał środki narkotyczne

i udzielał pomocy rannym w blokowym punkcie sanitarnym. Po klęsce powstania znalazł się z rodziną w obozie w Pruszkowie, gdzie był leczony z powodu rany w okolicy kolanowej. W październiku 1944 objął posadę lekarza dentysty w gabinecie stomatologicznym szpitala w Tworkach. Tam pracował do lipca 1945 r.

Od listopada 1945 do listopada 1949 r. pracował w Łodzi w Klinice Protetyki Stomatologicznej. Tutaj pod kierunkiem prof. Janiny Galińskiej-Landsbergisowej obronił pracę doktorską, uzyskując stanowisko adiunkta. W grudniu 1949 r. przybył do Szczecina, do nowo tworzącej się Akademii Medycznej, gdzie wraz z dr med. Tadeuszem Karnibadem tworzyli od podstaw katedry i zakłady stomatologiczne nowo powstającego oddziału stomatologicznego Pomorskiej Akademii Medycznej. Zakład a później Katedra Protetyki Stomatologicznej była pierwszą utworzoną w 1950 r. placówką naukowo-dydaktyczną Oddziału Stomatologicznego. Dr n. med. Aleksander Kulikowski od grudnia 1949 r. do maja 1952 r. pełnił obowiązki kierownika zakładu, a następnie kierownika Katedry Protetyki Stomatologicznej Pomorskiej Akademii Medycznej, zdobywając kolejne stopnie naukowe: docenta w 1957 r., a potem profesora nadzwyczajnego w 1964 r. Dorobek naukowy profesora Kulikowskiego to dwie książki: „Krótki zarys protetyki” (1956 r.) oraz „Technika wykonywania wszczepów z metali i tworzyw sztucznych” (1962 r.) oraz 36 artykułów w czasopismach stomatologicznych m.in. „Protetyka Stomatologiczna” i „Czasopismo Stomatologiczne”. Był promotorem 10 rozpraw doktorskich i opiekunem jednej pracy habilitacyjnej oraz recenzentem co najmniej 35 prac doktorskich i 12 rozpraw habilitacyjnych. Był również superrecenzentem prac w Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej w Warszawie. Kulikowski był współzałożycielem i długoletnim przewodniczącym Oddziału Szczecińskiego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Piastował stanowisko kierownika Oddziału Stomatologicznego Pomorskiej Akademii Medycznej, był również dziekanem Wydziału Lekarskiego PAM-u. Profesor cieszył się ogromną sympatią swoich współpracowników i studentów. Jego wykłady, urozmaicone licznymi dygresjami, budziły niekłamane zainteresowanie. Za zasługi na polu organizacyjnym i naukowo-dydaktycznym otrzymał liczne odznaczenia.

W 1983 r. prof. Kulikowski przeszedł na emeryturę, ale nie rozstał się z Katedrą Protetyki Stomatologicznej, w której pracował na 1/3 etatu do 31 marca 1988 r. Stanowił on wzór lekarza-humanisty, konesera literatury pięknej, melomana muzyki poważnej, człowieka rozmyślanego w malarstwie. Zmarł 16 lutego 1999 r. Pochowany został na Cmentarzu Centralnym w Szczecinie.

Poniżej sprawozdanie z działalności prof. A. Kulikowskiego w okresie Powstania Warszawskiego. Opracowanie to sporządzone zostało na podstawie informacji podanych przez jego córkę Marię (ur. 1957),





Foto. 1. Od lewej profesorowie i doktorzy nauk medycznych, lekarze med.: Halina Ey-Chmielewska, Aleksandra Kładna, Joanna Nieznanowska, Amelia Korycka, Olimpia Sipiak, Maciej Donotek - zaproszony, Grzegorz Wojciechowski, Maciej Mrożewski, Irmina Mrożewska, Bogna Omachel-Świątnicka, Sabina Mikée, Józef Janowski, Roman Milkiewicz.



Foto. 2. Od lewej profesorowie i doktorzy nauk medycznych, lekarze med.: Halina Ey-Chmielewska, Aleksandra Kładna, Grzegorz Wojciechowski, Maciej Mrożewski, Irmina Mrożewska, Bogna Omachel-Świątnicka, Sabina Mikée, Barbara Hanak-Janowska, Józef Janowski, Roman Milkiewicz.



Foto. 3. Od lewej profesorowie i doktorzy nauk medycznych, lekarze med.: Halina Ey-Chmielewska, Aleksandra Kładna, Joanna Nieznanowska, Amelia Korycka, Olimpia Sipiak.

zamieszkałą w Holandii. Maszynopis w zasobach lek. medycyny Macieja Mrożewskiego.

#### **Sprawozdanie z działalności w okresie Powstania Warszawskiego (sierpień – wrzesień 1944 r.) prof. A. Kulikowskiego (1)**

<sup>1</sup> W dniu wybuchu powstania można było już przewidywać, że Żoliborz zostanie odcięty od reszty miasta przez silne zgrupowanie załóg niemieckich w budynkach Cytadeli, w bunkrach na Dworcu Gdańskim, w okolicy wsi Piski, i w dawnym CIWF a obecnie AWF na Bielanych oraz w Szkole Gazowej na Marymoncie. Tworzyło to szczelny pierścień obrony niemieckiej okalający dzielnicę żoliborską. Dlatego przez cały okres powstania łącznicy zmuszeni byli przedostawać się kanałami do Śródmieścia. Była to droga bardzo uciążliwa i również niebezpieczna. W tej sytuacji główne ulice przelotowe jak Mickiewicza, Stowackiego, Krasińskiego oraz plac Wilsona (obecnie Komuny Paryskiej) były pod gradem pocisków broni mechanicznej, artylerii polowej, granatników, miotaczy min oraz pojedynczych czołgów. Ponadto byliśmy atakowani z powietrza przez klucze stukasów rzucających bomby kruszące o sile 1 tony. W związku z tym służba zdrowia miała do spełnienia ważne i odpowiedzialne zadanie. Niestety, Żoliborz dysponował bardzo skromną bazą, gdyż przed wojną posiadał jedną przychodnię i parę gabinetów lekarskich. W pierwszych dniach powstania zorganizowano prowizoryczny szpital powstańcy umieszczony w budynku Sióstr Zmartwychwstańek przy ul. Krasińskiego. Następnie przeniesiony na wskutek zbombardowania do jednego z budynków przy ulicy Krechowickiej i wreszcie umieszczony w rotundzie starego fortu w parku Żeromskiego przy placu Wilsona. Niezależnie od tego niezwykle ważnym ogniwem pomocy lekarskiej

były blokowe punkty opatrunkowe. Należałem do personelu takiej placówki w spółdzielni mieszkaniowej Fenix usytuowanej przy placu Wilsona oraz przy ulicy Stowackiego oraz Mickiewicza, została ona zorganizowana w pierwszych dniach powstania, szefem jej był dr Bołdok, pracownik firmy farmaceutycznej Klawego w Warszawie. Pomieszczenia opatrunkowe mieściły się na zapleczu kotłowni wyżej wymienionej spółdzielni.

Ludność cywilna odnosiła najczęściej rany przy eksplozji pocisków, odłamki, które dawały rany szarpane, trudno gojące się, zwłaszcza, że ograniczone były możliwości dezynfekcji ran, była to jeszcze era przedpenicylinowa, dlatego posługiwano się antystreptyną, mimo to udawało się w wielu przypadkach przyjść ze skuteczną pomocą zmniejszając uczucie bólu i stan szoku. Nieocenioną pomoc dawały nam środki przeciwbólowe z morfiną włącznie, które udało się zgromadzić przed wybuchem powstania. Prócz czynności lekarskich wszyscy zdolni do pracy mężczyźni pełnili dyżury w punktach obserwacyjnych, ostrzegając dowództwo grup walczących przed wypadami z punktów oporu załóg niemieckich lub nadjeżdżającego czołgu. Poza tym wielokrotnie brałem udział w kopaniu rowów przeciwczołgowych oraz przekopów łączących poszczególne bloki i ulice. W końcowym etapie powstania przypadło nam w udziale najcięższe zadanie – odgruzowanie piwnic w niszczonych bombami lotniczymi blokach. Odgrzebanych rannych najczęściej w bardzo ciężkim stanie transportowaliśmy do szpitala w parku Żeromskiego. Po kapitulacji i wyjściu z obozu przejściowego w Pruszkowie pracowałem w szpitalu w Twórkach pod Pruszkowem, który przyjął do swoich pomieszczeń rannych z ewakuowanych w Warszawie szpitali powstańczych. W okresie tym zajmowałem się pomocą stomatologiczną dla chorych i rannych mieszkańców Warszawy oraz żołnierzy walczących w powstaniu.

<sup>1</sup> opracowanie sporządzone zostało na podstawie informacji podanych przez córkę Marię ur. 1957 r., zamieszkałą w Holandii

# **ABSOLWENCI PAM-u 1972**

*Drogie Koleżanki i Koledzy!*

Już niedługo, a dokładnie

**23 września 2022 roku o godz. 12:00,**

spotkamy się w Rektoracie Pomorskiego Uniwersytetu przy ul. Rybackiej na podniosłej uroczystości odnowienia naszych dyplomów.

My, Absolwenci Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologicznego PAM-u z roku 1972 obchodzimy 50-lecie ukończenia Akademii.

Spotykamy się przy ul. Rybackiej w „naszej Akademii”.

Myślimy, że ze wzruszeniem wejdziemy do szacownego budynku, a przy takiej okazji niejedna łezka zakręci się w oku.

Ci, którzy mieszkają w Szczecinie lub okolicach zachodzili czasami do naszej Alma Mater, ale są też tacy wśród nas, którzy nie odwiedzili jej nigdy przez 50 lat.

Uroczystość odbędzie się w dostojnej oprawie pod patronatem Jego Magnificencji Rektora prof. Bogusława Machalińskiego.

Po rozdaniu dyplomów zostaną wykonane pamiątkowe zdjęcia i będzie czas na powrót do miłych wspomnień.

Niektórzy z nas będą mieli okazję spędzić ze sobą kilka wspólnych dni, bo chętnie wraca się do historii z młodości, ale też będzie miejsce, aby opowiedzieć sobie całe życie.

A wszyscy wrócimy w swoje strony,  
niosąc ze sobą wspomnień czar.

**Lucyna Kuźnicka i Misia Kozanecka**



Komisja ds. Kształcenia Podyplomowego ORL w Szczecinie  
zaprasza serdecznie na

## KURSY I SZKOLENIA

### DLA LEKARZY:

- „ALS – Zaawansowane czynności resuscytacyjne u dorosłych/ Advanced Life Support ”  
24-25.09.2022
- „ILS – natychmiastowa pomoc w stanach zagrożenia życia/ Immediate Life Support”  
23.09.2022
- „EPALS – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci/ European Pediatric Life Support”  
08-09.10.2022
- „Kurs szczepień dla lekarzy – dwudniowy”  
12-13.10.2022
- „Kurs szczepień dla lekarzy – dwudniowy”  
30.11-01.12.2022
- „Przetaczanie krwi i jej składników – kurs specjalizacyjny jednolity”  
02-03.11.2022

### DLA LEKARZY DENTYSTÓW:

- „ILS - natychmiastowa pomoc w stanach zagrożenia życia/ Immediate Life Support”  
23.09.2022
- „Przetaczanie krwi i jej składników – kurs specjalizacyjny jednolity”  
02-03.11.2022

Szczegółowe informacje oraz formularze zgłoszeniowe dostępne na stronie:

**[www.oil.szczecin.pl](http://www.oil.szczecin.pl)**

**zakładka: konferencje/kursy/szkolenia/**



## WYNIKI ANKIETY DOTYCZĄCEJ KURSÓW DOSZKALAJĄCYCH DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW OIL W SZCZECINIE

W ankiecie wzięło udział 314 osób.

<b>LEKARZE - KURSY PROPONOWANE</b>	
Kursy z zakresu USG (np. jamy brzusznej, tętnic szyjnych, płuc, podstawy ECHO, FAST)	151
Warsztaty umiejętności praktycznych (spirometria, EKG, interpretacja RKZ, obsługa pomp infuzyjnych, kurs leczenia bólu, kurs leczenia marihuaną medyczną, kurs szycia chirurgicznego, kurs technik laparoskopowych, kurs iniekcji dostawowych, kurs z zakresu szybkich testów i możliwości diagnostycznych przy łóżku pacjenta)	129
Kursy z prawa medycznego (lekarz a spotkanie z prokuratorem, wizyta lekarza w sądzie, policja na SOR, postępowanie z pacjentem roszczeniowym, prawa lekarza w pracy i na dyżurach, prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej)	115
Kursy ALS, ILS, EPALS, NLS, ETC	108
Kurs z zakresu interpretacji obrazów RTG (np. klatka piersiowa, narząd ruchu)	107
Kursy z zakresu psychologii i umiejętności miękkich (kurs asertywności, autoprezentacji, komunikacja z pacjentem, postępowanie w wypaleniu zawodowym, kurs komunikacji z pacjentem ciężko chorym i jego rodziną, praca z dzieckiem i opiekunem w gabinecie stomatologicznym)	97
Szkolenia na symulatorach medycznych, w tym z wykorzystaniem VR	68
Inne (prowadzenie działalności gospodarczej, inwestowanie pieniędzy)	67
Interdyscyplinarne spotkania eksperckie w OIL (np. pulmonologiczno-kardiologiczne)	62
Kursy CMKP (m.in. przetaczanie krwi i jej składników, ratownictwo medyczne)	53
Kursy szczepień	26
Warsztaty interdyscyplinarne lekarsko-stomatologiczne (wytyczne leczenia przeciwkrzepliwego, zasady sanacji jamy ustnej etc.)	19
Ocena badań obrazowych stomatologicznych (RTG i TK)	13
<b>CAŁOŚĆ</b>	<b>223</b>

<b>LEKARZE DENTYŚCI - KURSY PROPONOWANE</b>	
Ocena badań obrazowych stomatologicznych (RTG i TK)	72
Warsztaty interdyscyplinarne lekarsko-stomatologiczne (wytyczne leczenia przeciwkrzepliwego, zasady sanacji jamy ustnej etc.)	67
Kursy z zakresu psychologii i umiejętności miękkich (kurs asertywności, autoprezentacji, komunikacja z pacjentem, postępowanie w wypaleniu zawodowym, kurs komunikacji z pacjentem ciężko chorym i jego rodziną, praca z dzieckiem i opiekunem w gabinecie stomatologicznym)	40
Kursy z prawa medycznego (lekarz a spotkanie z prokuratorem, wizyta lekarza w sądzie, policja na SOR, postępowanie z pacjentem roszczeniowym, prawa lekarza w pracy i na dyżurach, prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej)	41
Inne (prowadzenie działalności gospodarczej, inwestowanie pieniędzy)	28
Kursy ALS, ILS, EPALS, NLS, ETC	16
Szkolenia na symulatorach medycznych, w tym z wykorzystaniem VR	11
Interdyscyplinarne spotkania eksperckie w OIL (np. pulmonologiczno-kardiologiczne)	5
Warsztaty umiejętności praktycznych (spirometria, EKG, interpretacja RKZ, obsługa pomp infuzyjnych, kurs leczenia bólu, kurs leczenia marihuaną medyczną, kurs szycia chirurgicznego, kurs technik laparoskopowych, kurs iniekcji dostawowych, kurs z zakresu szybkich testów i możliwości diagnostycznych przy łóżku pacjenta)	5
Kurs z zakresu interpretacji obrazów RTG (np. klatka piersiowa, narząd ruchu)	3
Kursy CMKP ( m.in. przetaczanie krwi i jej składników, ratownictwo medyczne)	3
<b>CAŁOŚĆ</b>	<b>87</b>

<b>NIEOKREŚLONA PROFESJA</b>	
Kursy z zakresu USG (np. jamy brzusznej, tętnic szyjnych, płuc, podstawy ECHO, FAST)	3
Kursy z prawa medycznego (lekarz a spotkanie z prokuratorem, wizyta lekarza w sądzie, policja na SOR, postępowanie z pacjentem roszczeniowym, prawa lekarza w pracy i na dyżurach, prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej)	2
Kurs z zakresu interpretacji obrazów RTG (np. klatka piersiowa, narząd ruchu)	2
Warsztaty umiejętności praktycznych (spirometria, EKG, interpretacja RKZ, obsługa pomp infuzyjnych, kurs leczenia bólu, kurs leczenia marihuaną medyczną, kurs szycia chirurgicznego, kurs technik laparoskopowych, kurs iniekcji dostawowych, kurs z zakresu szybkich testów i możliwości diagnostycznych przy łóżku pacjenta)	2
Warsztaty interdyscyplinarne lekarsko-stomatologiczne (wytyczne leczenia przeciwkrzepliwego, zasady sanacji jamy ustnej etc.)	1
Kursy ALS, ILS, EPALS, NLS, ETC	1
Kursy z zakresu psychologii i umiejętności miękkich (kurs asertywności, autoprezentacji, komunikacja z pacjentem, postępowanie w wypaleniu zawodowym, kurs komunikacji z pacjentem ciężko chorym i jego rodziną, praca z dzieckiem i opiekunem w gabinecie stomatologicznym)	1
Interdyscyplinarne spotkania eksperckie w OIL (np. pulmonologiczno-kardiologiczne)	1
<b>CAŁOŚĆ</b>	<b>4</b>

Bardzo dziękujemy za udział w ankiecie, a także za wszystkie uwagi i inne propozycje tematów kursów.  
Zostaną one rozpatrzone przez Komisję ds. Kształcenia Podyplomowego ORL w Szczecinie.





# Bądź EKO!

NOWOCZESNOŚĆ I EKOLOGIA  
**E-wydanie**  
**„Vox Medici”**

Złóż deklarację rezygnacji  
z papierowego wydania.

**Czytaj biuletyn online.**

## UCHWAŁY OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

### **Uchwała Nr 41/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 14 czerwca 2022 r.**

w sprawie wyrażenia zgody na podpisanie umowy na redakcję techniczną, korektę językową, druk oraz dostawę do miejsca kolportażu biuletynu „Vox Medici”.

#### § 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie wyraża zgodę na zawarcie umowy **na redakcję techniczną, korektę językową, druk oraz dostawę do miejsca kolportażu biuletynu „Vox Medici”** z Remigiuszem Kowalskim i Stefanią Kowalską, prowadzącymi działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej pod nazwą REX-DRUK Remigiusz Kowalski, Stefania Kowalska, ul. Widuchowska 4, 71-718 Szczecin, NIP 850207951, REGON 005457550.

2. Umowa, o której mowa w ust. 1 obowiązować będzie do 31.12.2022 r.

#### § 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi i Skarbnikowi ORL w Szczecinie.

#### § 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

### **Uchwała Nr 42 /2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 14 czerwca 2022 r.**

w sprawie zmiany uchwały nr 29/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia 26 maja 2022 r. w sprawie ustalenia składu osobowego komisji stałych i problemowych Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji 2022–2026

#### § 1.

W uchwale Nr 29/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 26 maja 2022 r. w sprawie ustalenia składu osobowego komisji stałych i problemowych Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji 2022–2026 (dalej jako „uchwała”) wprowadza się następujące zmiany:

§ 12 otrzymuje następujące brzmienie:

Do składu Komisji Historycznej Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji 2022–2026 powołuje się niżej wymienione osoby:

Maciej Mrożewski – Przewodniczący  
Wanda Andrzejewska  
Mieczysław Chruściel  
Halina Ey-Chmielewska  
Aleksandra Kładna  
Amelia Korycka  
Ireneusz Mazurski  
Sabina Mikée

Roman Milkiewicz  
Irmína Mrożewska  
Joanna Nieznanowska  
Bogna Omachel-Świątnicka  
Renata Paliga  
Andrzej Potemkowski  
Michał Skoczylas  
Grzegorz Wojciechowski  
Stanisław Zajączek  
Olimpia Sipak-Szmigiel

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### **Uchwała Nr 43/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 14 czerwca 2022 r.**

w sprawie zmiany uchwały nr 12/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 27 kwietnia 2022 r. w sprawie wyboru Przewodniczącego Koła Seniora Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji 2022–2026

#### § 1.

W uchwale Nr 12/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 27 kwietnia 2022 r. w sprawie wyboru Przewodniczącego Koła Seniora Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji 2022–2026 (dalej jako „uchwała”) wprowadza się następujące zmiany:

§ 1 otrzymuje brzmienie:

Przewodniczącym Koła Seniora Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji 2022–2026 zostaje:  
**dr hab. n. med. Halina Ey-Chmielewska**

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### **Uchwała Nr 44/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie zaopiniowania kandydata na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej

#### § 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie opiniuje pozytywnie kandydaturę prof. dr hab. n. med. Tomasza Byrskiego do objęcia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej.

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### **Uchwała Nr 45/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie zaopiniowania kandydata na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny rodzinnej

#### § 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie opiniuje pozytywnie kandydaturę dr n. med. Wiesławy Fabian do objęcia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny rodzinnej.

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### **Uchwała Nr 46/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie zaopiniowania kandydata na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej

#### § 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie opiniuje pozytywnie kandydaturę dr n. med. Iwony Denisewicz do objęcia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### **Uchwała Nr 47/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie wyznaczenia Wiceprezesa ORL w Szczecinie do zastępowania Prezesa ORL w Szczecinie podczas jego nieobecności

#### § 1.

Do zastępowania Prezesa ORL w Szczecinie dr n. med. Michała Bulsy podczas jego nieobecności w okresie od 18.07.2022 r. do 31.07.2022 r. wyznacza się Wiceprezesa ORL w Szczecinie – dr n. med. Huberta Bogackiego.

#### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### **Uchwała Nr 48/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie zmiany uchwały nr 29/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia 26 maja 2022 r. w sprawie ustalenia składu osobowego komisji stałych i problemowych Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji 2022–2026, zmienionej uchwałą nr 42/2022/IX z 14 czerwca 2022 r.

#### § 1.

W uchwale Nr 29/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 26 maja 2022 r. w sprawie ustalenia składu osobowego komisji stałych i problemowych Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji 2022–2026, zmienionej uchwałą nr 42/2022/IX z 14 czerwca 2022 r. wprowadza się następujące zmiany:





§ 12 otrzymuje następujące brzmienie:

Do składu Komisji Historycznej Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji 2022–2026 powołuje się niżej wymienione osoby:

Maciej Mroźewski – Przewodniczący  
Wanda Andrzejewska  
Mieczysław Chruściel  
Halina Ey-Chmielewska  
Aleksandra Kładna  
Amelia Korycka  
Ireneusz Mazurski  
Sabina Mikée  
Roman Milkiewicz  
Irmína Mroźewska  
Joanna Nieznanowska  
Bogna Omachel-Świątnicka  
Renata Paliga  
Andrzej Potemkowski  
Michał Skoczylas  
Grzegorz Wojciechowski  
Stanisław Zajączek  
Olimpia Sipak-Szmigiel  
Barbara Hanak-Janowska  
Józef Janowski

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała Nr 49/2022/IX  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie  
z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie ustalenia logo Komisji Historycznej Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie

§ 1.

Przyjmuje się logo Komisji Historycznej Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2.

Traci moc uchwała nr 33/2019/VIII z 24 kwietnia 2019 r. w sprawie ustalenia logo Koła Historycznego Lekarza Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała Nr 50/2022/IX  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie  
z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie przedłużenia umowy dzierżawy pomieszczeń Klubu Remedium

§ 1.

Przedłużyć do dnia 30 września 2022 r. na dotychczasowych warunkach umowę dzierżawy pomieszczeń Klubu Remedium zawartą w dniu 31 marca 2014 r. z Panią Dominiką Dulat prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą: „Hospes Dominika Dulat” w Szczecinie.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi i Skarbnikowi ORL w Szczecinie.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

**Uchwała Nr 51/2022/IX  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie  
z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie podpisania umowy na świadczenie usług w zakresie pełnienia funkcji Inspektora Ochrony Danych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie.

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie wyraża zgodę na podpisanie z Panem Janem Kępińskim umowy na świadczenie usług w zakresie pełnienia funkcji Inspektora Ochrony Danych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi i Skarbnikowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

**Uchwała Nr 52/2022/IX  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie  
z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie wyrażenia zgody na rozwiązanie umowy o pracę za porozumieniem stron z pracownikiem biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie.

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie wyraża zgodę na rozwiązanie umowy o pracę za porozumieniem stron z dniem 15 lipca 2022 r.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

**Uchwała Nr 53/2022/IX  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie  
z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie wyrażenia zgody na przekazanie środków w wysokości 1.500.000 zł z rachunku bieżącego Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie prowadzonego w ING Bank Śląski S.A. na rachunek OKO Business prowadzony w ING Bank Śląski S.A.

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie wyraża zgodę na przekazanie środków w wysokości 1.500.000 zł z rachunku bieżącego Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie o nr:74 1050 1559 1000 0022 5989 4638 prowadzonego w ING Bank Śląski S.A. na rachunek OKO Business nr 49 1050 1559 1000 0090 3192 7875 prowadzony w ING Bank Śląski S.A.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi i Skarbnikowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

**Uchwała Nr 54/2022/IX  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie  
z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie przedłużenia umowy na świadczenie usług informatycznych na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

§ 1.

Przedłużyć do dnia 31 lipca 2022 r. umowę na świadczenie usług informatycznych na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie zawartą w dniu 1 marca 2019 r. z INFOMAN s.c. Przemysław Czuba, Sławomir Czuba z siedzibą w Szczecinie.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie i Skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie do ustalenia warunków umowy, o której mowa w § 1, w okresie jej przedłużenia.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

**Uchwała Nr 55/2022/IX  
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie  
z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy na świadczenie usług informatycznych na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

§ 1.

1. Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie wyraża zgodę na zawarcie umowy o świadczenie usług informatycznych na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie z HGTech Marcin Hińcz ul. Waleriana Łukasińskiego 16, 71-207 Szczecin, NIP 8512726193, REGON 360395940

2. Umowa, o której mowa w ust. 1 obowiązywać będzie od 01.07.2022 do 30.06.2023 r.

## § 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi i Skarbnikowi ORL w Szczecinie.

## § 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

### **Uchwała Nr 56/2022/IX**

#### **Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie udzielenia pełnomocnictwa ogólnego

Na podstawie art. 21 pkt. 2, art. 18 oraz art. 25 pkt. 10 ustawy z dnia 02 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 1342, z późn. zm.) Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie uchwała, co następuje:

## § 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie postanawia udzielić adwokatom:

Lwu Michałowi Lizakowi,  
Michałowi Stankiewiczowi,  
Piotrowi Królikowskiego,  
Ewie Hermach,

każdemu z nich indywidualnie, pełnomocnictwa do reprezentowania Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie przed sądami powszechnymi wszystkich instancji, Sądem Najwyższym, sądami administracyjnymi, organami administracji publicznej, organami egzekucyjnymi i wszelkimi innymi instytucjami i podmiotami, z prawem do udzielania pełnomocnictw substytucyjnych adwokatom i radcom prawnym (w tym także do udzielania upoważnienia do zastępowania aplikantów adwokackim) oraz prawem do odbioru wszelkiego rodzaju pism i korespondencji.

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

### **Uchwała Nr 57/2022/IX**

#### **Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie uchylenia uchwały Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej nr 37/2021/VIII z dnia 1 grudnia 2021 r. w sprawie zaopiniowania kandydata na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii zachowawczej i endodoncji

Na podstawie art. 25 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) oraz na podstawie art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 886), uchwała się, co następuje:

## § 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie uchyla uchwałę Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej nr 37/2021/VIII z dnia 1 grudnia 2021 r. w sprawie zaopiniowania kandydata na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii zachowawczej i endodoncji.

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### **Uchwała Nr 58/2022/IX**

#### **Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie zaopiniowania kandydata na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii zachowawczej i endodoncji

## § 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie opiniuje pozytywnie kandydaturę dr hab. n. med. Alicji Nowickiej do objęcia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii zachowawczej i endodoncji.

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała Nr 59/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r. w sprawie akceptacji decyzji Komisji Socjalnej Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie

## § 1.

1. Akceptuje się decyzję Komisji Socjalnej z dnia 23 czerwca 2022 r. dotyczącą:  
a) przyznania świadczenia pieniężnego po narodzinach/ adopcji dziecka w wysokości 1000,00 zł:

1. (...)

b) przyznania jednorazowego zasiłku pogrzebowego w wysokości 1500,00 zł:

1. (...)

c) przyznania zapomogi losowej:

1. (...)

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

### **Uchwała Nr 60/2022/IX**

#### **Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie akceptacji decyzji Komisji Finansowej Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie

## § 1.

Akceptuje się decyzję Komisji Finansowej ORL w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r. dot.: zwolnienia/ umorzenia składek członkowskich:

1. (...)

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

### **Uchwała Nr 61/2022/IX**

#### **Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie zmiany Uchwały nr 28/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 13 maja 2022 r. w sprawie wyboru Kolegium Redakcyjnego biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie „Vox Medici” na okres IX kadencji 2022–2026

## § 1.

W uchwale Nr 28/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 13 maja 2022 r. w sprawie wyboru Kolegium Redakcyjnego biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie „Vox Medici” na okres IX kadencji 2022–2026 wprowadza się następujące zmiany:

§ 1 otrzymuje następujące brzmienie:

Do Kolegium Redakcyjnego biuletynu „Vox Medici” na okres IX kadencji 2022–2026 powołuje się niżej wymienione osoby:  
Agnieszka Borowiec-Rybkiewicz,  
Michał Balsa  
Aleksander Matysiak  
Mieczysław Chruściel  
Julia Knop  
Marta Zabłocka

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### **Uchwała Nr 62/2022/IX**

#### **Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 23 czerwca 2022 r.**

w sprawie zmiany uchwały nr 29/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia 26 maja 2022 r. w sprawie ustalenia składu osobowego komisji stałych i problemowych Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji 2022–2026.

## § 1.

W uchwale Nr 29/2022/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 26 maja 2022 r. w sprawie ustalenia składu osobowego komisji stałych i problemowych Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji 2022–2026 wprowadza się następujące zmiany:

§ 11 otrzymuje następujące brzmienie:



## UCHWAŁY PREZYDIUM ORL

Do składu Komisji ds. Nieprawidłowości w ochronie zdrowia Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji 2022–2026 powołuje się niżej wymienione osoby:

Karol Mierzejewski – Przewodniczący  
Aleksander Matysiak  
Wojciech Witkiewicz  
Karina Wtkiewicz  
Anna Moskwa-Ziętek  
Roger Ziętek

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała Nr 63/2022/IX****Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie  
z dnia 21 lipca 2022 r.**

w sprawie dokonania przesunięć wydatków pomiędzy poszczególnymi pozycjami budżetu Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na rok 2022

## § 1.

Dokonuje się następujących przesunięć wydatków pomiędzy poszczególnymi pozycjami budżetu Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na rok 2022 w ramach całkowitej wysokości wydatków określonych w budżecie, stanowiącym załącznik nr 1 do Uchwały Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie nr 15/2022/IX-Z z dnia 26 marca 2022 r. w sprawie uchwalenia budżetu Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na 2022 rok:

W dziale: „Koszty działalności Samorządu Lekarskiego” (dział I) w części: „Koszty komisji problemowych i kół” (pkt 1.2) w pozycji: „Komisja Stomatologiczna” (1.2.1) kwotę: „230 000,00” zastępuje się kwotą: „180 000,00”

W dziale: „Koszty działalności Samorządu Lekarskiego” (dział I) w części: „Koszty komisji problemowych i kół” (pkt 1.2) w pozycji: „Komisja ds. Kształcenia Podyplomowego” (1.2.3) kwotę: „310 000,00” zastępuje się kwotą: „260 000,00”

W dziale: „Pozostałe koszty w układzie rodzajowym” (dział II) w części: „Pozostałe koszty” (pkt 9) w pozycji: „Rezerwa budżetowa” (9.2) kwotę: „77 000,00” zastępuje się kwotą: „177 000,00”

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

**Uchwała Nr 64/2022/IX****Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie  
z dnia 21 lipca 2022 r.**

w sprawie przyjęcia oferty ubezpieczeniowej TU INTER Polska S.A. dla stażystów członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

## § 1.

1. Przyjąć ofertę ubezpieczeniową INTER dla lekarzy stażystów zarejestrowanych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie przedstawioną przez TU INTER Polska S.A. w piśmie z dnia 7 lipca 2022 r., z opcją finansowania ubezpieczenia przez lekarzy stażystów.

2. Objąć ubezpieczeniem grupowym w ramach oferty, o której mowa w ust. 1, wyłącznie stażystów, którzy wypełnią deklarację przystąpienia do specjalnego programu ubezpieczeniowego „Bezpieczny Start” zawierającego Dobrowolne Ubezpieczenie OC wraz z Asystą Prawną oraz opłatą składkę ubezpieczeniową.

## § 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi i Skarbnikowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie.

## § 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

**Uchwała Nr 65/2022/IX****Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie  
z dnia 21 lipca 2022 r.**

w sprawie wyrażenia zgody na wynajęcie Sali konferencyjnej w budynku Okręgowej Izby Lekarskiej przy ul. Wieniawskiego 23 w Szczecinie.

## § 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie wyraża zgodę na wynajęcie w dniu 6 września 2022 r. w godz. 10.00–14.00 pomieszczenia Sali konferencyjnej (sala III i IV) na organizację szkolenia dla pracowników i agentów INTER POLSKA Towarzystwo Ubezpieczeniowe S.A.

Wysokość opłaty za wynajem pomieszczeń, o których mowa w ust. 1, określa się na kwotę 500,00 zł brutto.

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała Nr 66/2022/IX****Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie  
z dnia 21 lipca 2022 r.**

w sprawie udzielenia rekomendacji do kandydowania na członka Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów Naczelnej Rady Lekarskiej.

## § 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie udziela dr n. med. Ireneuszowi Mazurkiewiczowi rekomendacji do kandydowania na członka Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów Naczelnej Rady Lekarskiej.

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uchwała Nr 4/2022/IX****Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Szczecinie**

**z dnia 24 czerwca 2022 r.**

w sprawie uchylecia uchwały nr 37/2021/VIII Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia 1 grudnia 2021 r. w sprawie zaopiniowania kandydata na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii zachowawczej i endodoncji

## § 1.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie uchyla uchwałę nr 37/2021/VIII z dnia 1 grudnia 2021 r. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w sprawie zaopiniowania kandydata na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii zachowawczej i endodoncji.

**Uchwała Nr 5 /2022/IX****Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Szczecinie**

**z dnia 14 lipca 2022 r.**

w sprawie akceptacji decyzji Komisji Socjalnej Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie

## § 1.

Akceptuje się decyzję Komisji Socjalnej z dnia 07 lipca 2022 r. dotyczącą:

1. przyznania świadczenia pieniężnego po narodzinach/ adopcji dziecka w wysokości 1 000,00 zł:

1. (...)

2. przyznania jednorazowego zasiłku pogrzebowego w wysokości 1 500,00 zł:

1. (...)

3. przyznania zapomogi losowej w wysokości po 10 000,00 zł:

1. (...)

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

**Uchwała Nr 6 /2022/IX****Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Szczecinie**

**z dnia 14 lipca 2022 r.**

w sprawie uchylecia Uchwały Nr 2/2022/VIII Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 05 stycznia 2022 r. w/s zaopiniowania kandydata na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej

## § 1.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie uchyla Uchwałę Nr 2/2022/VIII Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 05 stycznia 2022 r. w/s zaopiniowania kandydata na stanowisko

# UCHWAŁY I OBWIESZCZENIA

konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej dr hab. n. med. Katarzynę Sporniak-Tutak.

## § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

### **Uchwała Nr 7 /2022/IX**

#### **Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 14 lipca 2022 r.**

w sprawie powołania komisji konkursowej do wyłonienia kandydata na stanowisko pracy ds. organizacyjno-administracyjnych w Biurze Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

## § 1.

Do wyłonienia kandydata na stanowisko pracy ds. organizacyjno-administracyjnych, powołuje się komisję konkursową w składzie:

Dr n. med. Michał Balsa – Prezes ORL w Szczecinie

Dr n. med. Hubert Bogacki – Wiceprezes ORL w Szczecinie

Lek. Aleksander Matysiak – Sekretarz ORL w Szczecinie

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Trybek – Skarbnik ORL w Szczecinie

Zawarcie umowy o pracę z wybranym przez komisję kandydatem wymaga wcześniejszej akceptacji Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie.

## § 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi i Sekretarzowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie.

## § 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

### **OBWIESZCZENIE Nr 5/2022/IX-OKW Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie z dnia 10 czerwca 2022 r.**

w sprawie wygaśnięcia mandatu Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji

Na podstawie art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1342), § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (obwieszczenie Nr 7/16/VII Prezesa NRL z dnia 14 lipca 2016 r.) oraz uchwały nr 7/2022/IX-OKW Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie z dnia 9 czerwca 2022 r. w sprawie stwierdzenia wygaśnięcia mandatu Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji, obwieszczam, co następuje:

## § 1.

Obwieszcza się wygaśnięcie uzyskanego przez lek. dent. Małgorzatę Białek mandatu Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie na okres IX kadencji.

Przewodniczący  
Okręgowej Komisji Wyborczej  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie  
dr n. med. Hubert Bogacki

### **OBWIESZCZENIE Nr 6/2022/IX-OKW Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie z dnia 29 czerwca 2022 r.**

o wynikach wyborów na Pierwszego i Drugiego Zastępcę Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie IX kadencji (2022-2026)

Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1342), oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (obwieszczenie Nr 7/16/VII Prezesa NRL z dnia 14 lipca 2016 r.), obwieszczam, co następuje:

## § 1.

W wyniku wyborów przeprowadzonych w dniu 28 czerwca 2022 r. na Pierwszego i Drugiego Zastępcę Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie IX kadencji (2022-2026):

1) Pierwszym Zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie wybrany został:

Paweł Gonerko (lek.)

2) Drugim Zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie wybrana została:

Liliana Szyszka – Sommerfeld (lek. dent.)

Przewodniczący

Okręgowej Komisji Wyborczej

Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

dr n. med. Hubert Bogacki





# Koło Seniora

***Szanowne Koleżanki i Koledzy seniorzy lekarze i lekarze dentyści!  
Terminy i tematyka spotkań Koła Seniora  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie***

**14.09.2022, godz. 16.00**

Klub Remedium, dawna siedziba OIL ul. M. Skłodowskiej-Curie 11  
Temat: Emerytura – złoty czas odpoczynku czy samotność i depresja?  
Prowadząca: Dr hab. n med. Halina Ey-Chmielewska

**12.10.2022, godz. 16.00**

Klub Remedium, dawna siedziba OIL ul. M. Skłodowskiej-Curie 11  
Temat: Postępowania spadkowe.

Prowadząca: mec. Elżbieta Konury – prezes Koła Seniorów Okręgowej Izby Radców Prawnych w Szczecinie

**Uwaga! Od listopada 2022 - zmiana godziny spotkań**

**9.11.2022, godz. 17.00**

Klub Remedium, dawna siedziba OIL ul. M. Skłodowskiej-Curie 11  
Temat: Mieczysław Chruściel – malarz lekarzy  
Prowadzący: dr n med. Mieczysław Chruściel

**14.12.2022, godz. 17.00**

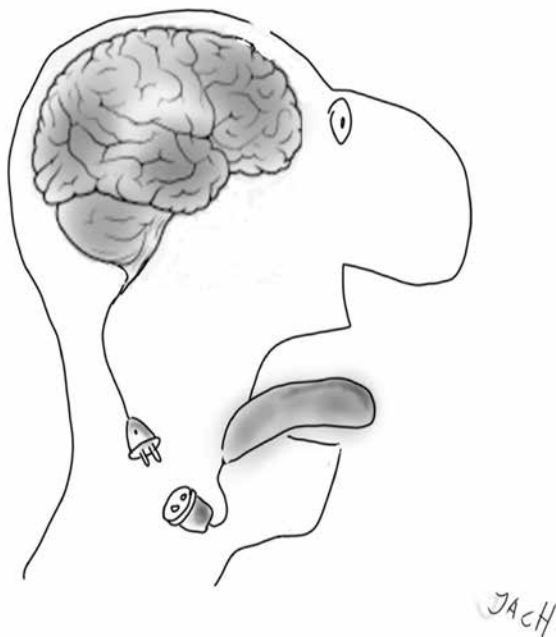
Klub Remedium, dawna siedziba OIL ul. M. Skłodowskiej-Curie 11  
Wigilia u seniorów

Przewodnicząca Koła Seniorów OIL w Szczecinie  
Dr hab. n med. Halina Ey-Chmielewska



# W OKULARACH JACHA

Sprawdź czy masz połączenie zanim coś powiesz !



-Palne. -Niepalne  
Segregacja odpadów w 2022





FACEBOOK  
TWITTER  
INSTAGRAM  
LINKEDIN

**TAM NAS ZNAJDZIESZ!  
OIL SZCZECIN**

---



## OGŁOSZENIA

Nowy, nieużywany lokal 50 m<sup>2</sup>  
w Szczecinie-Kijewie wynajmę.

Lokal jest wykończony pod  
działalność stomatologiczną  
(2 stanowiska) lub lekarską.

Tel. 600 611 768

Nowe Centrum Medyczne „Piokamed”  
w Szczecinie zaprasza do współpracy lekarzy  
specjalistów, pielęgniarki i położne:  
kontakt@piokamed.pl”

Niemieckie szpitale w pobliżu polskiej granicy. Interna, chirurgia,  
geriatria. Możliwość specjalizacji. Bardzo dobre warunki płacowe.  
665 285 669, jarozmus@yahoo.de

## CZYTELNICZKO, CZYTELNIKU!

Zwracamy się z prośbą o aktualizację  
informacji teleadresowych.

Prosimy o wysłanie zmian, zweryfikowanych  
przez profil zaufany, drogą mailową  
na adres biura OIL w Szczecinie:

**biuro@oil.szczecin.pl**

lub o wypełnienie formularza zgłoszeniowego,  
który jest na stronie www OIL w zakładce:

**Załatw sprawy**

i wysłanie go pocztą na adres  
biura OIL w Szczecinie.

<https://www.oil.szczecin.pl/arttykul/zalatw-sprawy/oswiadczenie-dot-aktualizacji-danych-kontaktowych-zamieszczanych>

# VOX MEDICI

Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie  
CENNIK OGŁOSZEŃ

Wielkość Miejsce	Cała strona	Moduł 1/2 strony	Moduł 1/3 strony	Moduł 1/4 strony
IV okładka	2000 zł	–	–	–
II i III okładka	1600 zł	–	–	–
Strona wewnętrzna	900 zł	500 zł	400 zł	300 zł

### Zniżki za ilość powtórzeń na okładkach i za ogłoszenia modułowe do 1/4 strony

2 powtórzenia	5%
3 powtórzenia	10%
4 powtórzenia	15%
5 powtórzeń	20%
6 powtórzeń	22%
umowa na minimum 20 wydań	cena negocjowana

### Ogłoszenia drobne WEWNĄTRZ NUMERU

Nekrologi, wspomnienia o lekarzach	bezpłatnie
Praca dla lekarza do 20 słów (dla członków OIL w Szczecinie)	bezpłatnie
Ogłoszenia drobne do 20 słów bez ramki	50 zł
Ogłoszenia w ramce	
moduł 1/16 strony (bez koloru)	100 zł
moduł 1/16 strony (kolor)	125 zł
moduł 1/8 strony (bez koloru)	170 zł
moduł 1/8 strony (kolor)	200 zł
Dołączenie płyty CD do wydania	do uzgodnienia
Insert dołączony do wydania (wykonany we własnym zakresie i dostarczony do miejsca kolportażu, min. 500 szt.)	
C-6 1/4 kartki	0,60 zł
C-5 1/2 kartki	0,80 zł
C-4 cała kartka	1 zł

Wszelkich informacji dotyczących ogłoszeń udziela sekretariat redakcji –  
tel. 91 487 49 36, w. 5

Ogłoszenia prosimy przysyłać na adres e-mail: [voxmedici@oil.szczecin.pl](mailto:voxmedici@oil.szczecin.pl)







**PREZES ORL**  
Michał Bulsa

**RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ**  
Marek Rybkiewicz

**WICEPREZESI ORL**  
Jacek Bujko,  
Hubert Bogacki,  
Halina Ey-Chmielewska

**Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie**  
ul. Wieniawskiego 23  
71-130 Szczecin

tel.: 91 487 49 36 (centrala)  
tel.: 91 487 37 24 (centrala)  
tel.: 91 487 48 98 (centrala)  
e-mail: [biuro@oil.szczecin.pl](mailto:biuro@oil.szczecin.pl)  
[www.oil.szczecin.pl](http://www.oil.szczecin.pl)  
facebookb: <https://www.facebook.com/oilwszczecinie/>  
ING Bank Śląski, nr konta: **74 1050 1559 1000 0022 5989 4638**

**GODZINY PRACY BIURA:**

**BIURO**  
poniedziałek: 8.00–16.00/ wtorek: 7.30–15.30/ środa: 7.30–15.30  
czwartek: 8.00–16.00/ piątek: 7.30–15.30

**DYREKTOR**  
mgr Anna Kotek

**SEKRETARIAT**  
mgr inż. Marta Mielcarek  
centrala, w. 1  
fax 91 487 75 61  
poniedziałek, czwartek: 8.00–16.00/ wtorek, środa, piątek: 7.30–15.30

**OKRĘGOWY REJESTR LEKARZY**  
(Prawa Wykonywania Zawodu)  
mgr inż. Lidia Borkowska  
centrala, w. 3

mgr Agata Baranowska  
centrala, w. 4  
poniedziałek, czwartek: 8.00–16.00/ wtorek, środa: 7.30–15.30/ piątek: NIECZYNNE

**REJESTR INDYWIDUALNYCH PRAKTYK LEKARSKICH**  
Sylwia Krzysztofik  
centrala, w. 2  
poniedziałek, czwartek: 8.00–16.00/ wtorek, środa: 7.30–15.30/ piątek: NIECZYNNE

**BIURO OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ,**  
**KOMISJA BIOETYCZNA**  
mgr Paulina Hajdukiewicz  
mgr Szymon Paciorek  
centrala, w. 6  
poniedziałek, czwartek: 8.00–16.00/ wtorek, środa, piątek: 7.30–15.30

„VOX MEDICI”, KONFERENCJE/SZKOLENIA, IMPREZY KULTURALNO-SPORTOWE  
centrala, w. 1  
poniedziałek, czwartek: 8.00–16.00/ wtorek, środa, piątek: 7.30–15.30

**REJESTR PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE,**  
**KOŁO SENIORA**  
**KOMISJA STOMATOLOGICZNA**  
Joanna Szawarejko  
centrala, w. 0  
poniedziałek, czwartek: 8.00–16.00/ wtorek, środa, piątek: 7.30–15.30

**BIURO OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO**  
mgr Agnieszka Falkowska  
centrala, w. 9  
Przyjęcia interesantów: poniedziałek, wtorek, środa, czwartek, piątek: 9.30–15.00

**KSIEGOWOŚĆ, KASA, WINDYKACJA SKŁADEK**  
mgr Małgorzata Amanowicz  
centrala, w. 8  
mgr inż. Marta Mielcarek  
centrala, w. 1  
poniedziałek, czwartek: 10.30–16.00/ wtorek, środa: 10.30–15.30/ piątek: NIECZYNNE

**KOLEGIUM REDAKCYJNE**

Jacek Bujko – Redaktor Naczelny  
Agnieszka Borowiec-Rybkiewicz  
Michał Bulsa  
Aleksander Matysiak  
Mieczysław Chruściel  
Julia Knop

**SEKRETARZ REDAKCJI**

Marta Zabłocka

**ZDJĘCIA NA OKŁADCE**

Materiał własny OIL w Szczecinie

**OPRACOWANIE GRAFICZNE, SKŁAD I DRUK**

**REXDRUK**  
Widuchowska 4, 71-718 Szczecin  
tel. +48 91 428 11 11  
e-mail: [info@rex24.eu](mailto:info@rex24.eu)  
[www.rex24.eu](http://www.rex24.eu)

**UWAGA!**

Reklamy przyjmujemy wyłącznie w formatach TIFF lub PDF, kolorystyka CMYK, minimalna rozdzielczość zdjęć 300 dpi, czcionki zamienione na krzywe, spad po 3 mm z każdej strony (nie dotyczy ogłoszeń ramkowych), wielkość zgodna z zamówionym modulem. Redakcja ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń. Sekretariat nie przygotowuje tekstów do publikacji. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i adustacji nadesłanych tekstów. Nie gwarantujemy publikacji materiałów, które nie zostały zamówione. Przedruk artykułów oraz wykorzystywanie zdjęć za zgodą redakcji. Redakcja musi być powiadomiona o nadesłaniu materiałów zamieszczonych w innych publikacjach.

**HARMONOGRAM PRZYJMOWANIA MATERIAŁÓW**

**I WYSYŁKI NAJBLIŻSZEGO WYDANIA VOX MEDICI**  
„Vox Medici” październik–listopad (2022 – 05/257)  
ostateczny termin nadsyłania materiałów 26.09.2022 r.  
wysyłka do odbiorców 31.10.2022 r.

**DANE DO OPŁACENIA SKŁADEK**

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie  
ul. Wieniawskiego 23, 71-130 Szczecin  
**WPŁAT SKŁADEK NALEŻY DOKONYWAĆ**  
**NA INDYWIDUALNE KONTA BANKOWE PRZYPISANE**  
**KAŻDEMU LEKARZOWI/ LEKARZOWI DENTYSTYCE WG NR PWZ**  
GENERATOR NUMERÓW KONT ZNAJDUJE SIĘ NA STRONIE  
INTERNETOWEJ OIL  
[WWW.OIL.SZCZECIN.PL](http://WWW.OIL.SZCZECIN.PL)  
W ZAKŁADCE SKŁADKI/KONTA INDYWIDUALNE

# Chcesz rozruszać całą rodzinę?

Dobierz karty dodatkowe według indywidualnych potrzeb:



**MultiSport Plus, MultiSport Classic, MultiSport Light**

**sprawdź cenę**

1 karta dla osoby towarzyszącej powyżej 15 r.ż. z oferty kart podstawowych



**MultiSport Kids MultiSport Kids Aqua**

**sprawdź cenę**

Karty dla dzieci do 15 r.ż.



**MultiSport Student**

**sprawdź cenę**

karta dla uczniów i studentów 16-26 r.ż.



**MultiSport Senior**

**sprawdź cenę**

max. 2 karty dla seniorów 60 plus

## Dołącz do Programu już teraz!

SERDECZNIE ZAPRASZAMY !!!!!!!

Dokładne opisy kart, regulamin korzystania oraz szczegóły Programu znajdziesz na:

**[www.kartamultisport.pl](http://www.kartamultisport.pl)**

Infolinia: 22 242 42 42

[infolinia@benefitsystems.pl](mailto:infolinia@benefitsystems.pl)

**MultiSport**

# Żyj na sportowo!

**Nowa oferta  
MultiSport dla  
Okręgowej Izby  
Lekarskiej w Szczecinie**



**MultiSport Light**  
**nowa cena !!!**

dostęp do 2400 obiektów

wejście 8 razy w mies.

25 różnych aktywności sportowych



**MultiSport Classic**  
**nowa cena !!!**

dostęp do 2500 obiektów

wejście raz dziennie

25 różnych aktywności sportowych

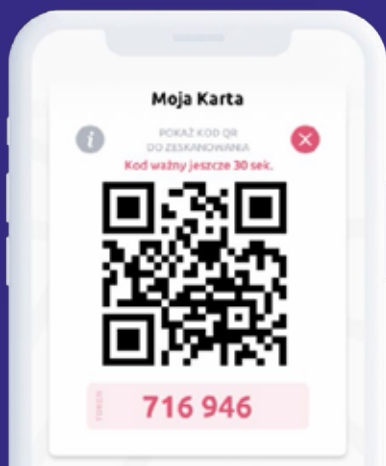


**MultiSport Plus**  
**nowa cena !!!**

dostęp do 4500 obiektów

nielimitowane wejścia

25 różnych aktywności sportowych



## Aktywnie i wygodnie!

Używaj karty tradycyjnej lub elektronicznej w aplikacji mobilnej MultiSport.



# 30

## Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych

### EXPO ŁÓDŹ, 22-24.09.2022

Wystawa i aż dwa programy edukacyjne na 30-lecie CEDE!

zarejestruj się na [www.cede.pl](http://www.cede.pl)

[cede.pl](http://cede.pl)



### Forum CEDE Dental Challenge



Dr n. med.  
Bartosz Suliborski



Dr Adam Eisner



Dr Radi Masri

Stomatologia estetyczna: Przegląd nowości w zakresie uzupełnień pełnoceramicznych. | [Dr Adam Eisner](#)

Współczesne leczenie z zastosowaniem implantów stomatologicznych: Cyfrowy proces postępowania klinicznego i komplikacje. | [Dr Radi Masri](#)

Praktyczne wskazówki ułatwiające leczenie protetyczne, zwiększające jego przewidywalność i opłacalność. | [Dr Carl F. Driscoll](#)

Perypetie związane z terapią implantologiczną. | [Dr Sylvan Feldman](#)

Endodoncja kliniczna dla stomatologa zachowawczego. | [Dr Bradley A. Trattner](#)

Określanie ryzyka wystąpienia peri-implantitis u pacjenta. | [Dr Harlan J. Shiau](#)



Dr Carl  
F. Driscoll



Dr Bradley  
A. Trattner



Dr Sylvan  
Feldman



Dr Harlan  
J. Shiau



Prof. dr hab.  
Mariusz Lipski



Dr n. med. Maciej  
Kuźmiński

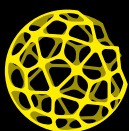
SEMINARIUM: Zachowanie zębów: Regeneracja przyzębia w praktyce klinicznej | [Dr Harlan J. Shiau](#)

Trudne leczenie endodontyczne: szeroki otwór wierzchołkowy, niegojąca się zmiana zapalna, perforacja, zobliterowany kanał korzeniowy. | [Prof. dr hab. Mariusz Lipski](#)

Powikłania w leczeniu endodontycznym. Jak ich unikać i jak rozwiązać problem. | [Dr n. med. Maciej Kuźmiński](#)

WARSZTAT: Użycie mikroskopu i maszynowe opracowanie kanałów. Kurs podstawowy. | [Dr n. med. Maciej Kuźmiński](#)

WARSZTAT: Powtórne leczenie endodontyczne pod mikroskopem. Kurs zaawansowany. | [Dr n. med. Maciej Kuźmiński](#)



### FORUM CYFROWE BE DIGITAL

SMART DENTISTRY | 22-24.09.2022

[forumbedigital.pl](http://forumbedigital.pl)



W programie m.in.:

Technologie przyrostowe w cyfrowej stomatologii. Trendy technologiczne oraz aktualne możliwości druku 3D. [CadXpert](#)

Pozyskiwanie idealnego położenia implantów w kości za pomocą PIC Dental. [Natrodent](#)

Skaner wewnętrzny w protetyce i implantoprotetyce. [Optident](#)

Encode 2.0 – jak z pomocą wielofunkcyjnej śruby gojącej poprawić estetykę i skrócić liczbę wizyt pacjenta? [Silesia Dental](#)

Prace przykręcane (mosty, belki, łączniki indywidualne) z przekierowanym kanałem śruby. [Zfx Wrocław](#)

Zastosowanie implantów indywidualnych u pacjentów ze znacznym ubytkiem kości. [INTEGRA IMPLANTS](#)

Performance Powder for additive manufacturing in Med-Tech. [S&S Scheftner GmbH](#)

Pełno-konturowe rekonstrukcje wsparte na implantach z wykorzystaniem cyfrowego protokołu 3Shape. [3Shape](#)

Cyfrowy protokół pracy – przypadek implantoprotetyczny na belce podwójnie przykręcanej. [Zirkonzahn](#)

Cyfrowy know-how. Od skanu do finalnego uzupełnienia. [MeditranS](#)

Rozległe struktury monolityczne z tlenku cyrkonu zaprojektowane na skanie wewnętrznym. [HOL-DENTAL DEPOT \(sesja PTTD\)](#)

Cyfrowe protezy – technologiczna rewolucja w laboratorium i gabinecie stomatologicznym. [Ivoclar \(sesja PTTD\)](#)

„HYBRID WORKFLOW” – o nowych możliwościach oprogramowania do CAD/CAM. [Mikran](#)

Next step. Wykonywanie prac protetycznych w gabinecie w oparciu o skaner wewnętrzny. [Dentsply Sirona](#)