

**SAMORZĄD:** Fundusz pomocowy do walki z koronawirusem



# GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB  
LEKARSKICH

04 | 2020

## NA PIERWSZEJ LINII FRONTU

ROZMOWA Z JACKIEM GÓRNYM  
KIEROWNIKIEM SOR SZPITALA  
IM. J. STRUSIA W POZNANIU

## RADA EUROPEJSKICH LEKARZY DENTYSTÓW O COVID-19



### ■ Temat numeru

RZĄDOWY MAJSTERSZTYK

### ■ Ukarany tylko w UK

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

### ■ Wybory prezydenckie

CO OBIECUJĄ KANDYDACI?

Raport specjalny

# WALKA Z SARS-COV-2 JEST CORAZ TRUDNIEJSZA



# 42

## ODONTOLOGIA SĄDOWA

Identyfikacja na podstawie śladów ugryzień i uzębienia.



STR. 11

# 54

## ROZMOWA Z PROF. FRANCYSZKIEM KOKOTEM

„Niekiedy brakuje w organizmie enzymów, żeby zazdrość rozłożyć. Nie przejmowałem się tym. Człowiek, który nie ma wrogów, nie jest nic wart”.



STR. 13



STR. 22

# Spis treści

Kwiecień 04/2020

### SAMORZĄD

- 4 | Kiedy zdejmie się maski...
- 6 | List prezesa NRL do lekarzy i lekarzy dentyistów
- 24 | Wspólnota w działaniu
- 26 | Bycie biegłym to obciążenie

### RAPORT SPECJALNY

- 8 | Konkretów brak
- 9 | Pismo do premiera
- 10 | Wszystko zaczęło się w Chinach
- 11 | Walka z SARS-CoV-2 jest coraz trudniejsza
- 14 | Depesza z Europy
- 16 | Lekarze umierają, bo nie mają ochrony
- 17 | Na pierwszej linii frontu
- 20 | Zaraźliwe to jest
- 22 | Walka izb o bezpieczeństwo pacjentów i lekarzy

### TEMAT NUMERU

- 28 | Doskonalenie i umiejętności
- 29 | Majstersztyk
- 32 | W pół drogi?

### PRAWO I MEDYCyna

- 34 | Staż tylko w formie wolontariatu?
- 36 | Kto zapłaci resztę pieniędzy?
- 38 | Ukarany tylko w UK
- 39 | Praca lekarza w ramach tzw. ulgi na start

### PRAKTYKA LEKARSKA

- 40 | Przed szczytem
- 42 | Powiedz mi, kim jesteś
- 46 | Reagujemy na bieżąco lub wyprzedzająco
- 48 | Obietnice na stół

- 51 | Za darmo czy po 5 zł?
- 52 | Pacjent w sieci
- 54 | Nie czuję się geniuszem
- 57 | Kiedy wielolekowość staje się problemem?
- 58 | Co zrobić, żeby się chciało? (cz. II)
- 61 | Infekcje a rak
- 62 | Recepta na ruch
- 64 | Od Trzybka do COVID-19

### POGODZINACH

- 66 | Wymierająca specjalizacja
- 67 | Telewizja na zdrowie!
- 68 | Na lęk
- 70 | Punkt oparcia
- 72 | Sport
- 74 | Kultura
- 76 | Zjazdy koleżeńskie
- 78 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

## Z SOBIESKIEGO 110

# Kiedy zdejmie się maski...

I stało się! Zapowiadane przed kilkunastu laty nadejście globalnej pandemii, które lokowano w sferze science fiction, dziś jest rzeczywistością. W brutalny sposób obnażona została mizéria ochrony zdrowia w Polsce. Będzie ona jeszcze większa, bo po walce z koronawirusem wyjdziemy poturbowani, ze zdemolowanym systemem publicznych usług zdrowotnych.

**D**ziś o tym jeszcze nikt nie myśli, bo zgodnie z zawołaniem „wszystkie ręce na pokład” jest pełna mobilizacja. Lekarze i cały personel medyczny stają na wysokości zadania i dzielnie, często nie bacząc na zagrożenie zdrowia i życia, pełnią swoją misję. Należą im się za to słowa najwyższego uznania.

Jak to w sytuacjach kryzysowych, wiele dowiadujemy się o sobie. Ujawniają się postawy godne i szlachetne, ale i ludzka małość – spekulacje, chęć zarobienia na nieszczęściu, wyszarpięcia, gdzie się da i ile się da... Jest też wiele budujących przykładów. Spontanicznie organizowane społeczne akcje chociażby lokalnych restauratorów czy firm gastronomicznych dostarczających za darmo posiłki dla lekarzy, pielęgniarek, laborantów czy sanitariuszy. To piękne gesty, które świadczą o sympatii, szacunku i uznaniu dla medyków. Jest więcej niż pewne, że ofiarność i zaangażowanie lekarzy w walce z epidemią przełożą się na poprawę wizerunku naszego środowiska w opinii społecznej. W opublikowanych w końcu ub.r. badaniach CBOS na temat najbardziej

poważanych zawodów, lekarz znalazł się dopiero na szóstej pozycji – za strażakiem – miejsce pierwsze, i kolejno: pielęgniarką, robotnikiem wykwalifikowanym, górnikiem i profesorem uniwersytetu.

Pokrzepiające są informacje o pozytywnym odzewie studentów medycyny, którzy licznie odpowiadają na apele i jako wolontariusze włączają się do pomocy na zapleczu „frontu walki”. Skuteczna okazała się akcja #zostanwdomu. Ruszyła pomoc sąsiedzka. Samoorganizacja społeczna, która w naszym kraju ma piękne tradycje, i tym razem ożyła.

Pospolitym ruszeniem epidemii nie zwalczymy, choć na pewno wyjdziemy z tego doświadczenia jako społeczeństwo mądrzejsi. Nasi współobywatele przechodzą szybki kurs (czasem jest to powtórka, czasem pierwsza lekcja) podstawowych zasad higieny, odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne swoje i swoich bliskich, zaczynają rozumieć, czym jest zdrowie publiczne. Chyba się uodporniają na antyszczepionkowe hasła. Wszyscy przechodzimy też ekspresowe praktyczne szkolenie, czym jest telemedycyna i jakie są jej zalety.

Jednocześnie przekonujemy się, że nasza infrastruktura teleinformatyczna nie wytrzymuje gwałtownego wzrostu obciążenia sieci, kiedy nagle na dużą skalę ruszyła telepraca, szkoły i uczelnie przechodzą na kursy online, a do tego jeszcze medycyna (po stronie i lekarzy, i pacjentów nie do końca oswojonych z wirtualną formą) też, gdzie się da, ma zagościć w sieci.

Państwo przechodzi test sprawności i gotowości do funkcjonowania w sytuacji kryzysowej. Czas na pełną ocenę nadejdzie. Teraz opieramy się na wycinkowych obserwacjach i doświadczeniach, a także opiniach „od ściany do ściany”.

“

**Państwo przechodzi test sprawności i gotowości do funkcjonowania w sytuacji kryzysowej.**



## Teraz my też koncentrujemy się na tym, co pilne i ważne, czyli zwalczaniu wirusa i jego skutków. Sygnalizujemy, apelujemy, alarmujemy. Zdziwia nas i bulwersuje brak odzewu i reakcji ze strony władz państwowych.

Trudno nie docenić starań i zaangażowania osób odpowiedzialnych za zarządzanie tą sytuacją na każdym szczeblu. Z ludzkiego punktu widzenia nietrudno sobie wyobrazić, pod jak silną presją psychiczną i fizyczną działają. Można też sobie zadać pytanie, na jak długo tych sił wystarczy. To samo pytanie zadajemy sobie codziennie w naszych szpitalach, przychodniach, laboratoriach. Jak długo wytrzymamy? Pytanie to brzmi tym bardziej dramatycznie, że nie odnosi się ono tylko do fizycznego zmęczenia, ale do obaw o bezpieczeństwo własne, współpracowników i najbliższych. Lekarze, jak i inne zawody medyczne, biją na alarm, że brakuje środków zabezpieczenia osobistego, jest za mało testów, brakuje spójnych procedur i koordynacji. Mają więc prawo zapytać: „Czy dobrze zarządza się tym kryzysem, czy byliśmy do niego przygotowani?”. Co do tego można mieć wątpliwości. Na pewno nie można było przygotować się na ten konkretny atak, ale widzimy, że teraz z całą mocą ujawniają się słabości organizacyjne i wszelkie zaniedbania, jakie od lat trapią system ochrony zdrowia w Polsce.

Wcześniej czy później z epidemią sobie poradzimy. Dziś jednak ci, którzy są blisko pacjentów – tak jak my, widzą, że system wyjdzie z tej walki mocno pokieroszony. Obecnie wszystko jest podporządkowane uporaniu się z epidemią. A z pola widzenia traci się innych pacjentów, którzy też potrzebują pomocy, ponieważ mają choroby przewlekłe, zdarzają się stany nagłe wymagające szybkiej i pilnej interwencji, czasem są to dolegliwości kwalifikujące się do opieki ambulatoryjnej, stomatologicznej itp. Nie wszystko da się załatwić dzięki telemedycynie, a bez odpowiednich zabezpieczeń udzielanie pomocy pacjentom jest groźne i dla nich, i dla personelu medycznego, w tym lekarzy. Co się stanie, kiedy nas zdziesiątkuje choroba czy kwarantanna? Co się stanie, gdy w opiece specjalistycznej, diagnostyce, szpitalnictwie, rehabilitacji trzeba będzie nadrobić zaległości? Jak długie kolejki społeczeństwo zniesie? Jaki

poziom nierówności w dostępie do leczenia jeszcze jest w stanie zaakceptować?

Teraz my też koncentrujemy się na tym, co pilne i ważne, czyli zwalczaniu wirusa i jego skutków. Sygnalizujemy, apelujemy, alarmujemy („Gazeta Lekarska” opisuje to szeroko w raporcie specjalnym na dalszych stronach). Zdziwia nas i bulwersuje brak odzewu i reakcji ze strony władz państwowych. Czy to wynik psychicznej blokady na zewnętrzne sygnały, wynikający z kryzysowej presji, czy też efekt zamknięcia w bańce informacyjnej? Nie potrafimy odpowiedzieć. Nie potrafimy też zrozumieć braku odzewu na ofertę pomocy polegającej na wejściu do zespołów zarządzania kryzysowego na poziomie rządowym i wojewódzkim przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej i okręgowych izb lekarskich. Byłby to idealny sposób na przyspieszenie wymiany informacji, udrożnienie kanałów komunikacji, dotarcie najkrótszą drogą do lekarzy, czyli poprzez samorząd. Nasza wyciągnięta pomocna dłoń zawisła w powietrzu. Mam nadzieję, że premier, do którego skierowałem naszą inicjatywę, jednak się zreflektuje i odpowie pozytywnie. Stoimy przecież po tej samej stronie barykady, a przeciwnika mamy wspólnego – epidemię.

My, lekarze, robimy swoje. Jesteśmy przy pacjentach. Bierzemy sprawy w swoje ręce i organizujemy środowiskową pomoc. Stworzyliśmy specjalny fundusz, z którego środki mają trafić do lekarzy (szczegóły znajdują się w opublikowanym na kolejnej stronie liście). Ale samoorganizacja nie wystarczy.

Przyjdzie czas, kiedy trzeba będzie zdjąć maski i na poepidemicznym pobjowisku nie tyle odbudować, ile zbudować sprawny system ochrony zdrowia. Jestem przekonany, że po obecnym doświadczeniu społeczne oczekiwanie zmian i przyzwolenie na nie będzie jeszcze większe niż dotychczas. Pytanie tylko, czy w szufladach są gotowe projekty? Czy znów zaczniemy od debat? Czy znajdą się odważni politycy, by zmierzyć się z tym cywilizacyjnym wyzwaniem? Czy będą woleli pójść po linii najmniejszego oporu, dając do ręki kolejne „setki plus”, zamiast podjąć się dużo trudniejszego zadania – zorganizowania sprawnego systemu usług publicznych. Będzie to karkołomne przedsięwzięcie, ponieważ czasy koniunktury gospodarczej są za nami i straciliśmy poduszkę finansową, by zacząć budować nowoczesny, wydolny i sprawiedliwy system zaspokajający jedną z podstawowych potrzeb człowieka – poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. ■

## List Prezesa NRL

### Koleżanki i Koledzy,

z satysfakcją i ogromną radością przyjąłem fakt, że moja inicjatywa stworzenia w NIL funduszu pomocowego dla lekarzy i lekarzy dentyistów spotkała się z pełną aprobatą. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, po długiej i niezwykle konstruktywnej debacie, 19 marca br. w późnych godzinach wieczornych przyjęło uchwałę o utworzeniu funduszu przeznaczonego na wsparcie finansowe dla lekarzy i lekarzy dentyistów oraz ich rodzin.

Fundusz na startie dysponować będzie kwotą 3,3 mln zł. Złoży się na nią 2 mln zł pochodzące z części środków zarezerwowanych na nową siedzibę NIL. Jak wiecie, znaleźliśmy bardzo oszczędne rozwiązanie i dzięki temu mogliśmy dokonać przesunięcia na cele wsparcia naszych Koleżanek i Kolegów w obecnej sytuacji epidemicznej. Kwota 1,3 mln zł pochodzić będzie z odpisu składki za marzec przekazywanej do Naczelnej Izby Lekarskiej przez okręgowe izby lekarskie. Te pieniądze będą wracać do lekarzy!

Fundusz jest dowodem naszego solidaryzmu środowiskowego i izbowego w tym trudnym czasie.

O jego rozdysponowanie, tak aby pomoc trafiała do najbardziej potrzebujących, zadba specjalny zespół.

Fundusz może być wspierany przez donatorów. Miło mi zakomunikować, że mamy już pierwszego. Jest to Fundacja Dominiki Kulczyk. Z radością przyjąłem informację, że usilne starania moje oraz Kolegów – Pawła Czekalskiego i Tomasza Karaudy, zakończyły się sukcesem. Zapadła decyzja Fundacji Dominiki Kulczyk o przekazaniu 20 mln zł na wsparcie walki z koronawirusem. Kwota ta zasilą nasz powstały fundusz i ma być przeznaczona na zakup sprzętu do diagnostyki genetycznej real time PCR w celu wykrycia zakażenia koronawirusem, a także na ekwipunek ochronny dla personelu medycznego (maski z filtrem N95, kombinezony ochronne oraz środki antyseptyczne).

Wszystkich nas cieszy ten gest solidarności z lekarzami w walce z zagrożeniem, jakim jest epidemia.

Oznacza to realne wsparcie w sytuacji, gdy jesteśmy bezpośrednio konfrontowani z zagrożeniem zdrowia i życia pacjentów, ale także naszego i – w konsekwencji – naszych bliskich, ze względu na niedostateczne zabezpieczenie osobiste, którego doświadczamy na co dzień.

Znaczące wsparcie ze strony Fundacji Dominiki Kulczyk umożliwi skuteczne niesienie pomocy. Będzie służyć zaopatrzeniu lekarzy w odpowiednie środki, co stworzy dodatkową szansę na zwycięską walkę z epidemią.

Dominika Kulczyk w specjalnym komunikacie stwierdziła: „Teraz bardziej niż kiedykolwiek los nam pokazuje, jak bardzo jesteśmy ze sobą połączeni. Jeśli będziemy dla siebie tak bardzo, jak potrafimy – wygramy! Zawsze”.

To pełne pozytywnej emocji przesłanie kieruję również do Was, Koleżanki i Koledzy, a za Waszym pośrednictwem do wszystkich, którzy mogą wesprzeć nasz fundusz, byśmy dzięki niemu mogli pomagać lekarzom, aby stawiali czoła nie tylko chorobom, ale też słabościom i niewydolności systemu ochrony zdrowia. Z determinacją alarmujemy, gdzie się da i jak się da. Robimy wszystko, by wymuszać na decydentach konieczne decyzje. Ale nie oglądając się na władze, bierzemy sprawy w swoje ręce, by zadbać o naszych Koleżanki i Kolegów, którzy mierzą się z ekstremalnymi wyzwaniami. Dlatego powołaliśmy fundusz. A teraz wspólnie zabiegajmy o jego dalsze zasilanie!

*Z koleżeńskimi pozdrowieniami,*

*Andrzej Matyja*





## SKRINING

# Ordynacja na bieżąco



**W**szystkie zawody medyczne stanowią dziś jeden zespół” – napisali we wspólnym apelu prezes NRL Andrzej Matyja oraz prezesi Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej i Krajowej Izby Fizjoterapeutów. „Nie przepisujcie leków na zapas,

na później” czy „na wszelki wypadek” – apelują samorzady zawodów medycznych. To niezwykle istotne przesłanie, bo sytuacja, w której duża część pacjentów i ich rodzin chciałaby zrobić zapasy na kilka miesięcy, grozi brakami w zaopatrzeniu. Co więcej, wiele z medykamentów i tak po upływie daty przydatności prawdopodobnie trafi do kosza. Ważne jest również ograniczenie badań profilaktycznych do tych, które są konieczne do bieżącego diagnozowania. „Badania okresowe mogą zacząć kilka tygodni. Laboratoria diagnostyczne i tak pracują pełną parą” – podkreślono w apelu, dodając, że pacjenci zgłaszający się na badania stanowią potencjalne źródło dalszego rozprzestrzeniania się wirusa. ■

## Dla wspólnego dobra

**K**luczowe problemy i propozycje rozwiązań w obliczu przybierającej na sile epidemii koronawirusa prezesi samorządów zawodów medycznych wskazali w apelu wystosowanym do rządu 19 marca. Prosilili w nim o „pilne zwiększenie i realne zapewnienie” środków ochrony osobistej dla personelu medycznego, które w początkowej fazie epidemii trafiają tylko do szpitali, choć i tam w niewystarczającej ilości. „Każdego dnia wszyscy spotykamy się z wieloma pacjentami, w tym z ciężko chorymi o obniżonej odporności” – podkreślono. „W wyniku niewystarczającej ilości środków ochrony osobistej lub – w wielu wypadkach – ich braku, wkrótce możemy mieć do czynienia z brakiem kadr medycznych”, dlatego niezbędna jest szersza możliwość wykonania testów w kierunku SARS-CoV-2 dla personelu medycznego. Jak podkreślili prezesi samorządów zawodów medycznych, oczekują wydania wytycznych, jakie środki ostrożności należy wdrożyć po

zakończonej pracy dla tych pracowników służb medycznych, którzy na co dzień mają kontakt z pacjentami, oraz dla osób pracujących w kilku podmiotach. Zaapelowali również o zwiększenie dostępności do laboratoriów wykonujących diagnostykę koronawirusa oraz o wydanie aktu prawnego zabraniającego planowych przyjęć. „Należy kontynuować opiekę nad pacjentami w przypadkach, kiedy przerwanie terapii stanowiłoby zagrożenie dla ich życia lub groziłoby stałym i nieodwracalnym uszczerbkiem na zdrowiu” – podkreślono. Prezesi zaapelowali ponadto o pilne wdrożenie narzędzi do stosowania telemedycyny w jak najszerszym zakresie, umożliwienie przesyłania badań laboratoryjnych za pomocą systemów teleinformatycznych oraz uwzględnienie podmiotów prowadzących działalność medyczną w specjalnym pakiecie pomocowym, szczególnie w obszarze rekompensat finansowych. Treść apelu na [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl). ■

## Konkretów brak

**P**ozwólcie medykom pełnić ich misję, bo są na pierwszej linii frontu, ale pamiętajcie, że chory lekarz nie będzie w stanie nikomu pomóc – takie przesłanie przyświecało spotkaniu Prezydium NRL i Konwentu Prezesów ORL z wiceministrem zdrowia Waldemarem Kraską oraz Głównym Inspektorem Sanitarnym Jarosławem Pin-kasem, które 12 marca odbyło się w siedzibie NIL. Podczas spotkania przedstawiciele samorządu lekarskiego wyrażali głębokie zaniepokojenie z powodu złego zabezpieczenia placówek medycznych w podstawowe środki ochrony i braku dostępu lekarzy do testów na obecność koronawirusa. Podawano przykłady regulacji dotyczących zasiłków przyznawanych w związku z opieką nad dzieckiem na czas zamknięcia placówek edukacyjnych, które wprowadzono bez uwzględnienia specyfiki pracy lekarzy. Powróciła kwestia problemów finansowych szpitali, w których ze względu na sytuację epidemiczną, w szybkim tempie może zacząć narastać zadłużenie. – Niestety, ponaddwugodzinna dyskusja nie tylko nas nie usatysfakcjonowała, ale pogłębiła niepokój. Zabrakło konkretów – skomentował prezes NRL Andrzej Matyja, dodając, że w związku z prawdopodobną długotrwałą walką z wirusem sił i środków będziemy potrzebowali na długo. ■

## Zdrowie i rozsądek

**D**baćcie o swoje zdrowie, bądźcie rozsądni i przestrzegajcie zaleceń służb sanitarno-epidemiologicznych, abyście mogli zgodnie z etyką naszego zawodu nieść pomoc innym” – apeluje Prezydium NRL do lekarzy i lekarzy dentyków. W apelu skierowanym do środowiska czytamy, że w tym trudnym czasie zwłaszcza lekarze powinni stanąć na wysokości zadania i być przykładem dla pacjentów. „Na naszych

barkach spoczywa ogromna odpowiedzialność” – podkreśliło Prezydium NRL. Aby nie dopuścić do sytuacji, że mimo najszczerzej chęci lekarze nie będą zdolni do niesienia pomocy chorym, bardzo ważne jest przestrzeganie zaleceń Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektoratu Sanitarnego i Światowej Organizacji Zdrowia, a personel medyczny, dzięki swojemu profesjonalizmowi, powinien być ostoją spokoju i rozsądku. ■



# Fundusz pomocowy

**Im** dłużej będzie trwała walka z epidemią, tym więcej pieniędzy będzie potrzebnych – nie tylko na finansowanie bieżących potrzeb, ale również wsparcie finansowe lekarzy i lekarzy dentystów oraz ich rodzin. Z myślą o takiej potrzebie Prezydium NRL stworzyło specjalny fundusz. 2 mln zł na jego rzecz przeznaczy NIL, a 1,3 mln zł ma pochodzić z odpisu składki za marzec przekazywanej do NIL przez okręgowe izby

lekarzkie. Pieniądże trafią m.in. na zakup środków ochrony osobistej lekarzy i lekarzy dentystów oraz na cele wskazane przez darczyńców, bo – co warto podkreślić – istnieje możliwość dokonywania takich wpłat. 20 mln zł na zakup diagnostycznego i ochronnego sprzętu medycznego zdecydowała się przekazać Fundacji Lekarze Lekarzom Dominka Kulczyk, która w najnowszym rankingu 100 najbogatszych Polaków magazynu „Forbes” zajmuje piąte miejsce. – Fundusze te posłużą do pozyskania urządzeń do diagnostyki genetycznej real time PCR, umożliwiających wykrycie zakażenia koronawirusem, masek z filtrem N95, kombinezonów ochronnych spełniających kryteria wirusologiczne oraz środków antyseptycznych – mówi najbogatsza Polka. Dodaje, że to realne wsparcie dla osób na pierwszej linii walki z epidemią. Numer konta Fundacji: PKO SA 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541. Więcej na str. 6-7. ■



gazetalekarska.pl

## Pismo do premiera

**W** obecnej sytuacji epidemiologicznej samorząd lekarski podejmuje wszelkie działania, aby przekazać zarówno mieszkańcom naszego kraju, jak i lekarzom zrzeszonym w izbach lekarskich oraz władzom publicznym odpowiedzialnym za zdrowie i bezpieczeństwo obywateli, wszelkie informacje, instrukcje i spostrzeżenia, które mogłyby przyczynić się do ograniczenia rozprzestrzeniania się koronawirusa” – napisał prezes NRL Andrzej Matyja w piśmie do prezesa Rady Ministrów Mateusza Morawieckiego. Poprosił o rozważenie możliwości włączenia przedstawiciela NRL do prac rządowego zespołu zarządzania kryzysowego oraz włączenia prezesów ORL lub ich przedstawicieli do prac w zespołach wojewódzkich. Zdaniem prezesa NRL usprawnienie komunikacji między władzami publicznymi a środowiskiem lekarskim jest niezwykle ważne nie tylko po to, aby przyspieszyć obieg informacji i proces decyzyjny, ale również w celu dania lekarzom poczucia, że ich głos jest słyszany. ■

## Telemożliwości są, ale...

**W** marcu pojawiły się nowe możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w formie teleporady, co niewątpliwie odciąża placówki medyczne w dobie zagrożenia koronawirusem i ogranicza możliwość osobistego kontaktu z potencjalnie zakażonymi osobami. W ramach teleporady możliwe jest m.in. wystawienie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Do chwili oddania numeru do druku nie pojawiła się zapowiadana przez rząd zmiana przepisów, która umożliwiłaby wystawianie zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby na podstawie telefonicznego kontaktu z pacjentem i nie ma choćby komunikatu ze strony ZUS akceptującego taką formę badania lekarskiego jako

wystarczającą do jego wystawienia. „Pogarsza to komfort pracy w tym bardzo trudnym dla całego systemu ochrony zdrowia czasie. Środowisko lekarskie chce i jest gotowe korzystać z możliwości udzielania świadczeń zdalnie, lecz wymaga to stworzenia stosownych i bezpiecznych ram prawnych” – czytamy w piśmie prezesa NRL Andrzeja Matyja do minister rodziny, pracy i polityki społecznej Marleny Małag. Jeśli w tej sprawie coś się zmieni, to niezwłocznie poinformujemy na [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl). W obliczu sytuacji epidemicznej coraz więcej osób domaga się ze strony ZUS jednoznacznych stanowiska, które aprobowałoby wystawianie zwolnień od pracy jedynie na podstawie przeprowadzonego przez telefon wywiadu lekarskiego. ■

## Co ze stażystami?

**N** adzwyczajna sytuacja wymaga podjęcia niecodziennych działań. 21 marca prezes NRL Andrzej Matyja zwrócił się do ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego o tymczasowe wprowadzenie zmian prawnych, które umożliwią włączenie do walki z epidemią lekarzy stażystów, w szczególności tych, którzy zdali LEK. Aktualnie obowiązujące przepisy ograniczają możliwości wykorzystania potencjału najmłodszych lekarzy, co wraz ze wzrostem liczby zachorowań i osób poddawanych kwarantannie, będzie skutkowało pogłębiającym się deficytem wykwalifikowanego personelu medycznego. „Tymczasowe zmiany mogłyby być zawarte

w tzw. specustawie w ramach prac legislacyjnych nad jej nowelizacją, prowadzonych przez rząd lub zapoczątkowanych inicjatywą ustawodawczą Senatu RP” – poinformowało biuro prasowe NIL. Z kolei w ocenie Prezydium NRL, koordynatorzy stażu podyplomowego powinni zaliczać staże cząstkowe osobom, których harmonogram stażu uległ zmianie z powodu rozszerzenia się epidemii, a okręgowe rady lekarskie powinny potwierdzać ich zaliczenie. W stanowisku podjętym 20 marca czytamy, że lekarze, którym przyszło odbywać staż, nie powinni ponosić negatywnych konsekwencji w związku z nadzwyczajnie zmienionymi warunkami. ■

# WSZYSTKO ZACZEŁO SIĘ W CHINACH

Pierwsze przypadki zakażenia wirusem SARS-CoV-2, powodującym u niektórych osób ciężkie w przebiegu zapalenie płuc, odnotowano w grudniu 2019 r. wśród mieszkańców 11-milionowego chińskiego miasta Wuhan.

## 13 STYCZNIA

W Tajlandii potwierdzono pierwszy przypadek zachorowania na COVID-19 poza Chinami. Pierwszym europejskim krajem, w którym odnotowano zakażenia, była Francja (24 stycznia). 4 marca Ministerstwo Zdrowia potwierdziło pierwszy taki przypadek w Polsce.

## 27 LUTEGO

Potwierdzono przypadki zakażeń w 50 krajach na wszystkich kontynentach z wyjątkiem Antarktydy. Oficjalne dane dotyczące liczby zachorowań w Chinach czy Iranie są kwestionowane. Podobnie jak w przypadku Korei Północnej, której władze przekonują, że u nich koronawirusa nie ma.

## 17 MARCA

Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze poinformował, że „pacjent zero”, czyli pierwsza osoba w Polsce, u której zdiagnozowano zakażenie koronawirusem, został uznany za wyleczonego. 66-latek przebywał w szpitalu ponad dwa tygodnie. Przyjechał z Niemiec.



## 30 STYCZNIA

Światowa Organizacja Zdrowia uznała nowego koronawirusa za zagrożenie o skali międzynarodowej. Zaledwie 10 dni wcześniej chińscy naukowcy potwierdzili, iż może się on przenosić z człowieka na człowieka.

## 13 MARCA

Premier Mateusz Morawiecki poinformował, że za 1,5 doby zostanie wprowadzony zakaz wjazdu do Polski dla cudzoziemców (początkowo na 10 dni). Zamknięcie granic zewnętrznych na okres 30 dni z powodu koronawirusa przywódcy UE ustalili dopiero kilka dni później.

## 20 MARCA

Stan zagrożenia epidemicznego został zastąpiony stanem epidemii, który ma obowiązywać do odwołania. Nowością jest możliwość przymusowego skierowania do pracy w zwalczaniu epidemii nie tylko personelu medycznego, ale również pracowników innych branż. Takim obowiązkiem podlegają osoby w wieku 18-60 lat z pewnymi wyjątkami (np. kobiety w ciąży).

# 800

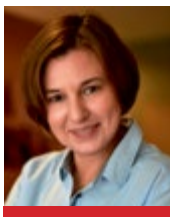
– nawet do tej liczby dochodzi liczba osób zmarłych z powodu koronawirusa we Włoszech w ciągu doby. Najtrudniejsza sytuacja panuje w Lombardii. – Jesteśmy jak na wojnie – mówi burmistrz Bergamo, epicentrum epidemii koronawirusa.

# 95 lat

ma wyleczona pacjentka z północy Włoch, która zachorowała na COVID-19. Po 9 dniach hospitalizacji wynik testu był negatywny, kolejne dwa badania go potwierdziły. Do szpitala trafiła z podejrzeniem anemii, początkowo miała tylko lekki kaszel.

# 30 tys. zł

kary grozi za nieprzestrzeganie kwarantanny w naszym kraju. Wiele państw, w tym Polska, wprowadza coraz bardziej wyrafinowane mechanizmy śledzenia tego, czy człowiek przebywa rzeczywiście pod adresem, który zadeklarował służbom jako miejsce kwarantanny.

MARTA  
JAKUBIAK

redaktor naczelna „GL”

MARZEC 2020

# Walka z SARS-CoV-2 jest coraz trudniejsza

Mamy przed sobą kilkanaście tygodni walki. Jeszcze sobie radzimy, ale za chwilę zabraknie i sił, i środków... – kiedy na początku marca usłyszałam te słowa, wydawały się nieco abstrakcyjne.

© M.JAKUBIAK@GAZETALEKARSKA.PL

**C**odziennie dowiadujemy się o kolejnych osobach w Polsce zakażonych wirusem SARS-CoV-2, co kilka dni o ofiarach śmiertelnych. Liczby powoli rosną, ale nie galopują. Patrząc na statystyki, sytuacja w naszym kraju wydaje się być opanowana i stabilna. Jak jest naprawdę? Niektórzy twierdzą, że część infekcji jest przed opinią publiczną zatajanych, że wykonujemy zbyt mało testów, i z niepokojem patrzą w przyszłość, obawiając się, że w końcu epidemia wybuchnie. Inni wierzą, że Polska radzi sobie świetnie, lepiej niż inne kraje. Oby nie okazało się, że król jest jednak nagi.

## BRAKUJE WSZYSTKIEGO

Polscy medycy od wielu dni alarmują: brakuje środków ochrony osobistej, zbyt długo musimy czekać na wyniki testów, brakuje sprzętu. Samorząd lekarski już od dawna bije na alarm: nie ma wystarczającego zabezpieczenia do walki z wirusem SARS-CoV-2, a przecież chory lekarz nie będzie w stanie pomóc. Każdego dnia dowiadujemy się o kolejnych zakażonych medykach i kolejnych podanych kwarantannie. – Jako środowisko mamy poczucie, że nasz głos trafia w próżnię. Nasz punkt widzenia



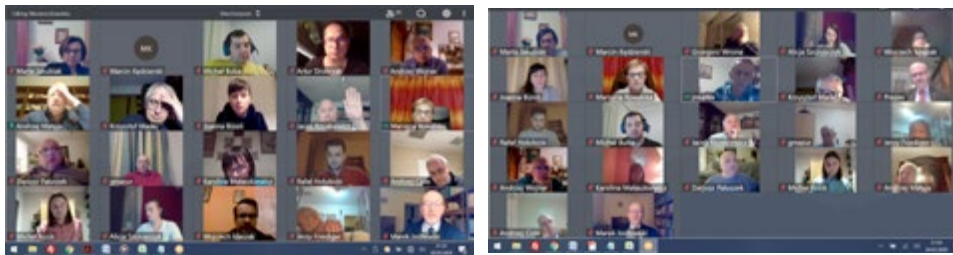
i rekomendacje powinny być brane pod uwagę. Lekarz chory czy z poczuciem osamotnienia w walce o zdrowie pacjentów, mimo najlepszych chęci, by pozostać na posterunku, może być z niego zepchnięty... – apelował już 12 marca prezes NRL Andrzej Matyja do wiceministra zdrowia Waldemara Kraski oraz Głównego Inspektora Sanitarnego Jarosława Pinkasa, gdy spotkali się oni z Prezydium NRL i Konwentem Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich.

Dopiero 23 marca, kiedy sytuacja zaczynała być już naprawdę poważna, GIS poinformował, że na potrzeby nadzoru epidemiologicznego związanego z koronawirusem SARS-CoV-2 i wywołaną przez niego chorobą COVID-19, rozszerzono definicję przypadku, który wskazuje na celowość wykonania testu. Dzięki temu personel medyczny został uznany za grupę kluczową z punktu widzenia funkcjonowania państwa i wdrożono szybką ścieżkę diagnostyczną. Dzięki rozszerzeniu kryteriów, badania są wskazane w przypadku m.in. lekarzy, pielęgniarek, ratowników, gdy

Pacjent w namiocie polowym, gdzie osoby zarażone Covid-19 czekają na pierwszą pomoc. Bergamo (Włochy), 24 marca.

12 MARCA

Tego dnia zmarła pierwsza w Polsce ofiara koronawirusa.



Sztab kryzysowy spotyka się każdego dnia.

mają rozwinięte objawy COVID-19 (gorączkę, kaszel, duszność), a niekoniecznie potwierdzony kontakt z zakażonym. Czy to efekt nieustannego dopominania się prezesa Matyi o udostępnienie testów dla personelu medycznego? Czy może na podjęcie takiej decyzji wpłynęły wypowiedziane tego dnia na briefingu prasowym słowa przestrogi dyrektora generalnego WHO dr. Tedrosa Adhanoma Ghebreyesusa: – Pandemia przyspiesza. Aby wygrać, musimy zaatakować wirusa agresywną i ukierunkowa-

lekarz nie będzie w stanie w pełni wykorzystać swojej wiedzy i umiejętności, walcząc o zdrowie pacjentów”. Służby medyczne otrzymały ogromne wsparcie, ale od Polaków. Ludzie, słysząc, że brakuje podstawowych rzeczy do zapewnienia bezpieczeństwa personelu i pacjentów, dowozili deficytowe towary jak kontrabandę. Oddawali to, co mieli.

Tak połatano dziury, ale chorych jest coraz więcej. Skąd wziąć kolejne maski, gogle, rękawice, kombinezony ochronne? I to takie, które mogą dać rzeczywistą, a nie iluzoryczną ochronę?

Nie jest to prosta sprawa, nawet jeśli są pieniądze. Na rynku brakuje tych środków. Spotkania sztabu kryzysowego NIL odbywają się codziennie. Uczestnicy on-line mają do omówienia mnóstwo takich problemów.

Część rzeczy, jak maski czy rękawiczki, można sprowadzić z Chin wycarterowanym samolotem, ale trzeba mieć kogoś tam, na miejscu, kto pomoże je zdobyć. Kombinezony ochronne są do kupienia za granicą, ale nie można ich przywieźć transportem kołowym, dlatego że taki ładunek po drodze zaaresztują Czesi, Słowacy, Niemcy. Trzeba wszystko przetransportować samolotem. Ten kanał też nie jest łatwy do przejścia. Kiedy samolot z taką przesyłką wylądował w Polsce, celnik na cargo ma obowiązek powiadomić Agencję Rezerw Materiałowych, która ładunek przejmie, jeśli kupujący nie znajduje się w specustawie na liście uprawnionych do zakupów z pominięciem ARM. Pat? Na pewno da się jakoś to zrobić, potrzeba tylko czasu.

I kolejne problemy. Jak zwiększyć dostępność do testów PCR? Jak zapewnić odpowiednią liczbę respiratorów? Czy wystarczy łóżek szpitalnych dla wszystkich potrzebujących?

## NIE MA NASZEJ ZGODY

12 marca zmarła pierwsza w Polsce ofiara koronawirusa. Była nią 57-letnia mieszkanka Poznania. Na jednym z lokalnych portali pojawił się wówczas wpis, w którym zarzucano nieprawidłowości związane z przyjęciem pacjentki do szpitala. Prokuratura Rejonowa Poznań Nowe Miasto zażądała wydania dokumentacji medycznej zmarłej. – Informacja ta zbulwersowała nasze środowisko, ponieważ – nauczeni doświadczeniem – wydarzenie to mogliśmy interpretować jako szykanę wobec lekarzy – komentował prezes NRL. Ostatecznie poznańska prokuratura odmówiła wszczęcia postępowania. Ataku nienawiści nie wytrzymał prof. Wojciech Rokita, który 18 marca odebrał sobie życie. W środowisku medycznym to pierwsza śmiertelna ofiara pandemii, ale to nie wirus SARS-CoV-2 go zabił, lecz hejt, który spłynął na lekarza.

Reakcja samorządu była błyskawiczna. Na stronie internetowej NIL pojawił się komunikat: „Jeśli jesteście świadkami lub macie informacje o wszelkich przejawach agresji, insynuacjach, fake newsach, opiniach uderzających w lekarzy i ich dobre imię, a także utrudnieniach, na jakie trafiają lekarze w obecnej sytuacji epidemicznej, prosimy abyście przesyłali je na adres e-mail: [rpl\\_skargi@hipokrates.org](mailto:rpl_skargi@hipokrates.org). Walczmy z agresją, nienawiścią, hejtem i fejkami. Powstrzymajmy tę falę zła. Solidaryzujmy i wspierajmy się nawzajem!”.

## NA DRUGIEJ LINII FRONTU

– Oczywiście z mojego punktu widzenia, to wcale nie jest druga linia – mówi Joanna Sokołowska, pediatra. W Płocku jest Oddział Chorób Zakaźnych przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym. To oddział tylko dla dorosłych. Stoi trochę na uboczu. Jeszcze kilka tygodni temu nie budził specjalnych emocji ani specjalnego zainteresowania. Wraz z pobudowaniem przed jego izbą przyjęć namiotu dla potrzebujących porady, trafił na pierwsze strony lokalnych gazet.

– Codziennie śledzimy – my mieszkańcy, i my lekarze – komunikaty lokalnych stacji sanitarnych. Początkowo uspokajający brak zanotowanych pozytywnych wyników testów na wirusa SARS-CoV-2, paradoksalnie z dnia na dzień, budzi coraz większy niepokój. Bo może tu – na drugiej



**Skąd wziąć kolejne maski, gogle, rękawice, kombinezony ochronne? I to takie, które mogą dać rzeczywistą, a nie iluzoryczną ochronę?**

ną taktyką – testując każdy podejrzany przypadek, izolując już potwierdzonych chorych i trzymając ich oraz śledząc i poddając kwarentannie wszystkich, którzy mieli z nimi bliski kontakt.

A może kolejne przypadki pokazujące, jak szybko medycy wypadają z systemu: zakażeni w szpitalu w Nowym Mieście nad Pilicą, w Radomiu, jeden z zespołów LPR. To już nie są incydenty. We Włoszech, gdzie w momencie publikacji tego tekstu sytuacja jest najtrudniejsza, niemal co dziesiąty zakażony to lekarz.

### WSZYSTKIE RĘCE NA POKŁAD

16 marca prezes NRL pisał do premiera Mateusza Morawieckiego: „Wobec licznych sygnałów środowiska lekarskiego o braku m.in. masek, rękawiczek, fartuchów ochronnych, apelowaliśmy do Ministra Zdrowia o zapewnienie lekarzom i lekarzom denty stom dostępu do odpowiednich środków ochrony osobistej w związku z wystąpieniem zakażeń koronawirusem, wskazując, że w sytuacji braku odpowiedniego wyposażenia



Kontrola sanitarna na przejściu granicznym Stadtbrücke (Niemcy) z Goerlitz do Zgorzelca. 18 marca.

linii – po prostu wykonujemy ich za ma-  
 ła? Niepokój tym większy, że pediatricy  
 już wiedzą, iż wykonanie testu u dziec-  
 ka z naszego rejonu jest bardzo trudne.  
 Jeśli widzimy taką potrzebę, w praktyce  
 musimy pacjenta skierować do odległego,  
 warszawskiego oddziału. To prawie  
 dwie godziny jazdy samochodem z wy-  
 soko gorączkującym dzieckiem. Który  
 rodzic się na to zdecyduje? Przy sto-  
 sunkowo łagodnym przebiegu choro-  
 by (jakiej, nie jesteśmy pewni bez dia-  
 gnozyki wirusologicznej) dzieci chorują  
 kilka dni w domu, a ich opiekunowie...  
 No właśnie, co z nimi? – zastanawia się.

Opustoszały szpitalne korytarze – nie  
 ma odwiedzin, które w małych podmiej-  
 skich środowiskach były rodzajem towa-  
 rzyskiego rytuału. W przychodniach –  
 teleporady i e-recepty – spełnia się, jak  
 sen jaki złoty – nowoczesność. Wokół  
 wiosenna przyroda odpoczywa od ludzi  
 – puste skwery i ulice. Nawet nikt nie za-  
 uważył, że przekwitły krokusy.

– Czytamy zalecenia, tworzymy pro-  
 cedury, starając się przewidzieć każ-  
 dy wariant rozwoju epidemii. Liczymy  
 środki ochrony osobistej. Ktoś rozwinął  
 kombinezon – ze względu na rozmiar  
 i materiał, z którego jest wykonany, nie  
 nadaje się do pracy przy pacjencie... –  
 podsumowuje dr Sokołowska.

Od początku marca szpitale wpro-  
 wadzały częściowe ograniczenia od-  
 wiedziny lub całkowity ich zakaz. Teraz  
 obowiązują one na terenie wszyst-  
 kich szpitali w kraju. Narodowy In-  
 stytut Onkologii w Warszawie już 13  
 marca wprowadził wzmocniony system  
 ochrony pacjentów. – Wszystkie wej-  
 ścia do szpitala, poza trzema, zostały  
 zamknięte. Pracownicy wchodzą tylko  
 wejściem E, za okazaniem identyfika-  
 tora. Przy wejściu zawsze jest pracownik

ochrony i dwie pielęgniarki, które ka-  
 demu mierzą temperaturę, dezynfekują  
 dłonie i torebki – opowiada jedna  
 z pracujących tam kobiet. Codziennie  
 rano przed NIO ustawia się długa kole-  
 jka tych, którzy muszą czekać na taką  
 odprawę. Jak mówi moja rozmówczyni,  
 nie czeka się jednak długo, wystarczy 10-  
 15 minut, by dostać się do środka. Pa-  
 cjenci wpuszczani są od godziny 11.00  
 przez wejścia A i D, ale tylko ci umó-  
 wieni na wizytę, z maksymalnie jedną  
 osobą towarzyszącą. Każda osoba ma  
 mierzoną temperaturę, odkażane dło-  
 nie i musi wypełnić ankietę. Od tej go-  
 dziny zamykane są wejścia na oddziały.  
 Pacjenci mogą opuszczać swoje oddzia-  
 ły tylko na zaplanowane zabiegi i w to-  
 warzystwie personelu.

### JAK JEST ZA OCEANEM?

18 marca. „U nas niesamowity bałagan,  
 szpitale nieprzygotowane, a w stanie  
 Nowy Jork jest już ponad 2300 przy-  
 padków zachorowań i codziennie przy-  
 bywa parę setek. Za parę dni będziemy  
 kolejnymi Włochami” – napisała do mnie  
 mieszkająca na stałe Nowym Jorku Ewa  
 Kern-Jędrzychowska, dziennikarka. I pi-  
 sała także w kolejnych dniach:

19 marca. „Stany Zjednoczone obudzi-  
 ły się zdecydowanie za późno. Jeszcze  
 na początku marca prezydent Trump  
 twierdził, że koronawirus to wymie-  
 rzona przeciwko niemu polityczna mi-  
 styfikacja. Produkcja testów zaczęła  
 się z kilkutygodniowym opóźnieniem.  
 Pierwszy przypadek zakażenia korona-  
 wirusem odnotowano w Nowym Jorku  
 1 marca. Do niedawna nie prowadzono  
 też kontroli przylatujących pasażerów,  
 a lądują tu codziennie tysiące ludzi z ca-  
 łego świata. Teraz, kiedy wreszcie mia-  
 sto jest w stanie przeprowadzać więcej

testów, każdego dnia liczba potwierdzo-  
 nych przypadków praktycznie się podwa-  
 ja (w czwartek rano miasto odnotowało  
 3615 przypadków; 22 osoby zmarły). Wi-  
 rus szerzy się w zatrważającym tempie.  
 Zbyt późno zamknięto szkoły, biblioteki,  
 siłownie, bary i inne miejsca, w których  
 gromadzą się duże grupy ludzi. Wiele skle-  
 pów świeci pustkami, w zwykłe zatłoczonym  
 metrze też jest pusto. Mieszkańców,  
 z których wielu straciło pracę wraz z zam-  
 knięciem teatrów, kin, restauracji i nie-  
 których sklepów, ogarnia panika. Szpitale,  
 mimo wysiłków władz, by zwiększyć liczbę  
 łóżek i respiratorów, wkrótce mogą nie  
 być w stanie pomóc wszystkim chorym.  
 Prawdopodobnie czeka nas los Włoch”.

21 marca. „Liczby rosną w niewyobra-  
 żalny sposób, z godziny na godzinę... Te-  
 raz mówią o 7530 chorych i 45 ofiarach  
 śmiertelnych. Myślę, że do jutra będzie  
 w samym Nowym Jorku ponad 10 tys. za-  
 każonych. Ogólna liczba zakażonych w ca-  
 łym kraju przekroczyła 21 tys., przebadano  
 łącznie ponad 195 tys. osób. Zmarło  
 co najmniej 267 osób. Najgorsza sytuacja  
 jest jednak w stanie Nowy Jork”.

22 marca. „Tak jak przewidywałam,  
 10 764 zachorowań, 99 zgonów. 54 proc.  
 zakażonych to osoby w wieku 18-49 lat”.

23 marca. „Dziś jest już 13 119 zarażo-  
 nych – co 700 mieszkańców. 125 zgonów.  
 Myślę, że nas to cholerstwo też dopadnie.  
 Mam tylko nadzieję, że mimo choroby  
 będę w stanie zaopiekować się córką...”

W regionach z największą koncentracją  
 przypadków, jak w stanie Nowy Jork,  
 w szpitalach brakuje lekarzy, łóżek, odzie-  
 ży ochronnej, respiratorów, masek i sprzę-  
 tu do testowania. Wydawać by się mogło,  
 że taka potęga jak Stany Zjednoczone, do-  
 skonale poradzi sobie z problemem. Życie  
 pokazuje jednak, że wobec wirusa SARS-  
 CoV-2, nawet mocarze nie są tacy mocni.

Epidemia SARS-CoV-2 to czas wielkiej  
 próby. Dla wszystkich – dla każdego czło-  
 wieka jako jednostki, dla społeczeństw  
 i wspólnot, poszczególnych krajów i ich  
 rządów. To wyzwanie XXI w. dla świata.  
 Skala problemu przerosła wyobraźnię. To  
 wyzwanie szczególne dla lekarzy i innych  
 przedstawicieli zawodów medycznych,  
 bo mierzą się z przeciwnikiem nieprze-  
 wywalnym i bardzo agresywnym, który  
 zagraża ich życiu. To czas trudnej walki.  
 Potrzeba dużo siły i wzajemnego wspar-  
 cia, by jak najszybciej się zakończyła. ■

STOMATOLOGIA

# Depesza z Europy

19 marca odbyło się godzinne spotkanie online, zorganizowane przez Radę Europejskich Lekarzy Dentystów [CED], podczas którego przedstawiciele organizacji członkowskich omawiali działania związane z epidemią COVID-19.

TEKST MAREK SZEWCZYŃSKI, RADCA PRAWNY NIL

**W** spotkaniu wzięło udział ok. 30 osób, wśród których polską stomatologię reprezentował dr Kacper Gałań z OIL w Rzeszowie. Podczas dyskusji podkreślano, że szczególnie istotne jest obecnie, aby organizacje zawodowe zwiększyły komunikację z członkami, korzystając z wszelkich możliwych środków.

**Włochy.** O sytuacji w tym kraju mówił dr Marco Landi, prezes CED, który mieszka i pracuje w prowincji Lodi. To właśnie na tym terenie znajdują się miejscowości, które jako pierwsze zostały uznane za tzw. strefę czerwoną i 21 lutego odcięte od reszty kraju. Dr Landi wskazał m.in., że od początku kryzysu lekarze dentyści zwracali się do swoich organizacji zawodowych (samorządu, stowarzyszeń) o przekazanie wytycznych i zaleceń co do postępowania, ponieważ takich informacji nie otrzymali od władz publicznych. Głównym dylematem było to, czy rekomendować zamknięcie gabinetów. Przyjęto zalecenie, aby zawiesić udzielanie tych świadczeń, które można odłożyć w czasie (nie używając terminu „zamknąć gabinety”). Większość dentyków jest dostępna w sprawach wymagających natychmiastowego leczenia. Duży problem dla włoskich stomatologów stanowi brak współpracy z władzami lokalnymi i krajowymi, które nie konsultują się ze środowiskiem lekarskim. Lekarze dentyści kierują postulaty

do władz, aby nie zostali pominięci w pomocy ze strony państwa, mającej niwelować skutki ekonomiczne epidemii (98 proc. to samozatrudnieni). Zdaniem dr. Landiego płatność różnego rodzaju danin publicznych musi nie tylko być odroczone, ale także należy obniżyć ich wysokość.

Organizacje zawodowe przygotowały materiały dla stomatologów z zaleceniami i rekomendacjami dotyczącymi postępowania z pacjentami (m.in. przetłumaczony na jęz. polski materiał AIO „Szczegółowe wytyczne w celu przeciwdziałania zakażeniu SARS-CoV-2”).

**Dania.** Działalność gabinetów stomatologicznych została przez władze publiczne zawieszona na trzy miesiące, za wyjątkiem świadczeń natychmiastowo koniecznych.

**Portugalia.** Zawieszenie działalności najpierw zarekomendował stomatologom samorząd zawodowy, kilka dni później wydany został w tej sprawie akt prawa powszechnego. W kraju tym brakuje środków ochrony indywidualnej; izba lekarska próbuje utworzyć sieć placówek, które będą w stanie udzielać pomocy natychmiastowo koniecznej.

**Włochy.** W tzw. strefie czerwonej udało się stworzyć sieć gabinetów, prowadzonych przez 12 lekarzy dentyków, w których udziela się świadczeń nagłych; na poziomie krajowym jest to dużo trudniejsze, o ile w ogóle możliwe.

**Hiszpania.** Brakuje jakichkolwiek zaleceń resortu zdrowia.

**Francja.** W tym kraju problemem jest nadmierna liczba zaleceń

## CZY CED WYDA ZALECENIA?

Dr Landi uznał, że powinny być one opracowywane na poziomie krajowym.

i rekomendacji pochodzących od różnych podmiotów (organizacje zawodowe, towarzystwa naukowe i inne). To bardzo dezorientuje lekarzy dentyków.

Czy CED wyda swoje zalecenia? Dr Landi uznał, że powinny być one opracowywane na poziomie krajowym. Jednocześnie rekomendował, by unikać rozbieżnych czy sprzecznych ze sobą zaleceń (taka sytuacja miała miejsce we Włoszech, gdzie rekomendacje towarzystwa endodontycznego różniły się od tych, które opracowały organizacje zawodowe).

## ZAKAŻENIE PACJENTA W GABINECIE

Dr Michele Aerden (Belgia), była prezes FDI, pytała, jak wygląda kwestia ewentualnej odpowiedzialności lekarza dentyisty za zakażenie pacjenta koronawirusem. W kraju tym zaleca się lekarzom dentyistom ujęcie tej kwestii w formularzu dotyczącym zgody pacjenta. Dodałem, że na ten temat w Polsce również toczą się dyskusje i są wyrażane obawy i – jak to zwykle bywa w takich nadzwyczajnych okolicznościach – brak jest jednoznacznej odpowiedzi, a prawnicy wyrażają różne opinie. Dr Landi (Włochy) stwierdził, że w obecnej sytuacji prawdopodobnie trudno będzie pacjentowi wykazać, że zaraził się właśnie od lekarza dentyisty albo jego personelu. Na razie we Włoszech nie pojawił się żaden taki zarzut. Dodał, że na chwilę obecną jest bardzo mało zakażeń stwierdzonych u stomatologów. ■

## KORONAWIRUS NA ŚWIECIE

# W obliczu pandemii

**S**ARS-CoV-2 rozprzestrzenił się po całym globie. O ile w Chinach wzrost zakażeń nowym koronawirusem wyraźnie wyhamował, to liczba zachorowań dramatycznie postępuje w Europie i USA. Co będzie dalej?

Z danych Uniwersytetu Johnsa Hopkinsa wynika, że do rana 24 marca potwierdzono już ponad 380 tys. zakażeń, w tym ok. 16,5 tys. zgonów spowodowanych koronawirusem. Sytuacja jest bardzo dynamiczna, a dzienne przyrosty zachorowań idą w dziesiątki tysięcy.



**Wzrost zachorowań z dnia na dzień postępuje. Aktualny stan liczby zakażonych można śledzić za pomocą interaktywnej mapy opracowanej przez CSSE.**

Do 24 marca wirus był już obecny w 167 krajach. W tym czasie, statystycznie, nadal najwięcej potwierdzonych przypadków zakażeń było w Chinach (ok. 81,5 tys.), wydaje się jednak, że Chińczycy mają już za sobą przynajmniej pierwszą falę zachorowań, bo od końca lutego liczba zakażonych w tym kraju zdecydowanie spadła. Aktywność koronawirusa wzrosła za to w Europie i Ameryce Północnej, bardzo źle jest też w Iranie. Do 24 marca najwięcej przypadków zakażeń, poza Chinami, odnotowano we Włoszech – prawie 64 tys. potwierdzonych zakażeń i ponad 6 tys. zgonów (to niemal dwa razy więcej niż w Chinach), USA (46,4 tys. potwierdzonych zakażeń), Hiszpanii (35,2 tys.), Niemczech (29 tys.), Iranie (23 tys.), Francji (20 tys.), Korei Południowej (9 tys.), Szwajcarii (8,8 tys.),

Wielkiej Brytanii (6,7 tys.), Holandii (4,7 tys.), Austrii (4,5 tys.), Belgii (3,7 tys.).

Wzrost zachorowań z dnia na dzień postępuje. Aktualny stan liczby zakażonych można śledzić za pomocą interaktywnej mapy dostępnej w internecie, opracowanej przez Center for Systems Science and Engineering (CSSE), należące do Johns Hopkins University. Dane są codziennie aktualizowane i pochodzą z informacji o zakażeniach zbieranych przez WHO, CDC, ECDC, NHC, DXY.

Przyglądając się statystykom, trzeba mieć na uwadze, że poszczególne kraje różnie sobie radzą z wykrywaniem zakażonych, przez co pozornie niska liczba zachorowań w części państw, m.in. w Indiach, Rosji, na Ukrainie, ale też Polsce, może nie odzwierciedlać stanu faktycznego. W wielu krajach wykonuje się zbyt mało testów na obecność koronawirusa, a przecież, jak podkreśla szef Światowej Organizacji Zdrowia Tedros Adhanom Ghebreyesus, tylko testowanie na szeroką skalę może powstrzymać pandemię.

Jak wynika z danych zebranych przez The Global Change Data Lab i INET Oxford, w Norwegii liczącej nieco ponad 5 mln mieszkańców do 20 marca zrobiono ponad 43,7 tys. testów, a w Polsce (ok. 38 mln ludności) – 13 tys.

W tym czasie w USA przetestowano ok. 140 tys. próbek, podczas gdy w Korei Południowej, gdzie populacja jest sześć razy mniejsza, wykonano ponad 300 tys. testów.

W Indiach, gdzie żyje ok. 1,3 mld ludności, do 20 marca zrobiono ledwie 14,5 tys. testów na obecność koronawirusa. Dramatycznie sytuacja przedstawia się na Ukrainie, bo do 20 marca wykonano tam tylko 316 testów. ■

## Po pomoc do prywatnych placówek

**Z** powodu wzrastającej liczby chorych na COVID-19 część rządów krajów europejskich decyduje się sięgnąć po pomoc prywatnych placówek medycznych.

NHS, czyli publiczna opieka zdrowotna w Wielkiej Brytanii, już zawarła umowę z prywatnymi szpitalami, dzięki której wzmocni się o dodatkowych 8 tys. łóżek szpitalnych, niemal 1,2 tys. respiratorów i ok. 20 tys.

pracowników medycznych, w tym lekarzy i pielęgniarki.

Inne kraje idą o krok dalej. Hiszpania zdecydowała się na tymczasową nacjonalizację prywatnych szpitali. Na Słowacji, jak informuje „Dziennik Gazeta Prawna”, wprowadzono stan wyjątkowy w ochronie zdrowia, co oznacza, że rząd będzie mógł w pełni zarządzać i dysponować prywatnymi placówkami medycznymi. ■



**Niektóre kraje idą o krok dalej. Hiszpania zdecydowała się na tymczasową nacjonalizację prywatnych szpitali.**

## KORONAWIRUS NA ŚWIECIE

# Lekarze umierają, bo nie mają ochrony

**W** czasie panującej na świecie pandemii grupą najbardziej narażoną na kontakt z patogenem są lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni i pozostali przedstawiciele zawodów medycznych.

Z danych opublikowanych 18 marca przez fundację Gimbe (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze) wynika, że we Włoszech dotychczas co najmniej 2,6 tys. pracowników medycznych zostało zakażonych koronawirusem, co stanowi aż 8,3 proc. wszystkich zachorowań. 13 osób zmarło. Dla porównania, w Chinach liczba zakażonych wśród personelu medycznego stanowiła ok. 3,8 proc. wszystkich zachorowań (dane: JAMA Network), z czego 5 osób zmarło.

Dramatyczne dane napływają także z Portugalii. Ordem dos Médicos (portugalski odpowiednik NIL) 17 marca opublikowała informację, z której wynika, że aż 20 proc. dotychczas zainfekowanych w tym kraju to lekarze.

Powodem trudnej sytuacji jest brak środków ochrony indywidualnej dla personelu medycznego, w tym masek,

gogli, fartuchów/kombinezonów i rękawic. Tak jak w przypadku Marcello Nataliego, lekarza, który pracował w miasteczku Codogno w Lombardii (Włochy) i zmarł z powodu COVID-19, bo nie miał nawet rękawiczek.

Na braki w zaopatrzeniu w środki, które mogą dać choćby podstawową ochronę lekarzom, ratownikom czy pielęgniarkom, skarży się wiele krajów. Problem jest powszechny nawet w USA, Wielkiej Brytanii czy Australii.

Europost informuje, że we Francji lekarze zrzeszeni w grupie C19 złożyli pozew zbiorowy przeciw premierowi Edouardowi Philippe i byłej minister zdrowia Agnes Buzyn, w którym oskarżają ich o narażenie na utratę zdrowia i życia, bo nie zapewнили na czas środków ochrony indywidualnej chroniących przed zainfekowaniem koronawirusem, choć mieli taką możliwość. Lekarze chcą ich postawienia przed Trybunałem Stanu.

22 marca „The Sunday Times” opublikował list otwarty, w którym prawie 4 tys. pracowników brytyjskiej NHS błaga premiera Wielkiej Brytanii o interwencję w celu zapewnienia



**Już na początku marca WHPA wezwała rządy, by te wspierały personel medyczny w walce z COVID-19.**

odpowiedniego sprzętu ochrony osobistej w obliczu pandemii COVID-19.

Już na początku marca WHPA (World Health Professions Alliance, reprezentująca 31 mln pracowników ochrony zdrowia) wezwała rządy, by te wspierały personel medyczny w walce z COVID-19, szczególnie poprzez dostarczanie niezbędnych środków ochrony osobistej.

Otmar Kloiber, szef WHPA, powiedział, że można było uniknąć zgonów lekarzy i pielęgniarek, gdyby rządy lepiej przygotowały się do walki z pandemią. ■

## Emeryci na front

**W** związku z panującą na świecie pandemią, coraz więcej krajów zmagają się nie tylko z niedostatkami sprzętu czy odzieży ochronnej. Brakuje też rąk do pracy. W tej sytuacji niektóre rządy apelują do lekarzy, którzy już przeszli na emeryturę, o powrót do zawodu.

Ponad 65 tys. listów rozesłano do emerytowanych lekarzy i pielęgniarek, którzy pracowali w ramach NHS w Anglii i Walii, z prośbą, aby powrócili do pracy w szpitalach, by walczyć z koronawirusem. Także w Szkocji emeryci są proszeni o powrót do zawodu. Każdy pracownik medyczny, który przeszedł na emeryturę w ciągu ostatnich trzech

lat, został poproszony o rozważenie takiej prośby.

Podobne inicjatywy pojawiają się też m.in. w USA. J.B. Pritzker, gubernator Illinois, zaapelował do emerytowanych lekarzy i pielęgniarek, aby wrócili i pomogli walczyć z pandemią COVID-19.

W wielu krajach włącza się także studentów ostatniego roku uczelni medycznych do walki z koronawirusem.

Jednocześnie kierowane są apele do społeczeństwa, szczególnie do osób starszych, by pozostawali w domach, bo seniorzy są grupą najbardziej narażoną na zarażenie koronawirusem. ■

## Miliony ludzi bez dostępu do wody i mydła

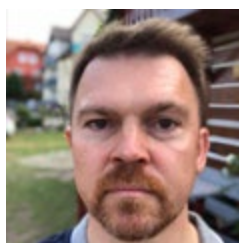
**P**rawidłowe mycie rąk przy użyciu wody i mydła jest jedną z najtańszych i najbardziej efektywnych metod, dzięki której można chronić się przed koronawirusem, ale niestety jest ona niedostępna dla milionów ludzi na świecie – alarmuje UNICEF.

Zaledwie 3 na 5 osób na całym świecie ma dostęp do podstawowych urządzeń sanitarnych. Jak informuje UNICEF, w wielu regionach świata brakuje ich nie tylko w domach – aż 16 proc. ośrodków medycznych nie ma toalet lub urządzeń sanitarnych. ■



## NA PIERWSZEJ LINII FRONTU

# Jesteśmy przed drugim etapem epidemii



Z lek. med. **Jackiem Górnym**, kierownikiem SOR-u w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia w Poznaniu, który od 16 marca jest jednym ze szpitali wytypowanych do leczenia pacjentów z koronawirusem, rozmawia **Marta Jakubiak**.

## Boi się pan?

Gdybym się bał, że czymkolwiek się zarażę, nigdy nie zostałem lekarzem. A tak poważnie – pewien poziom strachu pozytywnie motywuje do ostrożnego działania, lecz nie jest to paniczny lęk.

## Czy już był pan testowany na obecność SARS-CoV-2?

Nie. Czuję się świetnie, przestrzegam zasad bezpieczeństwa i stosuję środki ochrony osobistej, wchodząc na strefę zakaźną SOR, nie wystąpiła dotąd ekspozycja. Gdybym poczuł się źle lub doszłoby do ekspozycji, na pewno bym takie badanie zrobił.

Obecność wirusa można potwierdzić najwcześniej po 5-7 dniach od kontaktu z osobą zakażoną lub w chwili wystąpienia objawów. Wcześniej zrobione testy mogą dać wyniki fałszywie ujemne. U pacjenta bez objawów, ale z wywiadem bezpośredniego kontaktu z osobą z potwierdzonym zakażeniem, możemy taki test wykonać jedynie po upływie tego czasu. Wcześniejsze wykonywanie badania nie ma sensu.

## Czy dysponujecie wystarczającą ilością środków ochrony osobistej?

Na szczęście jeszcze tak. Apelujemy, by było ich więcej, żeby nie zabrakło w kluczowym momencie. Od rządu otrzymujemy niewiele, dyrekcja szpitala czyni zakrojone na szeroką skalę starania w celu zapewnienia nam tego, co coraz trudniej dostać na rynku. Na szczęście sporo środków dostajemy od prywatnych osób. Ludzie przywożą maski, w tym również te z filtrami węglowymi, kombinezony, rękawiczki, płyny do

dezynfekcji. Jeden darczyńca przekazał nam tonę spirytusu o stężeniu 98 proc. do wytworzenia płynów dezynfekcyjnych. Oczekujemy na przyłbice wykonane na drukarkach 3D. Ogromnie za tę pomoc dziękuję. Otrzymujemy bardzo wiele dowodów życzliwości i wsparcia. Również dzięki nim nasza gotowość jeszcze bardziej rośnie.

## Ilu teraz macie zakażonych?

Według danych na 23 marca br., u siedemnastu pacjentów naszego szpitala potwierdzono metodą PCR zakażenie koronawirusem SARS 2. Dwóch pacjentów z tej grupy wymaga intensywnej terapii, choć ich stan jest stabilny. Pozostali pacjenci z tej grupy nie wymagają intensywnej terapii.

## Jak duży zespół jest zaangażowany w działania?

W pracę z pacjentem podejrzanym o zakażenie koronawirusem są włączeni wszyscy pracownicy szpitala. Na SOR-ze całodobowo pracuje pięciu lekarzy, oraz zespół dziesięciu ratowników medycznych i pielęgniarek, dwie salowe, dwie sekretarki medyczne. Stale obecni jesteśmy ja i oddziałowa. Pracujemy dzień i noc, aby aktywnie dostosowywać się do potrzeb. Równolegle pacjenci zaopatrywani są na oddziale zakaźnym, wspieranym przez obecnych tam anestezjologów.

W sytuacji, z którą się mierzymy, niezwykle ważna jest współpraca pomiędzy specjalistami. Co szczególnie trzeba podkreślić, zwłaszcza pomiędzy lekarzami medycyny ratunkowej z SOR, specjalistami z oddziału zakaźnego i anestezjologami. Lekarze tych dwóch

specjalizacji dominują na przystawionej „pierwszej linii frontu”, anestezjodolży przy pacjentach w najcięższym stanie. Nie można też zapominać o specjalistach wszystkich innych dyscyplin, których oddziały po ewakuacji dotychczasowych chorych przejęły na siebie rolę oddziałów obserwacyjno – izolacyjnych. Każdy lekarz leczy teraz chorych potencjalnie zakaźnych. W laboratorium trwa bardzo ciężka praca nad diagnostyką zakażenia SARS 2, diagności laboratoryjni są cichymi bohaterami tej epidemii. Podobnie rzecz się ma z technikami radiologii, na których barkach spoczywa nadzwyczajna liczba badań klatki piersiowej – w tym tomografii komputerowej. Oni wszyscy pracują w takim samym zagrożeniu zakażeniem, zmuszeni są używać tych samych środków ochrony osobistej – co czyni pracę jeszcze trudniejszą i bardziej męczącą.

Funkcjonariusze policji i żołnierze wojsk obrony terytorialnej – we współpracy z pracownikami ochrony szpitala – dbają o bezpieczeństwo pacjentów i nasze. Wszystkich pacjentów, którzy przed przemianowaniem nas na szpital zakaźny jednoimienny byli zapatrywani przez naszą placówkę, w tym przez SOR, przejęły inne szpitale. Oznacza to kolosalny napływ „tradycyjnych” chorych do tych szpitali i znaczne ich przeciążenie – niektóre dosłownie „pękają w szwach”. Personel tych szpitali to też bohaterowie tej walki, jaką dziś toczy my.

### **GL** Ilu pacjentów dziennie trafia do szpitala?

Od kilku dni mamy około stu osób na dobę, wcześniej było o połowę mniej. Ta liczba rośnie. Jesteśmy przed drugim etapem epidemii. Chorych będzie znacznie więcej. Coraz częściej będą to osoby SARS 2-Covid „dodatnie” i coraz częściej w wieku starszym, z ciężkim zapaleniem płuc.

Bardzo byśmy chcieli, aby epidemia zaczęła wygasnąć, szykujemy się jednak na najgorszy scenariusz. Nasz szpital podniósł gotowość do 10 procent łóżek „respiratorowych”. To bardzo dużo, ale w razie potrzeby – oby nie wystąpiła – gotowi jesteśmy czynić starania o jeszcze więcej.

Przewidując możliwość wystąpienia dużej liczby pacjentów trafiających do SOR i oddziału zakaźnego, ustawiamy w bezpośredniej bliskości oddziału ratunkowego dodatkowe izolátky w ogrzewanych kontenerach mieszkalnych. W dziewiętnastu z dwudziestu zamówionych kontenerów izolowani będą pacjenci skąpoobjawowi w dobrym stanie, do czasu uzyskania wyników. W dwudziestym kontenerze odbywa się tzw. triage, w przebiegu którego kwalifikujemy pacjentów do konkretnych kategorii pilności i ciężkości stanu.

Pacjenci z objawami niewydolności oddechowej przyjmowani są natychmiast na łóżka obszaru wstępnej intensywnej terapii SOR, gdzie lekarz specjalista medycyny ratunkowej wykonuje intubację dotchawiczą, rozpoczyna wentylację mechaniczną, wdraża stosowaną diagnostykę i prowadzi wstępną intensywną

terapię do czasu przekazania pacjenta do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

Pacjenci z dusznością, spadkiem saturacji, tachypnoe – przyjmowani są na łóżka wzmożonego nadzoru, prowadzone jest leczenie objawowe z równoczesną diagnostyką różnicową uwzględniającą badania w kierunku COVID-19, w razie potrzeby jest również wstępna intensywna terapia.

Pacjenci z gorączką i kaszlem bez cech niewydolności oddechowej czy też duszności, są przyjmowani w izolatkach, których ilość znacząco wzrosła za kilka dni, w związku z uruchomieniem przez nas modułowego systemu izolatek kontenerowych.

Pacjenci bez objawów, a jedynie z podejrzanego przez nich kontaktu, są kierowani do miejsc zamieszkania w celu skontaktowania się z sanepidem.

Jesteśmy bogatsi o doświadczenia innych krajów, więc staramy się unikać ich błędów. Dyrekcja i cały personel szpitala czynią starania, aby przygotować się odpowiednio na kolejny etap.



## **Bardzo byśmy chcieli, aby epidemia zaczęła wygasnąć, szykujemy się jednak na najgorszy scenariusz.**

### **GL** Współpracujecie pomiędzy szpitalami?

Wymianie wiedzy i doświadczeń służą fora internetowe. W zamkniętych grupach toczą się dyskusje merytoryczne. Używamy wszelkich możliwych środków, aby wiedza – oczywiście ta racjonalna, a nie fake newsy – trafiała do jak najszerszego grona lekarzy i pielęgniarek, a także innych pracowników medycznych, szczególnie będących w bezpośrednim kontakcie z chorymi.

Mimo tej – jak najlepiej rozumianej – współpracy międzyośrodkowej, zdarzają się oczywiście i pewne problemy. Między innymi pewna nadmierność w rozpoznawaniu wskazań do kierowania pacjentów do szpitala jednoimiennego, mimo braku wskazań. Zdarza się również, że bywa problemem przekazanie pacjenta do innego szpitala już po wykluczeniu u chorego zakażenia SARS 2.

Widzimy dużą szansę w wykorzystaniu przez szpitale kierujące do nas swoich pacjentów ich własnych pomieszczeń izolacyjnych, jakie obowiązkowo od dawna muszą posiadać. Celem jest spełnienie wymogów ministerialnych, aby pacjent hospitalizowany w danej jednostce miał tam pobierany wymaz i był do nas przekazywany dopiero po uzyskaniu wyniku dodatniego na obecność zakażenia SARS 2.



## Bardzo byśmy chcieli, aby epidemia zaczęła wygasać, szykujemy się jednak na najgorszy scenariusz.

### Są efekty?

Ten nadzwyczajny wysiłek, przede wszystkim intelektualny, ale także fizyczny, jaki podjęliśmy, przynosi pierwsze efekty. Chorzy są zaopatrywani jeszcze sprawniej, a profesjonalne podejście zapewnia pacjentowi pełne bezpieczeństwo. Szybka diagnostyka i izolacja już na etapie przedszpitalnym zapobiegają ryzyku zakażenia pacjenta się od innego pacjenta. Wysoki standard udzielonych świadczeń pozwala na reakcję w czasie pozwalającym na podjęcie wczesnego leczenia.

### Testy robicie wszystkim pacjentom?

Nie wykonujemy testów pacjentom bezobjawowym. Odsyłamy ich do domu z zaleceniem, by zadzwonili do sanepidu. Powinni tą drogą otrzymać pomoc. W przypadku pacjentów z objawami, od zeszłego tygodnia nasze laboratorium wykonuje tzw. badanie PCR. Pobieramy w tym celu wymaz z gardła. Wcześniej wymazy wysyłał się do sanepidu, ale stacja ma pulę testów do wykonania w ciągu dnia i jeśli jakieś próbki dotrą ponad limit, badane są dopiero w kolejnym dniu. To strasznie komplikowało nam pracę. Teraz już po kilku godzinach od wykonania testu wiadomo, z jaką sytuacją mamy do czynienia – czy pacjenta przyjąć na oddział, czy odesłać do domu. Pamiętajmy, że według aktualnych wytycznych (na 23 marca), które oczywiście za chwilę mogą się zmienić, pacjenta z potwierdzonym koronawirusem można odesłać do domu, jeśli występują u niego objawy umiarkowane i nie jest on w grupie ryzyka, a ma warunki do kwarantanny domowej i leczenia. Dotychczas nie mogliśmy tak robić, bo bardzo długo czekaliśmy na wyniki.

### Sytuacja w całym kraju jest trudna.

Problem jest z zakupem na rynku wszystkiego – od maseczek, poprzez przyłbice, gogle, kombinezony, respiratory i inne potrzebne środki. Obecnie, dzięki staraniom dyrekcji, a także inicjatywom obywatelskim, mamy zapewniony sprzęt w dostatecznej ilości.

Pacjenci zgłaszają się do nas, bo nie dodzwonili się do sanepidu, a podejrzewają, że mogą być zakażeni koronawirusem i wiedzą, że mamy tzw. szybkie testy. Powinniśmy je jednak wykonywać tylko u pacjentów objawowych. Ja wiem, że to nie jest wina sanepidu, że mają mało ludzi i sprzętu, ale na szczęście dokonują się zmiany, inaczej sytuacja dawno przerosłaby ich możliwości. Stąd dobrą wiadomością jest możliwość wsparcia sanepidu również aparatami Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Sporo problemów zgłaszają nam też szpitale ościenne, które – jak twierdzą – nie otrzymały wsparcia centralnego podobnego jak szpitale jednoimienne.

### Czego jeszcze potrzebujecie?

W naszym SOR liczba pokoi badań i sal do izolacji jest chwilowo wystarczająca. Każdy pacjent powinien być izolowany i robimy wszystko, żeby tak było. Żaden jednak SOR w Polsce nie ma co najmniej 20-30 izolatek. Nikt nie budował SOR-ów pod potrzeby epidemii, stąd obecna rozbudowa kontenerowa.

Chcielibyśmy – niezależnie od systemu zewnętrznych modułowych izolatek kontenerowych – mieć możliwość izolowania części pacjentów wymagających szczególnego nadzoru w tzw. jednoosobowych izolatoriach ciśnieniowych. To mobilne mininamioty z wentylacją podciśnieniową. Umieszcza się tam pacjenta na czas diagnostyki, możliwy jest stały nadzór nad pacjentem na terenie SOR, gdyż są przezroczyste i stawia się je w pomieszczeniach, a nie na zewnątrz. Gdy pacjent zostaje wypisany lub trafia na inny oddział, izolatorium (podobnie jak kontener zewnętrzny) jest dezynfekowane. Szpital bardzo intensywnie poszukuje tych izolatoriów, ale nie jest łatwo je zdobyć – potrzebujemy w tej sprawie pilnego wsparcia Ministerstwa Zdrowia.

Proszę również Koleżanki i Kolegów lekarzy, by nie kierowali do nas wszystkich pacjentów z gorączką, jeżeli pacjent nie ma w wywiadzie kontaktu z osobą potencjalnie zakażoną wirusem, a mogą być inne przyczyny gorączki. Tak jak np. u pacjentów z biegunką klostridialną czy grypą, bakteryjnym zakażeniem opon mózgowo-rdzeniowych, zakażeniem układu moczowego czy ropnym zapaleniem pęcherzyka żółciowego. Należy izolować ich w swoim szpitalu (w tym samym miejscu, gdzie dotąd izolowany był pacjent z *Clostridium difficile*, grypą, czy gruźlicą), tam pobrać wymaz, wysłać do sanepidu i poczekać na wyniki testu. Dopiero po ich uzyskaniu wysłać albo do szpitala zakaźnego lub, w przypadku testu ujemnego, leczyć we własnym zakresie.

Pamiętajmy, że nawet największy jednoimienny szpital zakaźny dysponuje jednak określoną liczbą testów na zakażenie koronawirusem SARS 2, miejsc w oddziale ratunkowym i oddziale zakaźnym, oddziale intensywnej terapii oraz pozostałych łóżek obserwacyjnych – izolacyjnych na innych oddziałach szpitala. Warto byłoby zachować ten potencjał dla pacjentów rzeczywiście zakażonych koronawirusem SARS 2 z rozwiniętymi objawami klinicznymi choroby COVID-19. ■



BARTOSZ KWIATEK

dziennikarz Telewizji Polsat News

## ABSURDALIA

# Zaraźliwe to jest

Nowy wirus, do tego „w koronie”, już zmienił nasze życie i naszą historię. Nie do końca wiadomo jeszcze, jak. Rozmawiamy o nim, uczymy się go, walczymy z nim, próbujemy zrozumieć. Zaraźliwe to jest.

**W**irus stał się częścią naszego życia. Jest obecny w pracy, w domu, na zakupach. Jest niewidzialny i cichy, ale stał się bardzo głośny. W zasadzie nie on, a jego skutki na całym świecie. I zaskoczył. Wciąż zaskakuje. Od 4 marca każdy kolejny dzień to nowe przypadki zakażeń w Polsce. To także trudne decyzje i wprowadzanie obostrzeń, które mają pomóc w walce z wirusem. Społeczna odpowiedzialność, wspólny wysiłek, zrozumienie, solidarność, pomoc, narodowa kwarentanna, zaangażowanie. Wszystko, by zatrzymać rozprzestrzenianie się wirusa.

Lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki, farmaceuci, diagnosty laboratoryjni i cały personel medyczny stają się bohaterami naszych czasów. Koronawirus zabija, a wśród ofiar są ci, którzy ratują ludzkie życie. Choć wiemy, że robią to na co dzień, to w czasach pandemii ich praca i zaangażowanie nabierają szczególnego, wręcz symbolicznego znaczenia. Najtrudniejsza sytuacja jest we Włoszech. To włoscy lekarze ostrzegają koleżanki i kolegów w Europie. Ludzkie życie to cena za błędne i zbyt późne decyzje, cięcia w ochronie zdrowia. Cena najwyższa. Kolejne dni, obok nowych przypadków zachorowań i zgonów, to apel o pomoc. Zaczyna brakować

wszystkiego – ręk do pracy, łóżek, sprzętu, symbolicznych już maseczek i środków dezynfekcyjnych. Mówi się wręcz o załamaniu systemu opieki zdrowotnej w północnych Włoszech. A jak radzi sobie z tym Polska i polscy medycy?

Rząd i minister zdrowia muszą uspokajać. Przekonują, że jesteśmy przygotowani. Mamy znakomicie wykwalifikowanych specjalistów chorób zakaźnych, epidemiologów. Na oddziałach zakaźnych w całym kraju czekają miejsca dla pacjentów zakażonych koronawirusem. Dodatkowo 19 szpitali przekształca się w tzw. zakaźne szpitale jednoimienne. Są dobrze wyposażone, nie brakuje respiratorów. Często mówi się o Agencji Rezerw Materiałowych, która ma uzupełniać braki. Leki, maseczki, kombinezony, środki ochronne. To wszystko jest albo będzie. To faktycznie uspokaja i sytuacja, choć trudna, wydaje się być pod kontrolą. Jednak coraz częściej głos zabrają lekarze, dyrektorzy szpitali, pielęgniarki. Anonimowo i pod nazwiskiem. To bohaterowie „na froncie”. Ich przekazy, prośby, apele nie są już tak optymistyczne.

– W ogóle nie jesteśmy przygotowani. Apelujemy o nieograniczone środki, bo nie wiemy, jak długo potrwa epidemia. Musimy sami być zdrowi. Potrzebujemy masek, kombinezonów, środków dezynfekujących, przyłbic, rękawiczek – mówi kierownik SOR-u dużego szpitala w Wielkopolsce.

– Fartuch, który nam przysługuje, to jedna sztuka na rok. To nas bardzo niepokoi – mówi rezydent z Dolnego Śląska. – Czy teraz się to zmieni? – pyta.

– To jakiś absurd. Dyrekcja się od nas odgradziła. Nie informuje nas, co otrzymamy z Agencji Rezerw Materiałowych czy z resortu zdrowia. Brakuje podstawowych środków ochrony osobistej. Z piątku na sobotę pojawiła się pacjentka z Ukrainy z podejrzeniem koronawirusa. Dostaliśmy potwierdzenie, że dodatnia. No jest strach, obawa, nie ma co ukrywać – mówi lekarka z Lubelszczyzny.

– Jak bym powiedział, że brakuje wszystkiego, to bym się pewnie minął z prawdą. Brakuje przede wszystkim ubrań ochronnych – przyznaje dyrektor szpitala w Krakowie.

– Wszyscy płacimy ogromną cenę za nierozwiązane problemy służby zdrowia. Odpowiadają za nie wszystkie rządzące ekipy. Zapasy w szpitalu wystarczą nam na cztery dni. To paranoja. Mówienie, że jesteśmy przygotowani do walki z wirusem, to absurd. Trudno się do takiej walki przygotować. Nie da się przewidzieć takiego zagrożenia epidemicznego – mówi specjalista chorób zakaźnych.

– W tej walce, która się rozpoczęła, ważne są wszystkie środki, dzięki którym możemy podjąć się opieki nad pacjentami. Od dłuższego czasu brakuje środków ochrony osobistej. My je próbujemy kupić zewsząd, na rynku krajowym i zagranicznym. Niestety ich nie ma. Nie chcemy ich kupować w sytuacji, gdy ceny są spekulacyjne. My, jako szpital, w trakcie leczenia już teraz, kiedy mamy zaledwie trzech pacjentów z potwierdzonym zakażeniem i kilku z podejrzeniem, zużywamy około 200-300 kompletów odzieży ochronnej na dobę, a to będzie wzrastać – alarmuje lekarz z Małopolski.

– Pracuję w oddziale przekształconym do przyjęć Covid-19. Wszystko się przewróciło do góry nogami. Nie możemy już leczyć. Nikogo innego, w tym chorych z guzem płuca, astmą, innych... Oni oczywiście nadal są i nas potrzebują. Inne oddziały są opróżniane dla potrzeb dalszych przyjęć. **SYTUACJA JEST POWAŻNA!** Polska służba zdrowia od dawna postuluje o większą kadrę i zwiększenie nakładów. Bogata służba zdrowia Lombardii nie uniosła epidemii – pisze internista, pulmonolog ze Śląska.

Emocje są ogromne. Takich głosów, wpisów w sieci, apeli nie brakuje. Napływają z całej Polski.

– To od nas wszystkich, w tym od was, zależy scenariusz, czy środków wystarczy, czy kadra medyczna to uniesie. Pracujemy w ogromnym stresie, a najgorsze dopiero przed nami i obyśmy nie musieli dokonywać takich wyborów, jak Włosi, którzy nie mają sprzętu dla wszystkich... – mówi anonimowo lekarka.

Takie głosy wzbudzają niepokój. Dodatkowo znajomi medycy potwierdzają mi w prywatnych rozmowach to, co mówią ich koleżanki i koledzy. Ale to nie jest tylko mój niepokój. To społeczny niepokój. Bo takie informacje bardzo szybko się rozprzestrzeniają. Odpowiada na nie rząd. I znowu uspokaja.

– Środki ochrony osobistej, bo na tym najbardziej zależy szpitalom, są kierowane w pierwszej kolejności do szpitali i oddziałów zakaźnych. To tam jest ta pierwsza linia frontu.

Tam będzie zetknięcie z koronawirusem, z osobami zakażonymi i z podejrzeniem zakażenia. Więc tam ten sprzęt jest niezbędny. Do wszystkich szpitali zakaźnych wyszedł sprzęt – po tysiąc maseczek, kombinezonów. Wszystko, co mamy, kierujemy do jednoimiennych szpitali zakaźnych, które funkcjonują w każdym województwie. Jeśli tego sprzętu będzie brakować, to szpital wnioskuje do nas, a my wysyłamy kolejną partię – tłumaczy urzędnik resortu zdrowia.

Dyrektorzy i menedżerowie też mogą ustyszeć, że nie zabraknie pieniędzy. Uspokaja Narodowy Fundusz Zdrowia i przekonuje, że zabezpiecza szpitale. – Z jednej strony te szpitale zatrzymują ryczałt, który miały. Dodatkowo zostanie uruchomiony dodatek za gotowość, który będzie w zależności od liczby łóżek zakaźnych i łóżek respiratorowych przeliczany na każdy szpital – słyszemy na konferencji prasowej.

Każdego dnia rozmawiam o koronawirusie. O szpitalach i ich przygotowaniu, o kolejnych zakaźnych, o liczbie wykonywanych testów, o pracownikach ochrony zdrowia i ich problemach. W mediach powstają programy specjalnie poświęcone koronawirusowi. Czuję, że wszyscy się uczymy. Budujemy społeczną, obywatelską odpowiedzialność. I jesteśmy do tego zachęceni. Samorządowcy z różnych regionów Polski podkreślają, że egzamin z obywatelskiej odpowiedzialności Polacy zdają lepiej niż Włosi. I nie chodzi tutaj wyłącznie o przestrzeganie tych podstawowych zasad higieny, mycia rąk, stosowania się do koniecznych ograniczeń. Robimy coś więcej. Kryzys i powaga sytuacji zmuszają do działania. Ludzie mówią o lekarzach, pielęgniarzach, ratownikach – to nasi bohaterowie. Chcemy im pomóc. Chyba w każdym regionie kraju, w małych ojczyznach powstają godne naśladowania inicjatywy, akcje. Bo liczy się każdy gest wsparcia.

Maseczki dla krakowskich medyków – z taką inicjatywą wychodzi jedna ze szwalni w Krakowie. Szyją też czepki ochronne. Pracownicy z zielonogórskiego szpitala nie czekają beczynnie na kolejne dostawy, zaczynają szyć maseczki sami. Wychodzi po ok. 60 sztuk na godzinę. Co minutę nowa maseczka. Wykonane są z włókniny. Zanim trafią na oddział zakaźny, są poddawane dezynfekcji termicznej.

Maseczki szyje też znana projektantka. Pyta znajomych lekarzy, jakie mają spełniać normy. Epidemia zatrzymała jej biznes. Nie szyje nic innego. Nic nie sprzedaje. Chce pomóc. W jej szwalniach powstają maseczki dla szpitali w Gdańsku, Zielonej Górze i Szczecinku. Nie ma rozmowy o pieniądzach.

Lekarz z Gdyni dziękuje wszystkim, którzy dostarczają jedzenie do szpitali: – My często nie możemy opuścić miejsca pracy, żeby kupić coś do jedzenia. Dziękuję wszystkim restauratorom, właścicielom barów za to, że dowożą nam systematycznie jedzenie. Dzięki temu możemy tutaj egzystować. Dziękujemy też za wsparcie psychologiczne, bo czujemy tę solidarność i wdzięczność za naszą pracę.

Niezależnie od wykonywanych zawodów, od poglądów politycznych, dla bohaterów z pierwszej linii walki z koronawirusem. Bo tak trzeba. Takie inicjatywy cieszą. Budują. Poprawiają nastrój i zwiększają poczucie bezpieczeństwa. Wszystkich, nie tylko obdarowywanych. W zaangażowaniu i społecznej jedności czuję moc. To wcale nie jest górnolotne stwierdzenie. Jest ludzkie, z serca.

Absurdem jest myśleć inaczej. Absurdem jest beczynność. Absurdem jest jednostronna krytyka. Z wirusem walczyliśmy wszyscy i tę walkę wygramy. Słyszałem to już wielokrotnie i od wielu lekarzy.

Najnowszy film o przygodach Jamesa Bonda miał wejść do kin na początku kwietnia. Producenci przesunęli jego premierę na jesień. 25. część słynnej serii mamy zobaczyć w listopadzie. Bond jest superbohaterem. Jest często na pierwszej linii frontu i ocala świat. W obliczu pandemii świat potrzebuje ocalenia. Wiemy, jakich mamy bohaterów, kim są w tej walce. Możemy na nich liczyć i oni na nas. Tytuł najnowszego filmu o Bondzie powstał przed SARS-CoV-2 i Covid-19. „Nie czas umierać” („No Time to Die”). ■

“

**Koronawirus zabija, a wśród ofiar są ci, którzy ratują ludzkie życie.**

## OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

# Walka o bezpieczeństwo pacjentów i lekarzy



biura OIL. Łódzcy samorządowcy apelują też do lekarzy prowadzących prywatne praktyki lekarskie o zachowanie bezpieczeństwa swojego i pacjentów poprzez stosowanie wszelkich dostępnych środków ochrony indywidualnej oraz dekontaminacyjnych, a także dokonywanie ustaleń niezbędnych do ograniczenia ryzyka transmisji koronawirusa SARS-CoV-2, w szczególności poprzez ankietowanie pacjentów w tym kierunku, co pozwoli uniknąć kontaktów z osobami będącymi potencjalnymi nosicielami wirusa, a w przyszłości roszczeń odszkodowawczych pacjentów.

**O**kręgowe izby lekarskie wydają liczne apele i komunikaty związane z obecną, trudną sytuacją epidemiczną w kraju, dotyczącą rozprzestrzeniania się koronawirusa powodującego COVID-19. Zwracają w nich m.in. uwagę na duże niedobory środków ochrony indywidualnej dla personelu medycznego, a także same angażują się w zbiorce takich produktów.

opisane w instrukcji Światowej Organizacji Zdrowia”. Izba zadeklarowała też wsparcie w organizacji dystrybucji uzyskanych materiałów.

**Kraków.** 16 marca prezes ORL Robert Stępień, w imieniu Rady, zwrócił się do wojewody małopolskiego o podjęcie pilnych działań zmierzających do stworzenia minimalnych warunków, które umożliwią zapewnienie pacjentom koniecznych świadczeń zdrowotnych w przypadkach nagłych, ale niezwiązanych z zakażeniem koronawirusem. Zapewnił też o zapewnieniu placówkom medycznym środków ochrony indywidualnej dla personelu medycznego oraz koniecznych środków dezynfekcyjnych.

**Poznań.** 13 marca prezes ORL Artur de Rosier wystosował list otwarty do lekarzy i lekarzy dentyków swojej izby, w którym deklaruje m.in. że nie będzie ustawać w naciskach na polityków i zarządzających o pomoc w zabezpieczeniu wszystkim lekarzom godnych warunków pracy. Wielkopolska Izba Lekarska przystąpiła też do akcji koronazglovy.pl, w ramach której przyjmowane są zgłoszenia potrzeb lekarzy i lekarzy dentyków na środki indywidualnej ochrony, a także zgłoszenia tych, którzy chcą je podarować.

**Łódź.** Prezydium ORL przyjęło stanowisko, w którym przypomina lekarzom i lekarzom dentykom o obowiązkach pracodawców dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa pracownikom i prosi o nadsyłanie informacji o nieprzestrzeganiu przepisów do

**Rzeszów.** Prezes ORL Wojciech Domka oraz przewodniczący komisji etyki tej izby Krzysztof Marchewka zwracają z kolei uwagę, żeby w obliczu zagrożenia epidemicznego zachować rozsądek i empatię. Przypominają także, że wszystkie instytucje odpowiedzialne za ochronę zdrowia oraz dyrekcje placówek medycznych zobowiązane są do należytego zabezpieczenia lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia w niezbędny sprzęt ochronny. „Pamiętajmy o naszym powołaniu i obowiązkach. Egzekwujmy nasze prawa” – piszą w komunikacie do lekarzy i lekarzy dentyków.

**Tarnów.** Prezes ORL Tomasz Kozioł zachęca do regularnego sprawdzania informacji o bieżącej sytuacji epidemicznej u godnych zaufania źródeł – przede wszystkim w oficjalnych komunikatach.

**Opole.** Prezes ORL Jolanta Smerkowska-Mokrzycka zwraca się do lekarzy i lekarzy dentyków z prośbą, aby ci, zawieszając przyjęcia pacjentów w praktykach, pozostawali w kontaktach ze swoimi pacjentami (telefonicznie, mailowo) – tak, by mogli oni uzyskać poradę lub e-receptę.

To tylko wybrane inicjatywy podejmowane w niektórych izbach. Na stronach internetowych wszystkich OIL można zapoznać się wieloma cennymi działaniami podejmowanymi w związku z epidemią. ■



**Okręgowe izby lekarskie wydają liczne apele i komunikaty związane z obecną, trudną sytuacją epidemiczną w kraju.**

**Katowice.** ORL w dokumencie podjętym 11 marca zaapelowała do dyrektorów szpitali oraz władz wojewódzkich i samorządowych o uznanie bezpieczeństwa personelu medycznego za priorytet w walce z epidemią COVID-19 w Polsce i zapewnienie wystarczającej liczby sprzętu i środków ochrony osobistej dla personelu medycznego.

**Warszawa.** Tego samego dnia Prezydium ORL zaapelowało do centralnych władz publicznych „o podjęcie natychmiastowych działań mających na celu uzupełnienie braków, przede wszystkim w zakresie jednorazowych masek chirurgicznych, fartuchów/kombinezonów, rękawic ochronnych i testów diagnostycznych spełniających standardy



## Zmiana organizacji pracy w biurach

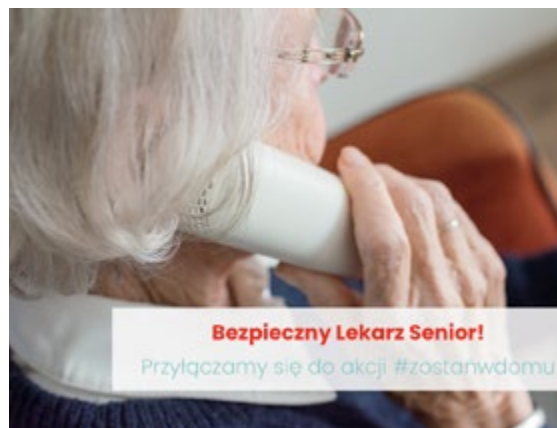
**A**by zminimalizować ryzyko zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, w połowie marca biura okręgowych izb lekarskich rozpoczęły pracę w trybie dyżurowym. Część izb działa wyłącznie w trybie zdalnym, prosząc o kontakt tylko za pośrednictwem e-maila, telefonicznie lub za pomocą poczty tradycyjnej.

Podobne rozwiązania zostały wprowadzone w przypadku pracy kancelarii okręgowych sądów lekarskich i biur rzeczników odpowiedzialności

zawodowej, odraczane są także przesłuchania, posiedzenia oraz rozprawy. Ponadto odwoływane są kursy, szkolenia, konferencje i inne spotkania. Jak długo potrwa ta sytuacja? Szczegóły i aktualne komunikaty są dostępne na stronach internetowych OIL.

Portale izbowe to także doskonałe źródło wiedzy na temat aktualnej sytuacji epidemicznej. Wiele izb zamieszcza tam informacje związane z sytuacją związaną z SARS-CoV-2, w tym najnowsze zalecenia, rozporządzenia GIS i NFZ. ■

## Bezpieczny Lekarz Senior



**W** związku z epidemią, Wielkopolska Izba Lekarska oraz Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland zorganizowali akcję dla lekarzy seniorów, lekarzy z obniżoną odpornością, a także lekarzy dyżurujących, oferując, że pomogą im m.in. w realizacji recepty w aptece, załatwieniu spraw na poczcie oraz w zakupie artykułów pierwszej potrzeby (spożywczych, przemysłowych i chemicznych). Deklarują także chęć pomocy w opiece nad dziećmi bądź zwierzętami. ■

## OZL odwoływane

**K**oronawirus pokrzyżował plany organizatorom okręgowych zjazdów lekarzy, które tradycyjnie odbywają się w połowie każdej kadencji. W większości przypadków OZL były zaplanowane na marzec br. W związku z obecną sytuacją, wydarzenia te, jedno po drugim, są przenoszone na inny termin.

Na przykład Sprawozdawczy Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Łodzi przełożono na 9 maja. Z kolei OZL Beskidzkiej Izby Lekarskiej odbędzie się 30 maja, OZL Lubelskiej Izby Lekarskiej – 3 czerwca, a OZL

Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej odbędzie się we wrześniu.

Podobne decyzje podjęły też inne izby. Część z nich w momencie publikacji tego wydania „GL” jeszcze nie podała nowych terminów zjazdów. Robert Stępień, prezes ORL w Krakowie, informuje, że nowy termin OZL tej izby zostanie podany po zmianie sytuacji epidemicznej w kraju i Europie oraz zmianie obowiązujących obecnie rekomendacji Głównego Inspektora Sanitarnego. Warto śledzić strony internetowe OIL, by mieć dostęp do najświeższych informacji w tej sprawie. ■

## Wsparcie psychologiczne

**I**zby lekarskie starają się wspierać lekarzy także pod względem psychologicznym. Taką pomoc dla swoich członków uruchomiła m.in. OIL w Łodzi. – Każda osoba zmagająca się aktualnie z różnego rodzaju kryzysem może bezpłatnie otrzymać pomoc od doświadczonych terapeutów. Na początek proponujemy każdemu coś na kształt interwencji kryzysowej, tzn. że osobie zgłaszającej się po wsparcie przysługuje do trzech spotkań, po godzinie każde – wyjaśnia Mateusz Kowalczyk, sekretarz ORL w Łodzi. Aby skorzystać z pomocy, trzeba wystąpić wiadomością na adres wsparcie@oil.lodz.pl.

Wsparcie psychoterapeutów oferuje też dla swoich członków np. Wielkopolska Izba Lekarska. Codziennie w godz. 20.00-21.00 jest dyżur specjalisty psychiatrii i internisty Stefani Czernieckiej-Tomkowiak (e-mail: stefatomkowiak@po.home.pl). ■

## Odszkodowanie w razie zakażenia

**OIL** w Warszawie obejmie ubezpieczeniem stu lekarzy swojej izby, u których dojdzie do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w pracy. Wysokość jednorazowej wypłaty to 5 000 zł. Szczegóły po numerem telefonu: 22 542 83 39 lub drogą mailową: m.lisieski@oilwaw.org.pl. Warszawska izba zachęca także lekarzy do przysyłania pytań dotyczących ich praw i obowiązków w związku ze stanem epidemii w naszym kraju. Pomocą służy kancelaria działająca w izbie w ramach programu „Prawnik dla lekarza”. ■

LUCYNA  
KRYSIAK

dziennikarz

## 100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE

# Wspólnota w działaniu

Na mocy ustawy z 11 stycznia 1938 r. o izbach lekarsko-dentystycznych stomatolodzy uzyskali swój samorząd zawodowy, który wzorowany był na izbach lekarskich.

**R**adość trwała jednak krótko, bo wraz z wybuchem II wojny światowej ich działalność została przerwana i już nigdy nie odrodziła się we wcześniejszym kształcie.

Kiedy w 1989 r. doszło do reaktywacji samorządu lekarskiego, stomatolodzy stali się jego nierozdzielalną częścią. Lekarze dentyści jednak, a przynajmniej ich część, wciąż tęsknią za autonomią i co jakiś czas wybuchają gorąca dyskusja na ten temat.

## POD ZABORAMI

Jak zaznacza Zygmunt Wiśniewski w książce „Lekarze i Izby Lekarskie w Drugiej Rzeczypospolitej”, znaczna część środowiska lekarskiego w dwudziestoleciu międzywojennym nie była przychylna dążeniom stomatologów do utworzenia własnego samorządu. Najbardziej protestowała Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka. Sprzeciw budziło przede wszystkim używanie w nazwie izb „lekarsko-dentystyczne”, gdyż pokutował wówczas pogląd, że stomatologia jest bardziej rzemiosłem niż zawodem lekarskim.

Tego rodzaju opinie były pokłosiem różnic w sposobie kształcenia stomatologów pod zaborami. Pod zaborem rosyjskim stomatologii nauczano w 3-letnich szkołach techniki dentystycznej o profilu rzemieślniczym, natomiast pod zaborami: austriackim i pruskim – dopiero po ukończeniu uczelni medycznej można było specjalizować się w tej dziedzinie.



III Zjazd Stomatologów w Krakowie, 1928 r. Na zdjęciu m.in. prof. Antoni Cieszyński (pierwszy z lewej) i prof. Wincenty Łepkowski (stoi na pierwszym stopniu schodów w środku)

Stomatolog i społecznik Symch Wąjs w swojej publikacji „Wybrane wydarzenia z historii dentystyki” pisze, że w 1891 r. powstała w Warszawie pierwsza prywatna szkoła dentystyczna założona przez J. Levy'ego, w 1897 r. kolejną, którą otworzył Ludwik Szymański, a w 1909 r. uruchomiona została jeszcze jedna placówka o tym profilu kształcenia. Zwraca uwagę fakt, że wszystkie odzwierciedlały system edukacji preferowany przez zaborców rosyjskich, a więc bardziej rzemieślniczy niż medyczny.

Inaczej było w południowej Polsce. W 1899 r. wykłady z dentystyki zostały zaliczone do studium Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, a w 1903 r. powstał, przy wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Instytut Stomatologiczny, którego założycielem był prof. Wincenty Łepkowski, pionier nowoczesnej dentystyki w Polsce (w 1906 r. utworzył Związek Stomatologów Polskich, a w 1912 r. – „Kwartalnik Stomatologiczny”).

Śledząc te wydarzenia, można stwierdzić, że zawód lekarza dentysty nabierał coraz większego znaczenia, zwłaszcza w kontekście szerzących się wówczas chorób jamy ustnej, braku higieny i spójnych działań na rzecz objęcia społeczeństwa opieką dentystyczną. W 1900 r. na IX Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich z inicjatywy Bolesława Dzierżanowskiego utworzono Samodzielną Sekcję Dentystyczną, która miała zajmować się sprawami tej grupy zawodowej. Zanim więc stomatolodzy utworzyli swój samorząd, ich sprawami zawodowo-bytowymi i naukowymi zajmowały się towarzystwa odontologiczne i związki oraz stowarzyszenia zawodowe i zawodowo-społeczne, na czele których stali wybitni przedstawiciele tego zawodu.

## PERFEKCYJNIE PRZYGOTOWANI

Stomatologom bardzo zależało na własnym samorządzie, ale wiedzieli, że budując jego struktury od podstaw, muszą mieć nie tylko ogólną wizję jego funkcjonowania, ale szczegółowo opracowane cele. Centrum tych przygotowań stanowił Państwowy Instytut Dentystyczny, który w 1933 r. został zaliczony do wyższych szkół akademickich i uzyskał nazwę Akademii Stomatologicznej. Jedną z ważnych osób, które zaangażowały się w ten proces, był prof. Antoni Cieszyński. Ten wybitny lekarz dentysta, prekursor polskiej stomatologii, ceniony również w świecie (był członkiem honorowym towarzystw stomatologicznych w Waszyngtonie,



Buenos Aires, Pradze, Wiedniu i przewodniczącym Komitetu Narodowego Międzynarodowego Związku Dentystrycznego), jako kierownik Katedry Dentystryki UJK i Lwowskiego Państwowego Instytutu Medycyny, a później dziekan Wydziału Lekarskiego UJK, miał ogromne wpływy, których nie wahał się użyć w staraniach o dentystryczny samorząd lekarski. Rozumiał, co na tamte czasy było czymś nowatorskim, że stomatologii trzeba uczyć inaczej, ponieważ są istotne różnice w wykonywaniu zawodu technika dentystrycznego, lekarza i lekarza dentystry. Doprowadził więc do powstania Wydziału Dentystrycznego na Uniwersytecie we Lwowie, co na zawsze odmieniło poglądy na temat kształcenia stomatologów i wprowadziło nowe standardy w tym zakresie.

#### CZTERY IZBY

Piotr Kordel, analizując okres aktywności lekarzy dentystrów w przedwojennej Polsce, w swojej rozprawie „Geneza, struktura i funkcjonowanie samorządu lekarskiego w Polsce w latach 1989-2009” podkreśla, że zadania i struktura organizacyjna korporacji lekarzy dentystrów były analogiczne z zadaniami i strukturą izb lekarskich. A więc wzorowali się oni na istniejącym już schemacie.

Ten schemat zastosowano też, powołując okręgowe izby lekarsko-dentystryczne. Na mocy rozporządzenia ministra opieki społecznej z 30 kwietnia 1938 r. o ustanowieniu okręgowych izb lekarsko-dentystrycznych, powołano cztery izby: w Warszawie (obejmującą miasto stołeczne), w Poznaniu (o zasięgu województw: łódzkiego, pomorskiego, poznańskiego i śląskiego), w Wilnie (obszary województw: białostockiego, nowogrodzkiego, poleskiego, warszawskiego i wileńskiego) oraz w Krakowie, która swoim zasięgiem objęła województwa: kieleckie, krakowskie, lubelskie, lwowskie, stanisławowskie, tarnopolskie i wołyńskie. Postawiono też komisarza rządowego – Witolda Wojnarskiego, który jesienią 1938 r. zorganizował wybory do okręgowych izb.

W Warszawie prezesem został lekarz dentysta Stefan Mieszkis, w Poznaniu



– Władysław Piątkowski, w Wilnie – Adam Wolański, a w Krakowie – Kazimierz Dominiak. Z końcem 1938 r. swoją działalność rozpoczęła też Naczelna Izba Lekarsko-Dentystryczna, na czele której stanął Julian Łączynski. NIL-D niemal natychmiast po wyborach zaczęła wydawać „Dziennik Urzędowy Izby Lekarsko-Dentystrycznej”, który stał się ważnym narzędziem informacyjnym.

Samorząd lekarsko-dentystryczny zaczął swoją działalność od prac nad nową ustawą o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystrycznej, chcąc tym samym zastąpić obowiązujące wówczas rozporządzenie Prezydenta RP z 1934 r., które nie pasowało do realiów panujących na rynku usług dentystrycznych. Chciał też zająć się tworzeniem przepisów dotyczących postępowania dyscyplinarnego w izbach. Jako jedno z pierwszych ukazało się zarządzenie NIL-D o ogłoszeniach w prasie codziennej oraz treści szyldów. Zatem już wtedy, mimo że nie było telewizji i internetu, dostrzegano zagrożenie wynikające z niekontrolowanej i nieusankcjonowanej prawnie reklamy. W ogarniętym kryzysem ekonomicznym dwudziestolecia międzywojennym lekarz dentysta musiał sam zabiegać o pacjenta, a reklamowanie się w prasie i na szyldach często balansowało na granicy przestrzegania zasad etyki zawodowej.

#### MÓC DECYDOWAĆ O SOBIE

Prof. Halina Ey-Chmielewska, wieloletni nauczyciel akademicki i członek Rady Ośrodka Historycznego w NRL uważa, że stomatologia zawsze rzadziła się swoimi prawami, zarówno jeśli chodzi o systemy kształcenia

lekarzy dentystrów, jak i samorząd lekarski. – Powrót do tego, co było przed wojną, nie był możliwy, ponieważ stomatolodzy w obecnych realiach są zbyt małą strukturą, aby móc się utrzymać jako niezależny byt. Kiedy jednak w 1989 r. reaktywowano samorząd lekarski, niezyskujący już profesorowie: Józefowicz, Fortuna i Żak, którzy aktywnie uczestniczyli w tym procesie, wielokrotnie odnosili się do przedwojennego okresu, szczególnie jeśli chodzi o zasady odontologii oraz postawy społecznikowskie. Mówili wówczas: „nie damy rady wyrwać z rąk komunistów dwóch samorządów lekarskich, więc łączymy siły i idziemy razem z lekarzami, ale z wartościami, które w nas wpoili nasi wybitni poprzednicy – wspomina prof. Halina Ey-Chmielewska.

Jej zdaniem fakt, że samorząd lekarsko-dentystryczny, choć na krótko, ale zaistniał w świadomości stomatologów jako autonomiczny byt, daje punkt odniesienia do idei, która przyświeca tej grupie zawodowej przez cały czas, czyli „móc decydować o sobie”. Podkreśla, że ten rok działalności samorządu lekarsko-dentystrycznego przed wojną był za krótki, aby móc okrzepnąć, ale nadał stomatologii własną tożsamość, stworzył także warunki, by wykonujący zawód lekarza dentystry mogli kształtować swoją osobowość prawną. To wówczas narodziło się przekonanie, jak ważną rolę w systemie ochrony zdrowia pełni stomatologia w obliczu ogólnie panujących chorób, w tym jamy ustnej i braku dostępności uboższych warstw społeczeństwa do usług dentystrycznych. ■

Fragment wnętrza sali ćwiczeń w Instytucie Stomatologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

## OPINIODAWSTWO SĄDOWO-LEKARSKIE

# Bycie biegłym to obciążenie

Potrzebne jest nowe prawo, które ureguluje status biegłego lekarza sądowego w systemie wymiaru sprawiedliwości.

TEKST LUCYNA KRYSIAK, DZIENNIKARZ

**S**pośród około 16 tys. biegłych sądowych w Polsce, ponad 3 tys. stanowią lekarze i jest ich zdecydowanie za mało, aby sprostać oczekiwaniom sądów. Szczególnie dotyczy to zapotrzebowania na opinie z zakresu psychiatrii czy neurochirurgii dziecięcej, ale także np. medycyny pracy. Na przykład w Gliwicach jest tylko jeden biegły lekarz sądowy z zakresu medycyny pracy, a w Sądach Okręgowych w Częstochowie, Bielsku Białej, Świdnicy czy Płocku – nie ma ani jednego.

Samorząd lekarski podejmuje działania, aby zmienić tę sytuację, ale bycie biegłym w obecnych warunkach jest dla lekarza obciążeniem i chętnych jest coraz mniej.

## BAŁAGAN LEGISLACYJNY

Dzieje się tak, ponieważ brakuje zachęt finansowych i merytorycznych, aby lekarze decydowali się szkolić w tym kierunku. Nie zawsze też są poprawne relacje między biegłymi lekarzami sądowymi a sądami, szczególnie tych najniższych instancji. Ryszard Szozda, kierownik Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa Naczelnej Izby Lekarskiej, wskazuje, że wynagrodzenia biegłych lekarzy sądowych są wciąż na zenująco niskim poziomie oraz wytyka

systemowi bałagan legislacyjny, który dopuszcza różne interpretacje przepisów dotyczących wynagrodzeń w sprawach cywilnych i karnych. Lekarz bez specjalizacji za godzinę pracy przy sporządzaniu opinii jako biegły otrzymuje od 22,9 zł do 32,39 zł. Stawka godzinowa dla lekarza z dyplomem wynosi 45,63 zł, dla dra hab. – 55,11 zł, a profesora – 70,32 zł, i są to kwoty brutto. W przypadku bardziej skomplikowanej opinii stawka może wzrosnąć o 50 proc. Z kolei np. Kodeks postępowania cywilnego stanowi, że po zapoznaniu się z aktami sprawy biegły może określić, jaka kwota mu przysługuje, nie opierając się na ustalonych stawkach, ale w oparciu o stawki rynkowe. Sąd, po zasięgnięciu opinii stron, ma prawo się na taką wycenę zgodzić lub nie. Ostatnio często się nie zgadza. Niestety przepis nie wskazuje, co dalej w takiej sytuacji.

– Jestem w posiadaniu dokumentów, które dowodzą, że sądy zmniejszały biegłym lekarzom sądowym ich wynagrodzenie, uzasadniając swoje decyzje tym, że opinie są „zbyt dokładne”, a sąd takowych nie zamawiał – tłumaczy Ryszard Szozda. Dodaje, że zdarza się także kwestionowanie przez sądy liczby godzin podanych przez lekarza sporządzającego opinię w karcie pracy. Tak więc z jednej strony sąd przyjmuje opinię biegłego, z drugiej zarzuca mu nierzetelność i obniża wynagrodzenie.

## BYĆ PARTNEREM

Ośrodek ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa NIL został powołany na początku obecnej kadencji w celu opracowywania standardów edukacji biegłych lekarzy sądowych, zasad taktyki procesowej, określenia zakresu wiedzy niezbędnej biegłemu oraz pisania opinii. Te standardy pozwoliłyby m.in. ujednoczyć zasady szkoleń biegłych w izbach okręgowych. Dążeniem ośrodka jest jednak zmiana statusu biegłego lekarza sądowego w systemie wymiaru sprawiedliwości.

– Chodzi nam nie tylko o wynagrodzenia, ale o partnerstwo. Nie jesteśmy urzędnikami podległymi sądom, ale specjalistami w swoich dziedzinach i powinniśmy być właściwie traktowani i wykorzystywani przez wymiar sprawiedliwości – podkreśla Ryszard Szozda i mówi, że dotyczy to również dyspozycyjności biegłych. Prawnicy wzywają ich na rozprawy w celu przesłuchania, nie licząc się z tym, że lekarz ma umówionych pacjentów na określony termin. Po interwencjach byłego już prezesa jednej z okręgowych izb lekarskich uzgodniono z sądami, że termin musi być ustalony z biegłym, aby ten nie musiał wybierać między sądem a pacjentem. W Gliwicach i Katowicach, ale też np. w Opolu czy Krakowie, sądy stosują się do tych wymogów.

– To powinno być normą, wówczas nasze kontakty nie będą tak napięte i staną się partnerskie – przekonuje Ryszard Szozda. Biegły sądowy, w tym wypadku lekarz, do postępowania procesowego wnosi swoją wiedzę medyczną i dodatkowe kompetencje nabyte w trakcie rozlicznych szkoleń, lecz nie jest instytucjonalnie umocowany w systemie prawnym i sądy powinny to szanować. Izby okręgowe mogłyby prowadzić listę przeszkolonych przez siebie biegłych i w ten sposób pomagać wymiarowi sprawiedliwości w znajdowaniu właściwych do sprawy ekspertów, ale nie na zasadzie podległości instytucjonalnej. ■

45,63 ZŁ

Taka jest stawka za godzinę pracy przy sporządzaniu opinii przez biegłego lekarza sądowego z dyplomem.

# Nowa era leczenia przeciwzakrzepowego?

Dotychczasowe badania kliniczne oceniające NOAC w prewencji powikłań zakrzepowo-zatorowych u pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków wykazały istotnie większą redukcję tych i innych incydentów sercowo-naczyniowych przy równoczesnym mniejszym ryzyku powikłań krwotocznych.

TEKST PROF. DR HAB. N. MED. **MARCIN GRABOWSKI**  
KARDIOLOG, HIPERTENSJOLOG, SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH  
I KATEDRA I KLINIKA KARDIOLOGII, WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

**S**pośród dostępnych już od kilku lat w Polsce NOAC'ów, wyróżniającym się nie tylko popularnością w stosowaniu, ale również pod względem ilości wskazań, jest rivaroksaban. Jeszcze do niedawna rivaroksaban był przede wszystkim stosowany w leczeniu przeciwzakrzepowym u pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków i zakrzepicą i/lub zatorowością płucną w dawkach 15mg i 20mg. W tych wskazaniach jest w chwili obecnej zdecydowanie najczęściej stosowanym NOAC w Polsce, a ostatnio stał się nawet częściej stosowany niż VKA.

„Dawka naczyniowa” rivaroksabanu 2,5mg w połączeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA) została zarejestrowana u pacjentów z chorobą wieńcową lub objawową chorobą tętnic obwodowych na podstawie wyników badania COMPASS. Badanie to, gdzie połączenie rivaroksabanu 2,5mg i ASA było porównywane z monoterapią ASA, zostało przerwane przedwcześnie z powodu ewidentnej skuteczności skojarzenia: redukcja zgonów o 18%, łącznie zgonów sercowo-naczyniowych, zawałów i udarów o 24%. Subanalizy wyników dodatkowo wykazały, że u pacjentów z chorobą wieńcową redukcja zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych była o 25%, a zgonów z dowolnej przyczyny o 23%; u pacjentów z chorobą tętnic obwodowych odnotowano redukcję ostrego niedokrwienia kończyn o 44% i dużych amputacji o 70% RRR. Dodatkowo rivaroksaban 2.5mg z ASA redukował w całej populacji badania ryzyko udaru niedokrwiennego o 49%, natomiast u pacjentów w prewencji wtórnej o 67%.

Idąc w ślad za ogłoszonymi wynikami badania COMPASS, Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) w swoich wytycznych dot. postępowania w przewlekłych zespołach wieńcowych (dawniej stabilna choroba wieńcowa) z 2019 roku, uznały, że należy rozważyć dodanie do ASA drugiego leku przeciwzakrzepowego, takiego właśnie jak rivaroksaban 2.5mg, w długoterminowej prewencji wtórnej u pacjentów z wysokim ryzykiem zdarzeń niedokrwienych i bez wysokiego ryzyka krwawienia. Podobnie wytyczne ESC dotyczące cukrzycy mówią, że pacjent z chorobą wieńcową lub objawową chorobą tętnic kończyn dolnych i cukrzycą jest automatycznie pacjentem bardzo wysokiego ryzyka i należy rozważyć dodanie do ASA drugiego leku przeciwzakrzepowego, takiego jak rivaroksaban; a wytyczne Europejskiego Towarzystwa Medycyny Naczyniowej (ESVM), że leczenie skojarzone ASA 100 mg i rivaroksabanem 2,5 mg należy rozważyć u pacjentów z chorobą tętnic obwodowych bez wysokiego ryzyka krwawienia lub innych przeciwwskazań.

Biorąc pod uwagę powyższe dane z badania COMPASS oraz aktualizację ostatnich wytycznych dot. przewlekłego leczenia pacjentów z przewlekłą postacią choroby miażdżycowej, należy spodziewać się zmiany dotychczasowej praktyki klinicznej w postaci monoterapii ASA, na terapię skojarzoną, np. w połączeniu z małą dawką leku przeciwkrzepliwego, jakim jest rivaroksaban - szczególnie u pacjentów z wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych z chorobą wieńcową, chorobą tętnic obwodowych kończyn dolnych lub pacjentów narażonych na udar. Zagadnienie jest o tyle ciekawe, że dotyczy ogromnej populacji, ponieważ ilość pacjentów w naszym kraju z chorobą wieńcową lub chorobą tętnic obwodowych szacuje się powyżej dwóch milionów pacjentów. ■

# DOSKONALENIE I UMIEJĘTNOŚCI

Projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zakłada wprowadzenie zmian w zakresie doskonalenia zawodowego, ma także pojawić się certyfikacja umiejętności zawodowych.

Zostanie rozszerzona możliwość zdobywania **punktów edukacyjnych** za granicą za udział: w kursie medycznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji; w kursie medycznym realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem, który uzyskał akceptację NRL; w kongresie; w zjeździe; w konferencji lub sympozjum naukowym. Liczba przyznanych punktów (1 pkt za 1 godz.) ma być taka sama jak w przypadku uczestnictwa w podobnych przedsięwzięciach w kraju.

W związku z tym, że ORL mają potwierdzać w **Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych** zdobyte punkty edukacyjne oraz odnotowywać je w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów, zniknie konieczność dokonywania wpisu w dokumencie PWZ w części „wpisy uzupełniające”. Nastąpi to jednak dopiero z dniem wejścia w życie rozporządzenia ministra zdrowia.

Obecnie uzyskiwanie potwierdzenia nabycia **umiejętności zawodowej** nie jest sformalizowane. Po wejściu w życie ustawy towarzystwa naukowe i państwowe instytuty badawcze zaczną prowadzić ich certyfikację po wpisaniu do rejestru prowadzonego przez dyrektora CMKP. Wykaz umiejętności zawodowych wraz z kodami, w których będzie można je uzyskać, znajdzie się w załączniku do rozporządzenia ministra zdrowia, podobnie jak wykaz kwalifikacji obowiązkowych do ubiegania się o certyfikat w określonej umiejętności zawodowej (w obu tych kwestiach minister zasięgnie opinii NRL).

Żeby towarzystwo naukowe zostało dopuszczone do potwierdzania uzyskania danej umiejętności zawodowej, będzie musiało zapewnić **jawność źródeł finansowania** działalności i wynagradzania członków zarządu (takie informacje mają być zamieszczone na jego stronie internetowej). Innym przejawem transparentności ma być to, że instytut badawczy, któremu minister zdrowia zleci opracowanie minimalnych standardów, nie będzie mógł ubiegać się o wpis do rejestru przez dwa lata od ich opublikowania na stronie internetowej CMKP. Wykaz lekarzy, którzy otrzymają certyfikat, trafi do OIL.

Towarzystwa naukowe oraz instytuty badawcze wpisane do rejestru będą musiały liczyć się z kontrolą osoby upoważnionej przez **dyrektora CMKP** dotyczącą przestrzegania regulaminu organizacji i prowadzenia certyfikacji w zakresie danej umiejętności zawodowej. Takie osoby będą miały prawo m.in. do udziału w certyfikacji w charakterze obserwatora, wglądu do prowadzonej przez organizatora dokumentacji z jej przebiegu, żądania od niego wyjaśnień i badania opinii uczestników. Dyrektor CMKP będzie mógł wydawać zalecenia pokontrolne oraz wykreślać towarzystwo lub instytut z rejestru.



MARIUSZ  
TOMCZAK

dziennikarz

## ANALIZA

# Majstersztyk

Sytuacja związana z epidemią koronawirusa jest poważna, ale przejściowa. Kiedy zagrożenie minie, z pewnością powróci dyskusja nad nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wątpliwości i obawy pozostają.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

**Z**wypiekami na twarzy śledzę dyskusję na temat tego projektu, czytając kolejne związane z nim dokumenty. Im więcej się dowiaduję, tym coraz bardziej przepisy o uproszczonym trybie zatrudniania lekarzy specjalistów spoza UE uważam za rządowy majstersztyk. Ustawę firmuje rząd Mateusza Morawieckiego, choć przepisy powstają pod kuratelą Ministerstwa Zdrowia, ale to tylko drobny szczegół. Najważniejsze jest to, że strona rządowa proponuje przepisy, całkowicie zdejmując z siebie odpowiedzialność za ewentualne, przykre konsekwencje wejścia ich w życie, a nawet tłumacząc, że robi to na prośbę „Polski powiatowej”.

Rząd uzasadnia, że wzoruje się na rozwiązaniach niemieckich, przy każdej okazji podkreślając, że wprowadza je m.in. na wniosek dyrektorów szpitali powiatowych, ale odpowiedzialność za przyszłe skutki przenosi na okręgowe rady lekarskie – to najkrótsze podsumowanie przepisów planowanych z myślą o lekarzach specjalistach spoza UE. Jeśli po wejściu w życie nowelizacji zaczną przyjeżdżać specjaliści z zagranicy, którym ORL przyzna PWZ na miejsce i czas oraz w zakresie określonym w podjętej uchwale, ale nie będzie większych napięć w miejscu pracy i kłopotów w relacjach lekarz-pacjent, to wszyscy,

którzy przyczynili się do wejścia w życie przepisów, oczywiście na czele z rządem, będą pękać z dumy i kpić z osób obecnie wyrażających swój niepokój. Jednak jeśli zaczną się pojawiać skargi ze strony dyrektorów szpitali i pracujących w nich lekarzy (np. na brak należytej wiedzy i niewystarczające umiejętności cudzoziemców) czy pacjentów (np. oskarżających tych, co przyjechali, o złą opiekę albo rzeczywiste lub domniemane błędy medyczne), to rządzący zapewne zrzucą winę na członków ORL, bo to ci ostatni w myśl planowanych przepisów mają dopuszczać do pracy lekarzy z dyplomami specjalistów spoza UE i określać im program szkolenia praktycznego, w ramach którego uzupełnią wiedzę do poziomu odpowiadającego polskim warunkom.

### BĘDZIE NAGONKA NA ORL?

Jeśli któraś ORL przyzna PWZ komuś, kto wywoła wizerunkowy kryzys, odium spadnie na samorząd lekarski. Jednak gdy po pewnym czasie obowiązywania nowych przepisów liczba lekarzy cudzoziemców dopuszczonych do pracy w Polsce będzie niewielka, złośliwi zaczną pokazywać statystyki, dodając, że „korporacja lekarska nie chce dopuścić konkurencji z zewnątrz”. Tak źle i tak niedobrze. – To, że w polskiej ochronie zdrowia potrzeba rąk do pracy, jest faktem, ale obcokrajowcy powinni być równie dobrze wykształceni co polscy lekarze – komentuje Łukasz Jankowski, prezes ORL w Warszawie. Pojawiają się obawy, że w szpitalach zaczną pojawiać się dwie kategorie lekarzy. Na mocy nowej ustawy ci, którzy zdobywali dyplomy poza UE, mają mieć ograniczone PWZ, ale ich obowiązki i odpowiedzialność będzie taka sama jak u absolwentów polskich uczelni. – W projekcie ustawy pobieżnie potraktowano kwestię znajomości języka polskiego, co jest kluczowe z punktu widzenia komunikacji z pacjentem – zauważa dr Paweł Czekalski, prezes ORL w Łodzi. Zarówno on, jak i prezes najliczniejszej okręgowej izby lekarskiej, Łukasz Jankowski, zwracają uwagę, że brak faktycznej możliwości weryfikacji wiedzy

## NRL

rozpatrzy odwołanie od uchwały ORL, jeśli rada okręgowa odmówi specjalistom spoza UE przyznania „PWZ na miejsce i czas”.

## Pół tysiąca stron

**Ponad 540 stron – tyle liczy druk sejmowy nr 172. Zawiera on nie tylko rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, ale również m.in. projekty rozporządzeń ministra zdrowia towarzyszące nowelizacji, ocenę skutków regulacji, raport z konsultacji publicznych i opiniowania oraz wzory programu stażu podyplomowego. Podkomisja nadzwyczajna, która miała rozwiać szereg wątpliwości zgłaszanych w czasie posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia m.in. przez środowisko lekarskie, obradowała trzy razy. Wprowadzono drobne zmiany. Kiedy ponownie projektem zajmie się komisja, nie wiadomo.**

potencjalnych kandydatów stwarza ryzyko dopuszczenia do leczenia osób nieprzygotowanych w wystarczający sposób do pracy. Kwestię bezpieczeństwa pacjentów podnosi wielu lekarzy. Szef warszawskiej izby krytykuje ustawowe nałożenie na ORL odpowiedzialności za przyznawanie PWZ dla lekarzy specjalistów spoza UE, bo samorządowi lekarskiemu nie przynajmniej narzędzi do weryfikowania kompetencji kandydatów do pracy w Polsce. Zwraca uwagę także na to, że okręgowe rady nie są ośrodkami egzaminowania. – Wyobraźmy sobie sytuację, że trzeba będzie sprawdzić, jakim chirurgiem jest dany specjalista zza wschodniej granicy. Będziemy w stanie zweryfikować dokumenty i przeprowadzimy rozmowę z danym kandydatem, ale nie uda się sprawdzić jego poziomu wykształcenia, bo nie wybudujemy w tym celu pola operacyjnego – mówi Łukasz Jankowski. Wysocy urzędnicy resortu zdrowia zapewniają, że nie ma się czego bać, a pacjenci nie ucierpią, bo poza samorządem lekarskim, który ma dopuszczać kandydatów do przyszłej pracy, nadzór ma sprawować kierownik podmiotu leczniczego lub osoba przez niego wskazana przy zachowaniu pełnej odpowiedzialności pracodawcy.

### CZY UCIERPIĄ PACJENCI?

– Jest to rozwiązanie oczekiwane przez wiele podmiotów leczniczych, zwłaszcza zlokalizowanych poza głównymi ośrodkami miejskimi, gdzie występuje duży deficyt lekarzy. O wprowadzenie wskazanego rozwiązania apelowały liczne samorządy powiatowe oraz organizacje zrzeszające szpitale powiatowe – mówi sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko. Jak dodaje, dotychczasowy wzrost wynagrodzeń lekarzy pracujących w niedużych placówkach i małych miejscowościach nie pomaga w polepszeniu sytuacji kadrowej, dlatego czas zacząć poprawiać sytuację w taki sposób. Te argumenty wydają się niezrozumiałe, gdy weźmie się pod uwagę fakt, że spora grupa lekarzy z Polski lub o polskich korzeniach od wielu lat pracuje za granicą, odstępując od powrotu do Polski z uwagi na niesprzyjający temu stan prawny, a resort nie słucha apeli (m.in. ze strony NRL) o zmianę przepisów. Mimo że osoby te mają wieloletnie doświadczenie zawodowe i tytuły specjalistów, nierzadko pracują w placówkach znacznie lepiej wyposażonych od naszych, chcąc uzyskać PWZ, musiałyby odbyć staż podyplomowy lub uzyskać jego uznanie przez ministra zdrowia i złożyć z wynikiem pozytywnym egzamin LEK/LDEK. Strona rządowa twierdzi, że w odniesieniu do specjalistów propozycje zawarte w nowelizacji ustawy opierają się na rozwiązaniach przyjętych za Odrą. Po bliższym przyjrzeniu się zapisom prawa obowiązującym w państwie niemieckim okazuje się, że różnice wydają się dość znaczące, a polskie prawo wkrótce może pozwalać lekarzom cudzoziemcom na dużo więcej i w znacznie krótszym czasie niż w Niemczech. Radca prawny NIL Marek Szewczyński zwraca uwagę, że za naszą zachodnią granicą pozwolenie na czasowe wykonywanie zawodu lekarza wydawane jest na dwa lata i może zostać przedłużone w szczególnych sytuacjach, bo z prawnego punktu widzenia ma charakter wyjątku, a nie

reguły. – W piśmiennictwie prawniczym w Niemczech wskazuje się, że okres dwóch lat powinien zostać wykorzystany do wykazania, że lekarz spełnia wymogi do uzyskania pełnych uprawnień zawodowych. To znacząca różnica w porównaniu do pięcioletniego okresu przewidzianego w naszym projekcie ustawy – mówi mec. Marek Szewczyński. W Niemczech nie trzeba być specjalistą, aby uzyskać pozwolenie na czasowe wykonywanie zawodu lekarza. – To może wskazywać, że chodzi głównie o danie możliwości przygotowania się do egzaminu nostryfikacyjnego, a nie o pracę w charakterze pełnoprawnego specjalisty – dodaje. Nie mniej ważną różnicą wydaje się to, że w Niemczech organy rozpatrujące wniosek o przyznanie takiego uprawnienia mają obowiązek uwzględnienia stanu wiedzy i umiejętności lekarza, a jeżeli uznają, że poziom jego kompetencji może zagrażać zdrowiu publicznemu, to odmawiają cudzoziemcowi udzielenia zezwolenia.

12

– maksymalnie tyle miesięcy potrwa obowiązkowe szkolenie praktyczne dla lekarzy specjalistów spoza UE.

“

### Kto zyska?

Po znowelizowaniu ustawy lekarze rozpoczynający specjalizację przez pierwszy rok nie będą musieli samodzielnie pełnić dyżurów, o co od dawna apelowało m.in. wielu rezydentów. – Niejednokrotnie przełożeni zmuszali do tego młodych lekarzy już po 2-3 tygodniach od podjęcia pracy – mówi Agnieszka Serwan, przewodnicząca Regionu Mazowieckiego OZZL. Jeżeli specjalizant nie wyrazi zgody na samodzielne dyżurowanie w szpitalu, w którym odbywa specjalizację, nie będzie mógł dyżurować także gdzie indziej. – Niestety przepisy nie uwzględniają sytuacji lekarzy specjalistów, którzy odbywają rezydenturę w innej specjalności i mogą nie czuć się na siłach do samodzielnego dyżurowania w ramach specjalności, którą dopiero rozpoczęli – dodaje. Na wejściu w życie nowelizacji skorzystają również młode mamy i lekarki myślące o założeniu rodziny. Skończy się odrabianie dyżurów niezrealizowanych w związku z uprawnieniami macierzyńskimi albo zwolnieniem lekarskim w czasie przebywania w ciąży, o ile nie wydłuży to okresu odbywania specjalizacji więcej niż o 24 miesiące.



## Umiejętności zawodowe

Nowela ustawy ma wprowadzić zasady i warunki certyfikacji umiejętności zawodowych. Rozporządzenie ministra zdrowia określi nie tylko katalog umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów, ale również wskaże kwalifikacje tych, którzy będą mogli starać się o certyfikację. Na razie nie znamy wszystkich szczegółów, ale pewne jest to, że z punktu widzenia wielu lekarzy szykują się duże, zresztą od dawna oczekiwane, zmiany. – Obecnie, żeby prowadzić pacjentów z niewydolnością nerek, trzeba posiadać albo specjalizację z nefrologii, albo z intensywnej terapii, albo z anestezjologii i intensywnej terapii, co nie wydaje się uzasadnione. Mam nadzieję, że przepisy zostaną uchwalone w takim brzmieniu, aby w niedalekiej przyszłości internista, chcąc prowadzić dializoterapię, mógł nauczyć się tej umiejętności bez konieczności kończenia specjalizacji z nefrologii, gdzie uczy się m.in. prowadzenia pacjentów po przeszczepianiu nerek, co wydaje się zbędne dla samego procesu dializy – mówi prof. Ryszard Gellert, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Certyfikaty ma przyznawać towarzystwo naukowe o zasięgu krajowym, prowadzące działalność naukową od co najmniej pięciu lat, albo państwowy instytut badawczy.

### ILE UCZY SIĘ LEKARZ W GAMBII?

Polski projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty przewiduje pewne „bezpieczniki”. Osoba spoza UE z dyplomem lekarza lub lekarza dentyisty oraz dyplomem potwierdzającym uzyskanie tytułu specjalisty, chcąc otrzymać „PWZ na miejsce i czas”, będzie musiała, pod nadzorem innego lekarza specjalisty, odbyć obowiązkowe szkolenie praktyczne odpowiadające liczbie godzin wskazanych w uchwale ORL. Potrwa ono maksymalnie 12 miesięcy i zakończy się wydaniem jednoznacznej opinii, pozytywnej albo negatywnej, decydującej o dalszym zatrudnieniu. Warunkiem koniecznym ma być także legitymowanie się trzyletnim stażem pracy w charakterze specjalisty. W celu uzyskania pełnego PWZ osoby te będą musiały, zgodnie z obowiązującymi przepisami, spełnić takie warunki jak m.in.: nostryfikowanie dyplomu albo uzyskanie pozytywnego wyniku egzaminu LEW/LDEW, mającego być alternatywą dla nostryfikacji, zdanie LEK/LDEK, odbycie albo uznanie stażu podyplomowego. Resort zdrowia

uspokaja, że do lekarza posiadającego „PWZ na miejsce i czas” mają być stosowane przepisy dotyczące odpowiedzialności zawodowej, jak również odpowiednie przepisy karne. Pojawia się coraz więcej wątpliwości ze względu na fakt, że nowe przepisy mają obejmować nie tylko, jak niektórzy mylnie uważają, lekarzy zza wschodniej granicy. Nowelizacja dotyczy absolwentów medycyny spoza UE, a mało kto, o ile ktokolwiek w naszym kraju, byłby w stanie wskazać różnice w ich kształceniu choćby tylko w największych państwach Azji czy Afryki. Wcześniej czy później posiadacze dyplomów z egzotycznych, z naszego punktu widzenia, państw zaczną pukać do drzwi izb lekarskich. – Ponieważ możemy mieć do czynienia z różnymi systemami – Ameryki Południowej, Ameryki Środkowej, Afryki Północnej czy Azji – powinniśmy dobrze wiedzieć, że pojęcie lekarza specjalisty może mieć cokolwiek inne znaczenie niż to, do którego jesteśmy przyzwyczajeni w warunkach krajów unijnych – podkreśla wiceprezes NRL Andrzej Cisko. Potwierdza to jeden z polityków wspierających nowelizację ustawy, notabene byłby wiceminister zdrowia i lekarz. – Niedawno byłem w Gambii, tam jest szkoła medyczna, nie ma typowego uniwersytetu medycznego. Szkolenie lekarza, który ma ograniczone prawo wykonywania zawodu, trwa trzy lata – mówi poseł Bolesław Piecha.

### TRZYLETNI STUDIA WYSTARCZĄ?

Chcąc uniknąć w przyszłości potencjalnych sporów przynajmniej z częścią cudzoziemców, jeszcze w toku prac w podkomisji nadzwyczajnej samorząd lekarski zaproponował, aby osoba ubiegająca się o „PWZ na miejsce i czas” legitymowała się m.in. dyplomem lekarza lub lekarza dentyisty uzyskanym po ukończeniu co najmniej pięcioletnich studiów. Strona rządowa odrzuciła możliwość wprowadzenia takiej poprawki do projektu ustawy, mimo że ukończenie przynajmniej pięcioletnich studiów to jedno z wymagań przy ubieganiu się o przystąpienie do Lekarskiego Egzaminu

Weryfikacyjnego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego, które już wkrótce mają być alternatywą dla egzaminów nostryfikacyjnych, przeprowadzanych na polskich uczelniach. – Wydaje się, że analogicznie należałoby to doprecyzować w odniesieniu do lekarzy specjalistów, ponieważ może się zdarzyć, że gdzieś na świecie studia medyczne są krótsze – mówi radca prawny NIL Wojciech Idaszak. Wiceminister Józefa Szczurek-Zelazko uspokaja, że ORL może poprosić o zaświadczenie o długości trwania studiów lub też o inne dokumenty, które rozwieją wątpliwości dotyczące kwalifikacji kandydata uzyskanych poza UE. Niemniej jednak wiceszefowa resortu zdrowia nie dodaje, że nawet w sytuacji, gdyby ktoś uzyskał za granicą dyplom lekarza w czasie krótszym niż pięć lat, nie będzie to stanowiło przeszkody w przyznaniu mu ograniczonego PWZ w Polsce w oparciu o projektowane przepisy. Sporo do myślenia dają słowa dyrektor Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki Ministerstwa Zdrowia Małgorzaty Zadorożnej, która podczas jednego z posiedzeń podkomisji uchyliła rąbka tajemnicy co do intencji przepisów. – Ten system był budowany po to, żeby być maksymalnie elastycznym. Taki jest jego zamysł – powiedziała. W jej opinii może zdarzyć się tak, że ktoś ukończył trzyletnie studia medyczne, ale w ich trakcie lub w ramach indywidualnego toku nauczania odbył 5,5 tys. godzin nauki, bo jego zajęcia codziennie trwały po 8-10 godzin. – Wtedy takim przepisem byśmy go wyłącza- li – podkreśliła przedstawicielka resortu zdrowia. Czy to oznacza, że za kilka lat w naszych szpitalach zobaczymy specjalistów, którzy za granicą dyplom lekarza lub lekarza dentyisty zdobyli nie po pięciu latach, tak jak jest w Polsce, lecz po trzech? Jeśli dodamy do tego fakt, że w niektórych krajach specjalizacje lekarskie można zdobyć w rok (daleko szukać nie trzeba, takie możliwości są choćby na Ukrainie), to gdyby w ciągu 20-30 lat po wejściu w życie nowelizacji nastąpił znaczny napływ absolwentów medycyny spoza UE, jeszcze za naszego życia możemy znaleźć się w nowej rzeczywistości. ■

# W pół drogi?

W ramach nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty miała zostać przeprowadzona tylko reforma kształcenia podyplomowego. Okazuje się, że konsekwencje wprowadzenia nowych przepisów odczują wszyscy lekarze, choć oczywiście w różnym stopniu.



**PROF. RYSZARD  
GELLERT**

dyrektor Centrum  
Medycznego  
Kształcenia  
Podyplomowego

Projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w dużej mierze skupia się na kształceniu podyplomowym. Staż podyplomowy ma zostać wzbogacony o wiedzę, która do tej pory była domeną programów specjalizacyjnych (m.in. w zakresie ratownictwa medycznego, zdrowia publicznego czy statystyki medycznej). Te treści nie powinny jednak całkowicie zniknąć z programów specjalizacyjnych, a co najwyżej ulec okrojeniu. Ważne, aby w pewnych dziedzinach następowała aktualizacja wiedzy po kilku latach od skończenia studiów. W zakresie kształcenia podyplomowego projekt ustawy idzie w dobrym kierunku, dając wiele korzyści lekarzom rezydentom (np. elektroniczne monitorowanie przebiegu szkolenia), ale również osobom prowadzącym kształcenie specjalizacyjne. Jako dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego widzę konieczność otrzymania narzędzi do wycofywania akredytacji jednostkom, które przestały

spełniać warunki do prowadzenia szkolenia i mam nadzieję, że te narzędzia znajdą się w uchwalonej ustawie. Znane mi są przykłady, gdy z oddziału odchodzili wszyscy lekarze ze specjalizacją, a szpital tego nie zgłaszał. Zgodnie z projektem ustawy wprowadzona zostanie możliwość uznawania specjalizacji przez osoby spoza UE. Powszechnie mówi się, że chodzi o Ukrainę i Białoruś, ale nie zapominajmy, że dotyczy to będzie też np. Stanów Zjednoczonych czy Kanady, skąd niektórzy polscy lekarze chcieliby powrócić z uznaną specjalizacją, i krajów z innych kontynentów. Szczególnym przypadkiem, ze względu na wyjście z UE, jest Wielka Brytania. Po wejściu w życie ustawy potrzebna będzie interpretacja prawna w tym zakresie. Do tej pory nigdzie nie były określone zasady certyfikacji nabywania umiejętności zawodowych. Nowelizacja może to zmienić, dając takie możliwości towarzystwom naukowym, które działają od co najmniej 5 lat, znajdując się na liście dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz spełniać kryteria określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Wprowadzenie certyfikatów umiejętności zawodowych to wyjście naprzeciw powszechnym oczekiwaniom, tak aby nie tworzyć nowych, wąskich specjalności lekarskich. ■

Reforma kształcenia podyplomowego zatrzymuje się w pół drogi. W planowanej nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pod pozorem wielu bardzo dobrych zmian w kształceniu specjalizacyjnym, planuje się wprowadzić uproszczoną ścieżkę podejmowania pracy w Polsce dla osób zza wschodniej granicy. Nie zgadzam się z przyjętą przez rząd narracją, że te ułatwienia mają dotyczyć obcokrajowców spoza UE. To ma tylko „zmiękczyć” opinię publiczną, bo nie mam żadnych złudzeń, że nie przyjadą do nas lekarze z Norwegii czy Szwajcarii, ale przede wszystkim z Ukrainy i Białorusi. Po wprowadzeniu tych przepisów w naszych placówkach pojawią się lekarze dwóch prędkości. Obok Polaków z szerokimi uprawnieniami zaczną pracować osoby z ograniczoną możliwością pracy naukowej, zdane na odpowiedzialność dyrektora, które nie będą mogły wyjechać do innego ośrodka w celach szkoleniowych, bo właśnie tak jest to zapisane w projekcie ustawy. Gdybym wyjechał do innego kraju i zostałem postawiony w takiej sytuacji, czułbym pewną niesprawiedliwość, bo choć nie posiadałbym identycznych praw jak koledy z macierzystego kraju, to miałbym te same obowiązki, jak oni. Sądzę, że pacjenci również spoglądaliby na mnie inaczej,

gdybym został zatrudniony na odpowiedzialność dyrektora szpitala pod warunkiem pracy tylko w jednym podmiocie. Obawiam się, że dyrektorzy, zdając sobie sprawę z de facto uzależnienia takiego lekarza od kierowanej przez niego jednostki, zaczną to wykorzystywać i z czasem pojawią się napięcia. Te przepisy przeczą idei wolnego zawodu. Znane są przypadki, gdy specjalista zza wschodniej granicy na papierze wydawał się doskonałym znawcą tematu, ale w rzeczywistości był nieprzystosowany do wykonywania zawodu w naszym kraju. Wychodziło to na sali operacyjnej, kiedy pod obstawą polskich lekarzy miał zacząć wykonywać pierwsze zabiegi, ale na sprzeczanie powszechnie dostępnym w Polsce nigdy nie pracował, a stosowane przez niego metody operacyjne nie przystawały do naszych realiów. Jeszcze w trakcie protestu głodowego w trakcie rozmów z Ministerstwem Zdrowia słyszeliśmy, że po wprowadzeniu ułatwień dla lekarzy ze Wschodu w ciągu dwóch lat nie przyjedzie ich więcej niż tysiąc, dlatego nie sądzę, byśmy zaraz po wejściu w życie nowelizacji ustawy zostali zasypani wnioskami od specjalistów z Ukrainy czy Białorusi. W naszym systemie brakuje ok. 60 tys. lekarzy, a dzięki przepisom wprowadzającym ułatwienia w zatrudnianiu cudzoziemców resort zdrowia stara się stworzyć wrażenie, że dzięki temu w krótkim czasie uda się tę lukę wypełnić. ■



**ŁUKASZ  
JANKOWSKI**

prezes Okręgowej  
Rady Lekarskiej  
w Warszawie





**TOMASZ IMIELA**

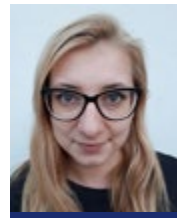
**członek Naczelnej  
Rady Lekarskiej**

**D**o projektu ustawy wprowadzono wiele zupełnie nowych rozwiązań, przede wszystkim przepisy umożliwiające uzyskanie czasowego PWZ dla lekarzy spoza UE. Jeśli wejdą one w życie, to cudzoziemcy będą mogli pracować w polskich szpitalach bez konieczności wykazania się pewną wiedzą teoretyczną, potwierdzoną poprzez zdanie LEK/LDEK, i wiedzą praktyczną, co gwarantuje ukończenie stażu podyplomowego. Z punktu widzenia pacjentów to ryzykowne rozwiązanie, bo może obniżyć jakość leczenia, dlatego jest mocno krytykowane m.in. przez NRL. W obecnej wersji projektu znalazły się zmiany dotyczące eksperymentów medycznych i klauzuli sumienia, których zespół powołany przez ministra zdrowia na mocy porozumienia z rezydentami w ogóle nie omawiał, bo nowelizacja miała dotyczyć kształcenia podyplomowego. Z wielu propozycji związanych z pewnymi kosztami wycofano się albo je mocno ograniczono. Jako zespół zaproponowaliśmy m.in. długi, 26-dniowy urlop przed egzaminami

dla specjalizantów, w obecnym projekcie ustawy nie ma po tym śladu. Ministerstwo nie zaakceptowało propozycji dotyczących wzrostu wynagrodzeń, od dawna postulowanych przez samorząd lekarski. Proponowaliśmy znacznie wyższy dodatek dla kierowników specjalizacji od tego, który obecnie przewiduje projekt, oraz utrzymanie tzw. płatnego zejścia po dyżurze dla wszystkich, tymczasem zgodnie z obecną wersją projektu będzie ono potrącanie z pensji lekarzy niebędących na rezydenturze. Uwzględniono nasz postulat likwidacji wolontariatu w zakresie odbywania specjalizacji. Jeśli ustawa wejdzie w życie, to 70 proc. pytań w ramach LEK/LDEK, PES i zupełnie nowego, Państwowego Egzaminu Modułowego, ma pochodzić z ogólnodostępnej bazy. Nie jestem zwolennikiem wprowadzenia listu intencyjnego jako jednego z kryteriów przy wyborze specjalizacji, bo ma się to nijak do idei jednokowego dla wszystkich procesu rekrutacji, a jego posiadanie czasami może okazać się decydujące. ■

**Z**najdujący się obecnie w sejmie projekt nowelizacji jest zupełnie inny od tego, który został przygotowany przez zespół kierowany przez dr. Jarosława Bilińskiego, a następnie trafił do konsultacji publicznych. Wiele propozycji zostało mocno zmienionych, np. w pierwotnej wersji projektu zaliczenie egzaminu modułowego miało być, tak jakby, dawną „jedynką”, dającą lekarzowi dodatkowe uprawnienia i powodującą wzrost wynagrodzenia, a w tej chwili nie niesie ono za sobą w zasadzie żadnych korzyści. Tamten projekt wiązał się ze sporymi nakładami finansowymi. Teraz, poza wprowadzeniem wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji, proponuje się zmiany bezkosztowe. Jeśli ustawa wejdzie w życie, to kierownik opiekujący się trzema specjalizantami otrzyma dodatek tylko za dwóch. Zniknął zgłaszany od dawna przez nasze środowisko postulat, aby minimalne wynagrodzenie lekarzy w trakcie specjalizacji wynosiło dwie średnie krajowe, a specjaliści – trzy. Niestety

nowelizacja utrwali podział na młodych lekarzy i lekarzy specjalistów, bo rezydenci nie będą tracili pieniędzy za zejście po dyżurze, a ich bardziej doświadczonych koleżanek i kolegów po specjalizacji ten przepis już nie dotyczy, mimo że odpoczynek po dyżurze jest obowiązkiem każdego lekarza. Moim zdaniem wszyscy powinni być traktowani w ten sam sposób. Dla rezydentów zostanie wprowadzony obowiązkowy 6-miesięczny staż w szpitalach I lub II stopnia sieci. Są województwa o dużym zagęszczeniu szpitali i, co za tym idzie, dużej możliwości wyboru miejsca odbywania stażu, ale w innych dojazd do placówek może wynosić nawet ponad 100 km. Powinien istnieć sensowny system dopłat pozwalający na zwrot kosztów dojazdów dla młodych lekarzy. Pozytywnie oceniam planowane zmiany pozwalające lekarkom na spokojne i bezstresowe przejście przez urlop macierzyński. Nie będą musiały kończyć specjalizacji na wolontariacie i pracować w szpitalu za darmo, tak jak jest teraz. ■



**AGNIESZKA  
SERWAN**

**przewodnicząca Regionu  
Mazowieckiego OZZL**



**KRZYSZTOF  
HAŁABUZ**

**prezes Porozumienia  
Chirurgów „Skalpel”**

**T**a nowelizacja nie będzie przełomowa, przynajmniej z punktu widzenia młodych lekarzy. Jestem zawiedziony, że propozycje środowiska lekarskiego, zgłaszane m.in. przez NRL i OZZL, nie zostały uwzględnione. Można byłoby mówić o wielkim przełomie, gdyby doszło do całościowej weryfikacji programu szkolenia specjalizacyjnego dla poszczególnych specjalizacji przy współpracy z ekspertami albo gdyby wzięto pod uwagę nasze postulaty dotyczące istotnego wzrostu wynagrodzeń dla wszystkich lekarzy. Jednego i drugiego zabrakło. Cieszy to, że ma powstać centralny system kwalifikacji i rozdziału miejsc rezydenckich, o co

zabiegaliśmy od początku reaktywowania Porozumienia Rezydentów. Oby tylko szybko nabrał pełnej funkcjonalności, bo nasze doświadczenia z SMK pokazują, że takie rozwiązania zaczynają prawidłowo działać dopiero po pewnym czasie. Dobrze, że w odniesieniu do lekarzy cudzoziemców spoza UE dojdzie do weryfikacji ich umiejętności w ramach LEW i LDEW, bo wcześniej pojawiały się obawy, że odpowiedzialność za dopuszczenie ich do pracy spoczywałaby tylko na dyrektorach szpitali. Niewiadomą pozostaje stopień trudności tych egzaminów. W tym, że młodzi lekarze będą musieli jeździć na półroczne staże do szpitali powiatowych, widzę zarówno pluse, jak i minusy. W małych placówkach nauka medycyny wygląda zupełnie inaczej niż w klinikach i dużych ośrodkach, a lekarz ma szansę uzyskać większą samodzielność i szybciej nabyć praktyczne umiejętności. Kilkusetzłotowy dodatek z tego tytułu będzie jednak nieadekwatny w stosunku do konieczności przeprowadzki do innej miejscowości na kilka miesięcy, co może czekać część młodych lekarzy. Takie wyrównanie powinno być znacznie wyższe także dla kogoś, kto będzie musiał dojeżdżać 100 km do szpitala. Żałuję, że w nowych przepisach nie ma miesięcznego urlopu, który byłby przeznaczony na przygotowanie się do egzaminu specjalizacyjnego. ■

**W PIGUŁCE**

# Staż tylko w formie wolontariatu?

**C**hcę przedstawić sprawę stażu podyplomowego obywatela Ukrainy. Do naszego szpitala powiatowego trafił chłopak, który skończył studia na Ukrainie, nie ma polskich korzeni (co może być istotną okolicznością). Dyplom nostryfikował w polskim uniwersytecie medycznym. Niedawno zdał LEK. W okręgowej izbie lekarskiej otrzymał prawo wykonywania zawodu i został skierowany na staż podyplomowy z zastrzeżeniem, iż może go zrealizować tylko w ośrodku klinicznym (?). A najistotniejszą sprawą w tej całej sytuacji jest fakt, że tenże staż musi odbyć w ramach WOLONTARIATU! Moje pytanie jest następujące: czy istnieje jakiś przepis prawny regulujący tę kuriozalną sytuację? Należy nadmienić, że obywatel Ukrainy bez formalnego zatrudnienia nie może otrzymać prawa pobytu w naszym kraju, a jak wspomniałam, nie ma Karty Polaka. Błędne koło, nie mówiąc o braku środków do życia. Uprzejmie proszę o ustosunkowanie się do powyższego problemu.

Barbara Kabiesz

specjalista chirurgii ogólnej szpitala powiatowego

**KOMENTARZ**

**MAREK  
SZEWCZYŃSKI**

radca prawny NIL

Zgodnie z przepisami art. 15 ust. 3e i 3f ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, cudzoziemiec niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej odbywa staż podyplomowy na zasadach obowiązujących obywateli polskich, jeżeli spełnia co najmniej jeden z poniższych warunków:

- 1) posiada zezwolenie na pobyt stały w Rzeczypospolitej Polskiej lub zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej;
- 2) posiada status uchodźcy w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) posiada ważną Kartę Polaka.

Natomiast cudzoziemiec niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, który nie spełnia

jednego z powyższych warunków, odbywa staż podyplomowy na podstawie umowy cywilnoprawnej o staż podyplomowy, zawartej z jednostką, o której mowa w art. 5 ust. 9, w której to umowie określa się zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego odbywania. Jest to regulacja obowiązująca od początku 2017 r.

Oznacza to, że po pierwsze, warunki finansowe odbywania stażu określa ww. umowa pomiędzy podmiotem leczniczym a stażystą, a po drugie, że cudzoziemcy, o których mowa powyżej, mogą odbywać staż podyplomowy tylko w tych podmiotach, które są uprawnione do prowadzenia dwusemestralnego praktycznego nauczania w dziedzinach klinicznych na 6. roku studiów lekarskich, czyli w praktyce chodzi o podmioty kliniczne (uniwersyteckie).

Jednocześnie, warto wskazać, że projekt ustawy nowelizującej ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry, nad którym prowadzone są obecnie prace legislacyjne w Sejmie, przewiduje, że wszyscy lekarze niebędący obywatelami polskimi będą odbywać staż podyplomowy na zasadach obowiązujących obywateli polskich. Bardzo możliwe więc, że sytuacja w omawianym zakresie wkrótce się zmieni. ■

## Koronawirus a RODO

Od co najmniej dwóch lat, w związku z wejściem w życie przepisów RODO, byliśmy zarzucani informacjami o konieczności ochrony danych osobowych. Teraz słyszymy, że można na lotnisku czy na przejściu granicznym mierzyć gorączkę (dane wrażliwe!), czy też przekazywać inne dane np. służbom sanitarnym, policji itd. O co więc chodzi?

Okazuje się, że w starciu z epidemią nawet RODO nie jest straszne. Przewiduje ono w swoich zapisach sytuacje związane z ochroną zdrowia i zapobieganiem rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. Motyw 46 RODO wskazuje, że „przetwarzanie danych osobowych należy uznać za zgodne z prawem również w przypadkach, gdy jest to niezbędne do ochrony interesu, które ma istotne znaczenie dla życia osoby, której dane dotyczą, np. gdy przetwarzanie jest potrzebne do celów humanitarnych, w tym monitorowania epidemii i ich rozprzestrzeniania się”.

W konsekwencji RODO uznało, że przetwarzanie jest zgodne z prawem m.in., gdy jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej (art. 6 ust. 1 lit d). Ponadto wprowadzono wyjątek od zakazu przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych, tzw. danych wrażliwych (dotyczących m.in. przetwarzania danych genetycznych, danych biometrycznych w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej lub danych dotyczących zdrowia) w sytuacji, gdy przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, takich jak ochrona przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi lub zapewnienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych [art. 9 ust. 2 lit i) RODO].

Beata Wierzychowska, radca prawny NIL



## ODSZKODOWANIA ZA BŁĘDY MEDYCZNE

# Kto zapłaci resztę pieniędzy?

Jak doniosła niedawno Polska Agencja Prasowa, przed Sądem Apelacyjnym w Warszawie zakończył się w lutym proces, w którym poszkodowanemu pacjentowi zasądzone odszkodowanie w kwocie 2 mln zł i 13 tys. zł comiesięcznej renty. Ponieważ kwota ta przekroczyła sumę ubezpieczenia OC szpitala, jego dyrektor zapowiedział, że będzie dochodził roszczeń wobec lekarzy, których błędy doprowadziły do szkody w takim rozmiarze.

TEKST JAROSŁAW KLIMEK, RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

**S**ytuacja prawna lekarzy w takich przypadkach zasadniczo różni się – w zależności od tego, czy wykonują zawód w ramach stosunku pracy, czy prywatnej praktyki na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

## UMOWA O PRACĘ

W razie wyrządzenia przez pracownika, przy wykonywaniu przez niego obowiązków służbowych, szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia tej szkody jest wyłącznie pracodawca. Stanowi o tym wprost art. 120 §1 Kodeksu pracy. Ale przepis ten składa się z dwóch paragrafów, a drugi z nich stanowi, że pracownik ponosi odpowiedzialność wobec pracodawcy, który naprawił szkodę wyrządzoną osobie trzeciej, na określonych w kodeksie zasadach regulujących odpowiedzialność materialną pracowników. W skrócie przypomnę, że jest ona ograniczona do kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia za pracę w przypadku szkód wyrządzonych

nieumyślnie, ale już w przypadku umyślnego wyrządzenia szkody pracownik zobowiązany jest do jej naprawienia w pełnej wysokości (te sytuacje są jednak w przypadku błędów medycznych raczej czysto teoretyczne).

Z użytego w art. 120 §2 Kp sformułowania „wobec pracodawcy, który naprawił szkodę” wynika bardzo istotna kwestia. Otóż, bieg terminu przedawnienia roszczeń pracodawcy nie rozpoczyna się w momencie wyrządzenia szkody pacjentowi, a dopiero w momencie zapłaty odszkodowania

## WAŻNE

Lekarz, którego zachowanie doprowadziło do szkody, której naprawienia domaga się pacjent, może na wniosek pozwanego podmiotu leczniczego zostać zawiadomiony o toczącym się procesie i wezwany do wzięcia w nim udziału.

(potwierdził to Sąd Najwyższy w wyroku z 16 września 1997 r., I PKN 261/97). W ewentualnym procesie może być znacznie trudniej zastąpić się wobec tego zarzutem przedawnienia.

## UMOWA O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Powszechnie przyjmuje się, że podmiot leczniczy i lekarz związany z tym podmiotem umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach prywatnej praktyki lekarskiej ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń. Co do zasady można się z tym zgodzić. Pogląd ten znajduje oparcie w art. 27 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej. Jednak zasada ta ogranicza się do przypadków, gdy umowa została zawarta w trybie zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, po przeprowadzeniu konkursu ofert, tj. w trybie regulowanym art. 26-27 ustawy o działalności leczniczej. Z tego samego



**W razie wyrządzenia przez pracownika, przy wykonywaniu przez niego obowiązków służbowych, szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia tej szkody jest wyłącznie pracodawca.**



## Solidarna odpowiedzialność działa na lekarzy uspokajająco, a jest to gwarancja nie dla nich, ale dla ewentualnie poszkodowanych pacjentów. Co więc to prawnicze pojęcie oznacza w praktyce?

art. 27 ust. 7 wynika, że solidarna odpowiedzialność dotyczy szkód przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia.

Solidarna odpowiedzialność działa na lekarzy uspokajająco, a jest to gwarancja nie dla nich, ale dla ewentualnie poszkodowanych pacjentów. Co więc to prawnicze pojęcie oznacza w praktyce? Odpowiedź dają przepisy Kodeksu cywilnego, a konkretnie – art. 366. W solidtarnej odpowiedzialności udzielającego zamówienia (np. szpitala) i przyjmującego zamówienie (lekarza) chodzi o to, że poszkodowany pacjent może żądać całości lub części odszkodowania i zadośćuczynienia od obu tych pomiotów (szpitala, lekarza) łącznie lub od kilku z nich (jeśli jest więcej niż dwóch zobowiązanych) lub każdego z nich z osobna, a zaspokojenie roszczeń przez kogokolwiek zwalnia pozostałych z obowiązku zapłaty.

### UWAGA NA REGRES

Zapłata odszkodowania (zadośćuczynienia) pacjentowi to jednak nie koniec problemów. Solidarna odpowiedzialność kończy się bowiem tylko wobec poszkodowanego. Ten podmiot, który zapłaci pacjentowi, ma roszczenie do pozostałych współodpowiedzialnych – regres (podobnie, jak przy omawianej już odpowiedzialności pracodawca-pracownik). Tylko że tu nie ma już ograniczenia odpowiedzialności, tak jak w kodeksie pracy (do trzech wynagrodzeń), nie ma też jakichkolwiek przepisów

ustawy o działalności leczniczej regulujących roszczenia regresowe między podmiotem leczniczym a lekarzem, o czym zwykle lekarze zapominają.

Nie ma zatem normy prawnej bezwzględnie obowiązującej, której naruszenie skutkowałoby nieważnością postanowienia umowy. Jest za to przepis Kodeksu cywilnego, który daje stronom stosunku prawnego (umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych) podstawę do dowolnego uregulowania roszczeń regresowych (art. 376 §1 Kc). Można więc, w pełni szanując powszechnie obowiązujące przepisy prawa, zawrzeć umowę, w której w jednym punkcie będzie stało, że podmiot leczniczy i lekarz ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody, by już w następnym postanowić, że lekarz zwróci podmiotowi leczniczemu całą kwotę odszkodowania, jaką ten podmiot zapłaci pacjentowi poszkodowanemu na skutek błędu medycznego popełnionego przez lekarza. Kodeks cywilny stanowi jedynie, że jeśli się strony umowy nie umówią inaczej, to ten, który zapłacił (świadczenie spełnił), może żądać zwrotu w częściach równych od pozostałych współdłużników solidarnych (art. 376 §1 zd. 2 Kc). Na kwestie rozliczeń regresowych należy więc zwrócić szczególną uwagę przy zawieraniu umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

### PRZYPOZWANIE

Trzeba też pamiętać o bardzo ważnej kwestii natury procesowej

(związanej z dochodzeniem roszczeń przez pacjentów). Kryje się ona pod tajemniczymi hasłami „interwencja uboczna” i „przypozwanie”. Procesy o odszkodowania (zadośćuczynienia) wytaczane są zwykle przeciwko podmiotom leczniczym. Lekarz, którego zachowanie doprowadziło do szkody, której naprawienia domaga się pacjent, może na wniosek pozwanego podmiotu leczniczego zostać zawiadomiony o toczącym się procesie i wezwany do wzięcia w nim udziału (to jest właśnie przypozwanie, które reguluje art. 84 Kodeksu postępowania cywilnego). Decyzja co do tego, czy wziąć udział w procesie, należy już do lekarza – nie jest to jego obowiązek. Przystępując do procesu, lekarz staje się tzw. interwenientem ubocznym po stronie pozwanego podmiotu leczniczego (wiąże się to z obowiązkiem zapłacenia opłaty sądowej). Przysługują mu wszystkie uprawnienia strony (choćby stroną nie jest i wyrok, który zostanie wydany bezpośrednio, nie dotyczy interwenienta). Gdy jednak pozwany podmiot leczniczy zapomni o takiej możliwości i nie zaprosi lekarza do udziału w postępowaniu, to potem lekarz w procesie regresowym będzie mógł podnosić zarzut, że pierwotny proces prowadzony był wadliwie lub sprawa została rozstrzygnięta błędnie. Jeśli zawiadomiony lekarz nie przystąpi do procesu, to nie będzie mógł potem podnosić, że pozwany podmiot niewłaściwie się bronił. ■

## KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

# Ukarany tylko w UK

Lekarz dentysta, wobec którego na terenie Wielkiej Brytanii organ General Dental Council orzekł zawieszenie prawa wykonywania zawodu, skontaktował się z Naczelną Izbą Lekarską w celu uzyskania informacji o wpływie kary orzeczonej za granicą na możliwość wykonywania zawodu w Polsce.

TEKST PAULINA TOMASZEWSKA, PRAWNIK NIL

**S**tomatolog podczas rozmowy z Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej przedstawił szczegóły dotyczące postępowania w Wielkiej Brytanii oraz przedłożył orzeczenie General Dental Council, zawieszające jego PWZ.

Rozmowa oraz analiza orzeczenia doprowadziły do wniosku, że de facto czyny objęte postępowaniem sprowadzały się do niezachowania należytej staranności w prowadzeniu dokumentacji medycznej – obwiniony nie dokonał w dokumentacji wpisów o zakresie przeprowadzonych badań. Termin zrealizowania kary na terenie Wielkiej Brytanii miał



upłynąć za 4 miesiące. NROZ wyjaśnił, że rzeczywiście nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej stanowi przewinienie zawodowe także w Polsce. Niedopuszczalne jednak byłoby stosowanie automatyzmu w zakresie przyjęcia do wykonania kary orzeczonej poza granicami.

W tym przypadku trzeba było wziąć pod uwagę, że orzeczona kara zostanie wkrótce w pełni zrealizowana za granicą, tak więc wszczęcie procedury przyjęcia kary do wykonania w Polsce mogłoby okazać się bezprzedmiotowe. Należało też ocenić, czy dalsze wykonywanie zawodu przez tego lekarza dentystę w Polsce, w związku z czynem popełnionym za granicą, może zagrażać

bezpieczeństwu pacjentów. NROZ wziął też pod uwagę postawę lekarza dentysty, który sam skontaktował się z polską izbą lekarską i wyjaśnił okoliczności zdarzenia – wskazał, że działał zgodnie z polskimi standardami, a dokumentację medyczną pacjentów przejął po poprzedniku, który zajmował się ich leczeniem.

W tej sprawie rzecznik nie zdecydował się na prowadzenie postępowania wyjaśniającego lub w sprawie przejęcia do wykonania kary orzeczonej za granicą, natomiast podkreślił, że będzie kontynuować monitorowanie mechanizmu ostrzegania, działającego w ramach Systemu IMI, i na podstawie tych informacji będą podejmowane ewentualne dalsze decyzje w sprawie. ■

## KOMENTARZ



GRZEGORZ WRONA

Naczelny Rzecznik  
Odpowiedzialności  
Zawodowej

O skutkach rażących naruszeń zasad wykonywania zawodu poza granicami kraju pisał w poprzednim numerze „GL” Przewodniczący NSL. Przygotowując się do wyjazdu do pracy poza granicami Polski, warto pamiętać, że obowiązują tam odmienne zasady, szczególnie w zakresie rozliczania i dokumentowania świadczeń. Mogą też obowiązywać inne, niż przyjęte w Polsce, uprawnienia, np. dotyczące lekarzy dentystów.

Nie zawsze jednak nawet dolegliwe orzeczenie sądu zagranicznego musi skutkować przejściem tego orzeczenia do wykonania w Polsce. Nie wszystkie czyny krytycznie oceniane w innym państwie muszą być

uważane w Polsce za przewinienie zawodowe. Nie każdy zagraniczny przepis karny musi mieć swój odpowiednik w Polsce. I nie zawsze polskie sądy lekarskie orzekają podobne kary za popełnienie takiego samego lub podobnego przewinienia.

W opisanym przypadku podkreślenia wymaga samodzielna inicjatywa nawiązania kontaktu przez lekarza z NROZ. To pierwszy tego rodzaju przypadek, kiedy lekarz udaje się do samorządu z pytaniem, czego powinien dokonać, aby bez obawy przystąpić, posiadając pierwotne polskie PWZ, do leczenia pacjentów w Polsce. Podkreślić trzeba, że sprawa dotyczyła lekarza o niewielkim stażu zawodowym, nieposiadającego specjalizacji, za to z pokorą uznającego wydane orzeczenia. Warto też dodać, iż od początku postępowania w Wielkiej Brytanii, które go dotyczyło, nie uczestniczył czynnie w tym postępowaniu ze względu na jego bardzo wysokie koszty. Nie budził więc zdziwienia NROZ niekorzystny wynik tego postępowania i orzeczona surowa kara. Kara nieprzekładająca się na ewentualną surowość w prowadzonej polityce karalności polskich sądów lekarskich. Oczywiście podstawowe znaczenie dla podjęcia decyzji o niewszczytnym postępowaniu miała szczegółowa analiza przewinienia przeciwko prowadzonej dokumentacji, oceniona przez NROZ jako niedolegliwa dla polskich warunków. ■

## DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

# Praca lekarza w ramach tzw. ulgi na start

TEKST BEATA WIERZCHOWSKA, RADCA PRAWNY NIL

**W** świetle art. 18 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1292 z późn. zm.) oraz art. 18a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 266), „prawo do opłacania składek na ubezpieczenia społeczne na preferencyjnych warunkach przez okres 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia działalności gospodarczej przysługuje przedsiębiorcy, jeżeli m.in. nie wykonuje działalności gospodarczej na rzecz byłego pracodawcy, na rzecz którego przed dniem rozpoczęcia działalności gospodarczej w bieżącym lub w poprzednim roku kalendarzowym wykonywał w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy czynności wchodzące w zakres wykonywanej działalności gospodarczej”.

Czy z ulgi tej mogą zatem skorzystać lekarze dentyści, którzy obecnie prowadzą działalność gospodarczą i współpracują z gabinetem, w którym odbywali staż podyplomowy na podstawie umowy o pracę? Kluczowe wydaje się ustalenie, co w praktyce oznacza pojęcie „czynności wchodzące w zakres wykonywanej działalności gospodarczej”.

Jak wynika z art. 15 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, staż jest przygotowaniem zawodowym lekarza (lekarza dentystry), które obejmuje pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz praktycznej nauki udzielania świadczeń zdrowotnych. Lekarze i lekarze dentyści odbywają staż na podstawie umowy o pracę – zawierają ją z podmiotem uprawnionym do prowadzenia stażu na określony czas. Miejsce odbywania stażu podyplomowego wyznacza

okręgowa rada lekarska. Lekarz (lekarz dentysta) może wykonywać zawód tylko i wyłącznie w miejscu, gdzie odbywa staż – pod nadzorem lekarza specjalisty w określonej dziedzinie medycyny albo lekarza dentystry, który pracuje w zawodzie co najmniej 5 lat (tzw. opiekun).

Czynności, które może wykonywać lekarz stażysta, są wymienione w art. 15 ust. 3b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Lekarz stażysta m.in. wykonuje badania (przedmiotowe i podmiotowe) pacjenta oraz udziela porad lekarskich po konsultacji z opiekunem, wydaje (po konsultacji z opiekunem) zlecenia lekarskie, samodzielnie stosuje metody diagnostyczne i lecznicze zlecone przez lekarza, który posiada prawo wykonywania zawodu, prowadzi (we współpracy z opiekunem) historię choroby i inną dokumentację medyczną, udziela informacji o stanie zdrowia pacjenta, zleca czynności pielęgnacyjne, wystawia recepty oraz wydaje opinie i orzeczenia lekarskie (po uzgodnieniu ich treści z opiekunem).

Nie można zatem przyjąć, iż czynności wykonywane przez lekarza w ramach stażu podyplomowego są tożsame z czynnościami wykonywanymi przez lekarza w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. ■



ANDRZEJ CIŚŁO

wiceprezes NRL

## DENTAL ESPRESSO

# Przed szczytem

To jeden z najtrudniejszych felietonów, jakie przyszło mi, i pewnie przyjdzie, napisać. I to „jeden z” zastrzegłem właśnie dlatego, że nie wiemy, przed jakimi jeszcze dylematami staniemy.

**T**eraz stanęliśmy przed równaniem ze zbyt wieloma niewiadomymi. Wynik miałby nam dać odpowiedź na pytanie, czy, kiedy i w jakim zakresie ograniczyć pracę gabinetów. Podzielmy rozważania na parę wątków.

### 1. Oczekiwanie jasnych wytycznych.

Tak, to daje się wyczuć na wszystkich forach, ale właśnie z uwagi na zbyt dużą liczbę niewiadomych, nie ma jednej niepodważalnej prawdy poza tą, że musimy dbać o swoje i pacjentów bezpieczeństwo. Problemem jest nawet ustalenie prawdopodobnego okresu szczytu zachorowań. Ten moment możemy utożsamiać z największą liczbą osób niehospitalizowanych i zdolnych jednocześnie być potencjalnymi przekazicielami wirusa. Kiedy zaczynaliśmy konstruować nasze rekomendacje, mówiono o dośściu do 3 tys. zarażonych w terminie 2-3 tygodni. W momencie oddawania tekstu do druku w przestrzeń publiczną pada termin „kilku tygodni” i liczba do 10 tys. zarażonych. Ważne to niezwykle, gdyż gabinety nie mogą stanąć na nieokreślony czas.

Dotychczasowych schorzeń stomatologicznych i ich powikłań wirus

bynajmniej nie „unieważnił”. Zarówno więc prawa biologii, jak i ekonomii (raty, czynsze, podatki) działają tak samo i bezlitośnie ograniczają dostępne opcje. Tak więc wiedza, w którym punkcie epidemii jesteśmy, jest kluczowa, ale nie sposób jej posiąść bez profesjonalnych algorytmów i danych do obliczeń, które są niejawne. Tym samym wzrasta odpowiedzialność władz publicznych, które do dziś milczą, nie wskazując nam jakiegoś terminarza poszczególnych faz naszej „aktywności gabinetowej”, pozostawiając nawet bez odpowiedzi popierany zewsząd postulat organizacji na okres szczytu zagrożenia systemu pomocy doraźnej.

### 2. Z wirusem szybko się nie rozstaniemy.

Tylko z czym wrócić do pracy? Na jaki poziom zaopatrzenia można liczyć? Na temat wprowadzonego specustawą art. 85a prawa farmaceutycznego napisaliśmy już w zasadzie wszystko. Jeśli władze zaostrzą obrót wyrobami medycznymi, praktyki lekarskie stracą prawo do ich nabywania. Ponury bieg rzeczy, którego nie sposób odwrócić bez nowelizacji tejże specustawy. Na zapytania o doposażenie, formułowane face to face na spotkaniu z wiceministrem zdrowia i Głównym Inspektorem Sanitarnym, pada odpowiedź, że priorytetem są szpitale i POZ. Na to wszystko polityka Chin i, co tu dużo mówić, przespana możliwość reakcji w wykonaniu całej Europy.

### 3. Zakazy – nakazy.

Na szczęście, nie ma zakazu działalności leczniczej. Izba lekarska nie jest władna (nawet gdyby było to racjonalne) takiego wydać. Nie ma też przymuszania – NFZ zalecił wręcz odstąpienie od planowych zabiegów. Sugeruje też możliwość zawiadomienia o niemożności wykonywania zabiegów w ogóle.



**To, czego brakuje, to korelacja wytycznych, które napływają zarówno z publikacji zagranicznych, jak i z naszych towarzystw naukowych, z realnymi możliwościami ich zastosowania.**



#### 4. Brak korelacji wytycznych.

To, czego brakuje, to korelacja wytycznych, które napływają zarówno z publikacji zagranicznych, jak i z naszych towarzystw naukowych, z realnymi możliwościami ich zastosowania. Pomijając dostęp do odpowiednich masek, kluczem wydaje się minimalizacja zagrożenia (nomen omen) „płynącego” z rozpylanego aerozolu. Łańcuch jest tak silny, jak jego najsłabsze ogniwo. I to dla każdego jest jasne. Z ogółu wytycznych, charakterystyki drogi zakażenia, jak i wiedzy o różnicy pomiędzy zdolnością do zarażania a wystąpieniem objawów Covid-19, płynie w miarę czytelny obraz rozmiaru wyzwania, jakie stanowi zapewnienie bezpieczeństwa w praktyce stomatologicznej. Ośmielę się twierdzić, że do dziś, to, czy gabinet przyjmował czy nie, nie wynikało z pewności lekarza o należyтым zabezpieczeniu, a raczej albo z przecucia, że w tym okresie jest spora szansa, że pacjent „dodatni” się nie pojawi albo z przekonania, że ryzyko jest całkiem wyrażne, ale równoważy je „interes służby”.

**Niezmiernie ważne zatem, abyśmy nie konstruowali nieistniejących osi sporu, aby tych czy innych decyzji Kolegów i Koleżanek nie interpretować w kategoriach etyki, gotowości niesienia pomocy itd. W chwili dotarcia tego numeru do Czytelników standard powstrzymania się od przyjęć planowych będzie zapewne utrzymany. Do dyskusji będzie moment wznawiania poprzedniego trybu przyjęć. Każda decyzja wynikać będzie z własnej oceny swojej powinności wobec pacjentów, siebie i personelu. Gabinety różnią się od siebie – warunkami, sytuacją finansową lub wynikającą z uwarunkowań zdrowotnych. Przy chronicznym braku danych, każdy z nas to równanie, o którym napisałem na wstępie, rozwiąże inaczej.**

Nie oznacza to, że izba lekarska stanie z boku. Bynajmniej. Poza walką o zaopatrzenie, pomocą poszkodowanym lekarzom, będziemy starali się wielość tych uwarunkowań ułożyć w pewne schematy organizacyjne. Na pewno pojawiają się niebezpieczne trendy natury interpretacji zakresu naszej odpowiedzialności cywilnej i to trzeba będzie „rozbrajać”. Na dziś jednak najważniejsza jest ochrona nas samych i naszych pacjentów. W okresie podwajania się liczby przypadków co 2-3 dni nie wymaga to komentarza.

Pojawia się lęk, że pacjenci do nas nie wrócą, skoro epatujemy opinię publiczną rozmiarem zagrożenia. Myślę, że tak się nie stanie. Przez dłuższy czas wszystkie społeczeństwa będą żyły z wirusem. Ryzyko poza bezpieczną strefą domową nie zniknie, nie będzie więc wyborów zero-jedynkowych. Rzecz będzie w proporcjonalności ryzyka wizyty stomatologicznej i w naszych wzmożonych wysiłkach, aby je zminimalizować.

Czytajcie <https://stom.hipokrates.org>. Czytajcie Twitter @StomatolodzyN. Bądźmy w kontakcie!

23 marca 2020 r.



Strona Komisji  
Stomatologicznej NRL



Profil KS NRL na Twitterze  
@StomatolodzyN

REKLAMA



LIDIA  
SULIKOWSKA

dziennikarz

## ODONTOLOGIA SĄDOWA

# Powiedz mi, kim jesteś

41 lat temu jeden z najstraszniejszych seryjnych amerykańskich morderców został skazany na śmierć za zabicie dwóch studentek. Teda Bundy'ego pogryził ślad po ugryzieniu, który zostawił na pośladku jednej ze swoich ofiar.

**W**czesnym rankiem 15 stycznia 1978 r. Theodore Robert Bundy włamał się do akademika Uniwersytetu Stanowego Florydy w Tallahassee, USA. Tam zamordował 21-letnią Margaret Bowman i 20-letnią Lisę Levy, a także zaatakował i poważnie zranił dwie inne dziewczyny: Karen Chandler i Kathy Kleiner (obydwie przeżyły).

### DOWÓD ZBRODNI

Śledczy na lewym pośladku Lisy Levy znaleźli ślad ugryzienia. Zabezpieczono go, a następnie zbadano, czy pasuje do użębienia Teda Bundy'ego. Mężczyzna był już w tym czasie podejrzewany o ataki na inne kobiety (gwaltu, morderstwa, akty nekrofilii). Dr Richard Souviron, stomatolog i odontolog sądowy, nie miał wątpliwości. Użębienie Teda pasowało do śladu pozostawionego na pośladku Lisy. Jego opinię potwierdził także inny biegły. Ekspertyza okazała się jednym z kluczowych dowodów w sprawie i przesądziła o skazaniu Bundy'ego na karę śmierci.

Dzięki identyfikacji na podstawie analizy śladów ugryzień, jakie sprawcy pozostawili na miejscu przestępstwa (np. na ciele ofiary albo produktach spożywczych), wielokrotnie udawało się doprowadzać winnych przed sąd. Niestety, zdarzało się



Modele gipsowe użębienia wykorzystywane są w pracy odontologów

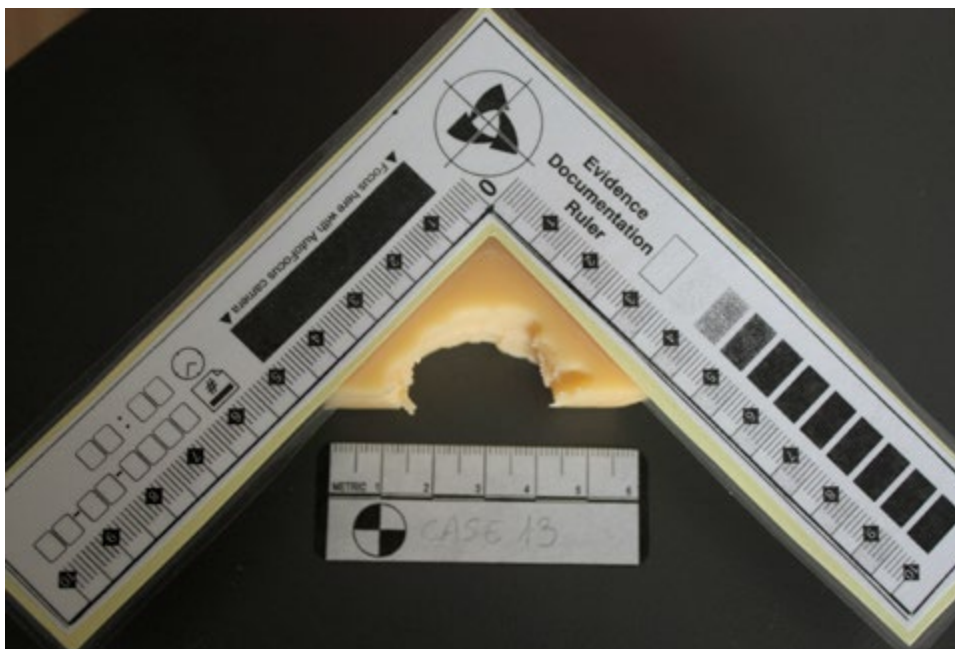
także, że na podstawie takiego dowodu skazywano również niewinnych. Willie Jackson, Calvin Washington, James O'Donnell i Robert Lee Stinson – to tylko niektóre przykłady straszliwych pomyłek. Jak to możliwe? Ustalenie, czy ślad faktycznie pozostawił podejrzany, jest zadaniem bardzo trudnym, a niestety analizy nie zawsze są wykonywane przez doświadczonych ekspertów.

– Dlatego zgodnie z najnowszymi światowymi wytycznymi,

opracowanymi przez American Board of Forensic Odontology, przy analizie śladów ugryzień ujawnionych na ciele ofiary nie stosuje się kategorii identyfikacji pozytywnej, czyli w 100 proc. potwierdzającej, kto go pozostawił. Można wydać konkluzję identyfikacyjną możliwą, niewystarczających dowodów albo wykluczenia. Akurat w przypadku Teda Bundy'ego wszystko wykonano prawidłowo, ale w wielu innych sprawach tak nie było. To bardzo zaszkodziło tej metodzie, która jeśli jest prawidłowo przeprowadzona, może być wiarygodnym dowodem – tłumaczy Katarzyna Wochna, odontolog sądowy z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej UM w Łodzi, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Odontologii Sądowej i członkini Forensic Odontology Sub-Working Group on DVI w Interpolu.

### DZIECI I POLICJANCI

Ślad po ugryzieniu trzeba odpowiednio zabezpieczyć i sfotografować. Zdjęcia muszą być ostre, z zastosowaniem odpowiedniego oświetlenia, bez zniekształceń i wykonane pod odpowiednim kątem, koniecznie z zastosowaniem wzorca skalowego. Można także wykonać skany 3D, w kolorze. Potem jest czas na wykonanie szczegółowych



## JUŻ NIE NOMEN NESCIO

Zęby to bardzo trwały materiał, nie ulega zniszczeniu nawet w temperaturze do około 1000 st. C, dlatego bardzo często wiedzę z zakresu odontologii sądowej wykorzystuje się także do ustalania tożsamości zwłok/szczątków ofiar o nieustalonej tożsamości (NN, *nomen nescio*), gdy dochodzi do masywnych zniszczeń ciała, np. w wyniku eksplozji czy pożaru.

4 maja 1897 r. w Paryżu, podczas odbywającego się tego dnia Jarmarku Dobroczynności, doszło do tragicznego w skutkach pożaru. Zginęło 126 osób. Ciała 30 ofiar były bardzo zniszczone. W ich identyfikacji pomogła analiza na podstawie uzębienia. Zadania podjął się Oscar Amoedo, uważany za prekursora odontologii medyczno-sądowej.

Obecnie na świecie jest to powszechnie wykorzystywana metoda identyfikacyjna. Na przykład przy ustalaniu tożsamości szczątków wykopanych z grobów masowych, ofiar katastrof lotniczych, klęsk żywiołowych czy zamachów terrorystycznych. Była pomocna m.in. przy ustalaniu tożsamości pasażerów samolotu PLL LOT „Mikołaj Kopernik”, który 14 marca 1980 r. rozbił się w Warszawie, a także ofiar zamachów na World Trade Center w Nowym Jorku w 2001 r., czy ataku terrorystycznego na hotele w Dżakarcie w 2009 r.

Także na co dzień śledczy w wielu krajach na świecie korzystają z identyfikacji odnalezionych zwłok na podstawie analizy porównawczej uzębienia. Dzieje się tak m.in. w przypadku ofiar morderstw, wypadków komunikacyjnych, wybuchów gazu i pożarów. W przypadku tej metody, inaczej niż przy śladach ugryzień, można ze stuprocentową pewnością ustalić tożsamość osoby zmarłej. Na świecie nie ma dwóch osób o takim samym uzębieniu. Co więcej, wrodzone lub nabyte deformacje zębów, braki zębów, zmiany zachodzące wraz z wiekiem lub porażkowe, a także przebyte leczenie stomatologiczne dają zębom niepowtarzalny charakter.

analiz śladów, określenia ich cech, oceny, w jakim mechanizmie powstały, a także badań podejrzanego i zebranie materiału porównawczego w postaci dokumentacji fotograficznej, modeli gipsowych szczęki i żuchwy lub skanów 3D wewnętrznych. Na koniec pozostaje wykonać analizę porównawczą. To trudne, przede wszystkim dlatego, że jakość śladów ugryzień na ciele jest nienajlepsza.

Często do pogryzień dochodzi podczas przemocy na tle seksualnym. W czasie kłosań sprawca i ofiara są dynamiczni, czasem dochodzi do kilkukrotnego kłosań, pod różnym kątem, w różnym mechanizmie. Obrażenia kłosane mają bardzo różnorodny obraz. Obserwuje się wybroczyny i podbiegnięcia krwawe, przerwanie ciągłości powłok skórnych, otarcia, zadrapania, sińce. Skóra ludzka jest elastyczna, ulega odkształceniom pod wpływem uścisku, niektóre części ciała ludzkiego są ponadto bardziej podatne na odkształcenia w wyniku zmiany pozycji ciała. – Dlatego podczas analizy trzeba stosować wiele metod badawczych, aby móc wyselekcjonować jak najwięcej cech indywidualnych, które powiążą ślad ze sprawcą. Tu ważna

jest też współpraca odontologa z medykiem sądowym i z antropologiem sądowym – podkreśla Dorota Lorkiewicz-Muszyńska, antropolog sądowy z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej UM w Poznaniu. To właśnie dzięki ekspertyzom poznańskiego ośrodka niewinniono Tomasz Komendę, człowieka, który około 20 lat temu został skazany m.in. na podstawie badań śladów ugryzień pozostawionych na ciele ofiary. – Analizy odontologiczne, które wykonaliśmy po latach, wykluczyły możliwość, by to on dokonał obrażeń ciała ofiary w procesie kłosań – mówi Dorota Lorkiewicz-Muszyńska.

Czy organy ścigania często proszą o analizę śladów ugryzień? – Zdarzają się takie prośby do naszego zakładu, ale zdecydowanie częściej dotyczą obrażeń kłosanych na ciele osób żywych, które zostały zaatakowane, m.in. z powodu fizycznej przemocy domowej, czy w innych okolicznościach. Na przykład dziecko pokłosane przez konkubenta matki, który nie przyznaje się mimo zeznań świadków. Albo policjanci, którzy są kłosani przez agresywnych zatrzymanych. Analizujemy przypadki z całej Polski – wyjaśnia Dorota Lorkiewicz-Muszyńska.

Ślad ugryzienia zabezpieczony w żółtym serze

OK. 1000°C

Zęby to bardzo trwały materiał, który nie ulega zniszczeniu nawet w takiej temperaturze, dlatego często wiedzę z zakresu odontologii sądowej wykorzystuje się do ustalania tożsamości zwłok/szczałków ofiar.



### ANALIZA PORÓWNAWCZA

Jak identyfikowanie na podstawie uzębienia wygląda w praktyce? – Kiedy mamy do czynienia ze zwłokami/szczątkami osoby o nieustalonej tożsamości, medycy sądowi z naszego zakładu przeprowadzają sądowo-lekarską sekcję zwłok, a ja zajmuję się pośmiertnym badaniem odontologicznym. Następnie trzeba zdobyć dokumentację stomatologiczną osoby NN, zgromadzoną za jej życia – taką jak karty leczenia stomatologicznego, zdjęcia RTG, modele gipsowe łuków zębowych czy fotografie uzębienia. Wszystko, co uda się zebrać, trzeba porównać z dokumentacją pośmiertną – opowiada odontolog sądowy Katarzyna Wochna. Oczywiście, by w ogóle można było wykonać taką analizę porównawczą, trzeba mieć podejrzenie tożsamości ofiary. Olbrzymia w tym rola prowadzących sprawę – policji lub prokuratora. – Gdy śledczy mają typowane nazwisko ofiary, nawiązuję kontakt z jej rodziną, aby uzyskać informacje, gdzie ta osoba leczyła się stomatologicznie – dodaje moja rozmówczyni.

To nie powinno być zadanie policji? – Powinno i jest to jej zadanie, jednak najczęściej biorę ten

obowiązek na siebie albo też dzielimy się pracą. Dzieje się tak po pierwsze dlatego, że śledczy nie za bardzo jeszcze wiedzą, jak przeprowadzić z rodziną rozmowę na ten temat. A trzeba wypytać o wiele rzeczy, np. o to, czy ofiara leczyła się ortodontycznie, czy doznała w przeszłości urazów uzębienia, twarzoczaszki etc. Na szczęście zazwyczaj rodzina jest zorientowana co do szczegółów dotyczących leczenia stomatologicznego osoby bliskiej. Gdy zbiorę już pakiet informacji, kontaktuję się z gabinetem stomatologicznym, by poinformować o konieczności zabezpieczenia dokumentacji stomatologicznej i ustalić jej zakres, oczywiście w porozumieniu z prokuratorem prowadzącym sprawę – słyszę od Katarzyny Wochny.

Jak wygląda współpraca z lekarzami dentystami? – Jest naprawdę dobrze. I to nie tylko w Łodzi, bo nasz zakład na podstawie uzębienia identyfikuje ofiary z całego województwa, a nawet innych regionów kraju. Chciałabym jednak podkreślić, że bardzo ważne jest dokładne i rzetelne prowadzenie dokumentacji stomatologicznej pacjenta, bo to z tymi danymi porównuję uzębienie denata – tłumaczy.

### IDENTYFIKOWANIE BEZ TYPOWANIA

Zdarza się, że nie udaje się dotrzeć do dokumentacji medycznej. Albo w ogóle śledczy nie są w stanie – na daną chwilę – wytypować, kim może być ofiara. Wówczas pozostaje profilowanie stomatologiczne, które można wykorzystać do zawężenia pola poszukiwań. Badanie uzębienia pozwala oszacować wiek w momencie śmierci ofiary, ustalić, jakie były jej nawyki żywieniowe i higieniczne, nałogi, na co chorowała, a nawet, jaki zawód mogła wykonywać. Na przykład u kiperów wina występuje erozja szkliwa na konkretnych powierzchniach zębowych. Szewcy i krawcy przecinają nici zębami lub przytrzymują szpilki pomiędzy nimi, przez co „dorabiają się” tzw. szczyrby krawieckiej. Górnicy mogą mieć zęby przebarwione pyłem węglowym. Cukiernikowi demineralizuje się szkliwo, a piekarzom na powierzchniach zębów przednich osadza się drobnocząsteczkowy pył. Badane uzębienie może nawet odpowiedzieć na pytanie, w którym kraju ofiara odbywała leczenie stomatologiczne. – Na przykład w pewnym rejonie Indii u majątnych kobiet wykonuje się charakterystyczny „tatuaż” nązębny. W Norwegii zatapia się

---

**Badane uzębienie może nawet odpowiedzieć na pytanie, w którym kraju ofiara odbywała leczenie stomatologiczne.**

---



## W wielu stanach USA robi się laserowy grawerunek numerów identyfikacyjnych przy wykonywaniu uzupełnień protetycznych stałych, np. mostów czy koron. W Polsce takie rozwiązania nie funkcjonują.

w akrylowej płycie protezy ruchomej mikrochipy z danymi identyfikacyjnymi jej posiadacza. W innych krajach stosuje się w tym celu metalowe płytki z numerem identyfikacyjnym. W wielu stanach USA robi się laserowy grawerunek numerów identyfikacyjnych przy wykonywaniu uzupełnień protetycznych stałych, np. mostów czy koron. W Polsce takie rozwiązania nie funkcjonują – opowiada Katarzyna Wochna.

### TU JAK ZWYKLE

Odontolodzy sądowi cały czas udoskonalają standardy wykonywania ekspertyz kryminalistycznych na podstawie uzębienia czy śladów ugryzień. Amerykańska Rada Odontologii Sądowej (American Board of Forensic Odontology) wydaje certyfikacje dla osób chcących zajmować się odontologią sądową w USA. W Kanadzie działa słynne na cały świat kryminalistyczne laboratorium stomatologii sądowej (Bureau of Legal Dentistry). We Francji, w Wielkiej Brytanii, Australii czy USA jest wymagane przejście odpowiedniej ścieżki edukacyjnej, by zajmować się odontologią sądową. – W wielu krajach na świecie jest możliwość kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów w zakresie odontologii sądowej, może nie jako specjalizacji, ale podspecjalizacji – potwierdza Dorota Lorkiewicz-Muszyńska. Inaczej niż w Polsce.

– W naszym kraju nie ma kształcenia dedykowanego odontologii sądowej. Nie ma wymagań, aby ekspertyzy z tego zakresu wykonywali stomatolodzy po odpowiednich kursach odontologicznych. Nie ma polskich wytycznych. Wszystkie, na których ja bazuję, pochodzą albo z Europy, albo z USA. Sama zdobywałam doświadczenie za granicą. Współpracuję też

z Interpolem, mam możliwość konsultowania spraw z kolegami z zagranicy. Co prawda na uniwersytetach medycznych m.in. w Łodzi i Poznaniu prowadzone są zajęcia z odontologii sądowej dla studentów stomatologii, ale niestety, po ukończeniu nauki nie mają gdzie w naszym kraju pogłębiać tej wiedzy – mówi Katarzyna Wochna.

Jak wygląda współpraca odontologów z medykami sądowymi? – U nas, w Zakładzie Medycyny Sądowej w Poznaniu, zawsze, gdy mamy do czynienia z badaniami z zakresu odontologii, zwracamy się w tej sprawie z prośbą o analizę do specjalistów. To ważne, aby stomatolodzy, którzy chcą się odontologią sądową zajmować, byli po odpowiednich kursach. Niestety w Polsce niewiele ośrodków ma w swoim zespole lekarzy dentystów po odpowiednich szkoleniach z zakresu odontologii sądowej. Prostsze kwestie, jak oszacowanie wieku na podstawie stanu uzębienia, jest w stanie wykonać lekarz dentysta, ale bardzo specjalistyczne ekspertyzy wymagają już wiedzy odontologa sądowego. Obecnie badamy szczątki ekshumowane na terenie byłego obozu NKWD w poznańskim parku Heweliusza. Ściśle współpracujemy przy tej sprawie z odontologiem sądowym Mariuszem Glapińskim, stomatologiem, który na co dzień prowadzi własną praktykę lekarską, ale wspólnie przeszliśmy zagraniczne kursy z zakresu odontologii sądowej i współpracujemy już od kilkunastu lat – tłumaczy Dorota Lorkiewicz-Muszyńska.

– Zawsze, kiedy w naszym ośrodku badane są zwłoki lub szczątki o nieznaney tożsamości, doktor Mariusz Glapiński współpracuje z nami i dokonuje oceny stanu uzębienia,

opracowuje pośmiertną kartę badania odontologicznego. W przypadku uzyskania zażyciowej dokumentacji stomatologicznej, prowadzimy badania identyfikacyjne – dodaje antropolog sądowy z Poznania.

Katarzyna Wochna jest zdania, że w polskim środowisku medyczno-sądowym przydałoby się więcej stomatologów zajmujących się odontologią. – Jestem związana z łódzkim zakładem niemal 10 lat i czuję się częścią zespołu. Nasi medycy sądowi są świadomi roli odontologii sądowej. Jednak z tego, co wiem, jestem jedynym odontologiem sądowym w Polsce, zatrudnionym w zakładzie medycyny sądowej – opowiada.

Inaczej niż w rozwiniętych krajach na świecie, gdzie odontologia sądowa ma ugruntowaną pozycję i jest faktycznie doceniana. Dzieje się tak m.in. także dlatego, że polscy śledczy rzadko proszą o tego typu identyfikację. – W trakcie sądowno-lekarskiej sekcji zwłok lub szczątków NN standardowo zabezpieczony jest materiał genetyczny i pobierane są odciski palców. Identyfikacja na podstawie uzębienia czy śladów ugryzień to nadal rzadkość. Prowadzę szkolenia dla policji i prokuratorów, ale to proces. Potrzeba przede wszystkim zmiany na szczeblu centralnym – opowiada Wochna.

I podkreśla, że ekspertyzy odontologiczne to nie jest ostatnia deska ratunku, jeśli chodzi o identyfikację. – Mamy trzy pierwotne metody identyfikacyjne: genetyczną, daktyloskopijną i odontologiczną. Żadna z nich nie jest ani lepsza, ani gorsza. Trzeba po prostu zdecydować się na tę, która najbardziej pasuje do danego przypadku. Błędne jest przekonanie, że dopiero gdy nie można zastosować pozostałych metod, to wtedy korzysta się z pomocy odontologii. Za granicą, np. we Francji, w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Skandynawii czy we Włoszech to jedna z pierwszych metod identyfikacyjnych, po którą sięgają śledczy. Jest tańsza i szybsza (o ile już dysponuje się danymi zażyciowymi) od identyfikacji na podstawie DNA – podsumowuje Katarzyna Wochna. Może i u nas kiedyś zostanie doceniona. ■

NFZ

# Reagujemy na bieżąco lub uprzedzająco

Z **Bernardem Waśko**, zastępcą prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. medycznych, rozmawia **Marta Jakubiak**.

**GL** W Polsce ogłoszono stan epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Jakie działania podejmuje NFZ w związku z zaistniałą sytuacją?

Wszystko zmienia się bardzo dynamicznie. Staramy się reagować na bieżąco. Odpowiedzią na to, co się dzieje, są kolejne zarządzenia wydawane przez Prezesa NFZ. Na przykład rozszerzyliśmy możliwość udzielania teleporady o poradnie specjalistyczne w zakresie wizyt kontrolnych, a od 18 marca również dla pacjentów spoza listy lekarza POZ na terenie tej samej gminy. Zachęcamy, żeby te świadczenia, które można wykonać zdalnie, były tak właśnie realizowane. W komunikacji nie sposób stworzyć zamkniętego katalogu takich sytuacji, dlatego to lekarz musi indywidualnie ocenić czy wystarczy teleporada, czy konieczna jest obecność pacjenta w gabinecie.

Wystąpiliśmy też do Ministra Zdrowia, aby dokonał zmian w zapisach niektórych rozporządzeń, które uniemożliwiały nam wprowadzenie zdalnego udzielania usług medycznych w innych obszarach, np. w hospicjach domowych, w żywieniu domowym czy w domowej wentylacji mechanicznej. Dzięki znowelizowaniu rozporządzenia MZ mogliśmy wydać odpowiednie komunikaty, umożliwiając m.in. zastosowanie teleporady w psychoterapii czy terapii uzależnień. Zaleciliśmy też niedawno, aby tam, gdzie jest to możliwe, odroczyć w czasie niektóre planowe zabiegi operacyjne, które często wymagają przetoczenia dużych ilości krwi i jej preparatów, ponieważ w wypadku przedłużania się obecnego stanu epidemii zapasy krwi będą się kurczyć, a za jakiś czas mogą jej potrzebować lekarze dla ratowania życia innych pacjentów. Podobna sytuacja może w przyszłości dotyczyć dostępności do respiratorów, z którymi, tak jak z krwią, nie ma obecnie żadnego problemu.

**GL** Budżet NFZ nie przewidywał wydatków związanych z epidemią. Jest już pomysł, jak je sfinansować?

Na świadczenia realizowane w związku z Covid-19 w placówkach, które znalazły się w wykazach wojewodów, a są to nie tylko szpitale jednoimienne, ale także

te z oddziałami zakaźnymi, przeznaczono dodatkowe środki z budżetu państwa. W przypadku teleporad nastąpi konwersja świadczeń – pacjenci odbędą wizytę online zamiast osobiście. Wydaje się, że nie będzie dodatkowego obciążenia budżetu NFZ w tym obszarze. Liczymy się jednak z tym, że kiedy stan epidemii się zakończy, może wzrosnąć liczba udzielanych świadczeń.

Dodatkowym obciążeniem będzie natomiast rozliczenie porad POZ dla pacjentów spoza listy aktywnej, ponieważ zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ z 18 marca, porada dla pacjenta spoza listy udzielona na terenie tej samej gminy jest wyceniana na 75 zł, a w przypadku tej udzielanej zdalnie – 40 zł. To będą dodatkowe wydatki, ale raczej nie zagrażają przyjętemu budżetowi.

**GL** W tym roku prezes NFZ dokonał już korekty planu finansowego NFZ na 2020 r. Gdzie wprowadzono zmiany?

Wpisano dodatkowo 320 mln zł w związku ze zniesieniem od 1 marca limitów na pierwszorazowe porady w AOS w zakresie świadczeń: endokrynologia, kardiologia, neurologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz endokrynologia dla dzieci, kardiologia dziecięca, neurologia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, oraz porad ze wskazań nagłych (AON) i świadczeń zabiegowych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Kwota ta uwzględnia także planowany od 1 lipca wzrost wyceny porad specjalistycznych w AOS.

O ponad 1 mld zł zostaną też zwiększone wydatki w związku z podniesieniem o 5% wycen punktu w ryczałtach szpitalnych w związku ze wzrostem od 1 stycznia płacy minimalnej. Środki te pochodzą z funduszu zapasowego NFZ. Staramy się nadać za wzrostem kosztów, dlatego od ubiegłego roku ryczałt był zwiększony już trzykrotnie. Zostaną też obniżone o jeden punkt procentowy korektory dla szpitali I i II poziomu referencyjności. Było to odpowiednio 1,04 i 1,03 proc., więc dla nich nastąpi wzrost netto na poziomie 4 proc. Dla szpitali III poziomu, które nie miały korektora, będzie to wzrost ryczałtu o 5 proc.



### **❗ Czy wiadomo, ilu teleporad udzielono od początku roku?**

Nie mamy jeszcze takich danych. Na pewno jest ich znacznie więcej niż było jeszcze miesiąc temu. Jest to oczywiście związane z trwającym stanem epidemii.

Przypominam, że na mocy zarządzenia prezesa NFZ z 30 grudnia 2019 r. lekarze POZ mają obowiązek zapewnienia dostępności do zdalnych porad dla swoich pacjentów nie mniej niż dwie godziny tygodniowo w harmonogramie udzielania świadczeń. Zarządzenie to obowiązuje od 1 stycznia br. To nie jest produkt rozliczany odrębnie, tylko w ramach opłaty kapitałowej, nie ma więc na razie obowiązku sprawozdawczego. Jak już wspominałem, 18 marca rozszerzono możliwość świadczenia w postaci teleporady w innych obszarach, o czym wspominałem wcześniej, a więc pierwsze dane sprawozdawcze w tych obszarach pojawią się dopiero ok. połowy kwietnia.

### **❗ A co z pielęgniacyjnymi wizytami domowymi w opiece środowiskowej?**

Porady zdalne nie zastąpią w całości opieki nad pacjentami, np. opatrunku nie zmieni się przez telefon, tu osobisty kontakt z pacjentem jest po prostu konieczny. Tak samo jest w przypadku niektórych wizyt patronażowych, choć dzięki teleporadzie być może uda się je ograniczyć.

### **❗ Jak sprawdzają się teleporady?**

Dostajemy sygnały, że w związku z zagrożeniem koronawirusem to świadczenie jest wykorzystywane jako jedyna dostępna forma opieki, że niektórzy pracownicy medyczni i lekarze uznali, że wszystko można załatwić zdalnie. Mamy informacje o zamykanych gabinetach i przychodniach z pozostawianym na drzwiach numerem telefonu do kontaktu. Takie postępowanie jest niewłaściwe i niezgodne z warunkami zawartej z NFZ umowy, bo co np. w przypadku pacjenta z bólem zęba? Trzeba go zaopatrzyć. Tu teleporada nie wystarczy. Nie mogą wszyscy zawiesić swojej działalności nawet w obliczu stanu epidemii. Chorzy borykający się z innymi chorobami niż COVID-19 także muszą otrzymać pomoc.

Oczywiście, jeśli świadczenia planowe można odłożyć bez negatywnych skutków dla pacjenta, to zrobimy to. Ale jeśli są sytuacje wymagające interwencji, nie zostawiamy chorych bez opieki. Mamy wyjątkowy i trudny czas. Musimy się solidarnie wspierać. Zamknięcie jednego gabinetu oznacza odesłanie pacjenta do innego Kolegi lekarza lub na SOR albo Izbę przyjęć do szpitala, a wiadomo, jakie to niesie konsekwencje dla wszystkich.

### **❗ Pacjenci chętnie korzystają z porad telefonicznych?**

Bardzo chętnie. Mamy sygnały od lekarzy rodzinnych, że obecnie ponad 90 proc. porad odbywa się zdalnie.



#### **Infolinia NFZ działa całodobowo pod numerem 800-190-590.**

Lada moment zostanie uruchomiony kanał informacyjny dedykowany lekarzom, dostępny po wybraniu na klawiaturze odpowiedniej cyfry w menu dostępowym.

### **❗ Czy wszystkie podmioty posiadające umowę z NFZ muszą udzielać teleporad?**

Obowiązek nałożono wyłącznie na POZ, w innych przypadkach jest to dobrowolne.

### **❗ 28 lutego prezes NFZ ogłosił zarządzenie (Nr 24/2020/DGL) w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii. Zakłada ono m.in. centralny zakup leków. Liczycie na tańsze zakupy?**

Przeprowadziliśmy analizę dotyczącą cen zakupu leków zawierających tę samą substancję czynną i okazało się, że zazwyczaj różnice były dwu- i trzykrotne, a w niektórych przypadkach nawet dziesięciokrotne. NFZ refunduje niektóre leki po cenie ich zakupu, dlatego szpitale nie zawsze były zainteresowane, żeby je kupować możliwie najtańiej.

To, których leków dotyczyć będą zakupy centralne, będzie ogłoszone w odpowiednim komunikacie. Na zlecenie NFZ zostanie też przeprowadzona procedura przetargowa, dzięki której ma być wybrana najkorzystniejsza oferta. Szpitale będą mogły podpisać umowy na zakup leku albo z wyłonionym w ten sposób oferentem albo z dotychczasowym dostawcą, ale do ceny ustalonej w drodze przetargu.

W postępowaniach przetargowych, które na zakup leków ogłaszają podmioty lecznicze, Prezes NFZ może występować jako strona przed Krajową Izbą Odwoławczą, składać protesty i odwołania jako płatnik. Otrzymał też uprawnienie do dokonywania zakupów centralnych. Z kolei dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ mają obowiązek monitorowania postępowań przetargowych ogłaszanych przez szpitale. Oceniają, czy specyfikacja i opis przedmiotu zamówienia mogą naruszać zasady uczciwej konkurencji i kiedy dostrzegają takie praktyki, podejmują interwencję

### **❗ Będą oszczędności?**

Oczywiście. Na programy lekowe wydajemy obecnie blisko 4 mld zł rocznie. Dzięki naszemu rozwiązaniu zakupy będą tańsze, a za oszczędzone pieniądze zwiększymy dostępność leków i objemy programami terapeutycznymi większą liczbę pacjentów. Często tam, gdzie kończy się ochrona patentowa leków oryginalnych, inni producenci wprowadzają na rynek ich odpowiedniki, i tak np. w przypadku leków biopodobnych w leczeniu schorzeń reumatoidalnych, obserwujemy kilkukrotny spadek ceny. Dzięki temu, że ceny leków spadają, nowi chorzy mogą korzystać z tych samych programów lekowych lub być objęci nowymi wskazaniami. Nie chcemy zaoszczędzonych pieniędzy przesuwać w inne obszary, ale przeznaczać je na dostępność leczenia dla większej liczby pacjentów i większej liczby substancji obejmowanych refundacją przez Ministra Zdrowia. To dla nas priorytet.

Nie ma też powodu, by wzbudzać u pacjentów aktualnie leczonych niepokój związany z ewentualną zamianą producenta stosowanych leków, gdyż wszystkie preparaty dopuszczone do obrotu na rynku UE, a więc również Polski, muszą spełniać rygorystyczne normy produkcji co do zapewnienia ich jakości i bezpieczeństwa, a także podlegają obowiązkowi raportowania działań niepożądanych. Wiadomo również, że często różne koncerny farmaceutyczne zaopatrują się w substancję czynną w tej samej fabryce lub u jednego producenta. ■

WYBORY PREZYDENCKIE

# Obietnice na stół

Wszyscy kandydaci na urząd Prezydenta RP robią umizgi w stronę pacjentów i lekarzy, mimo że moc sprawcza głowy państwa w odniesieniu do ochrony zdrowia nie jest duża.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

**W**ielu wyborców oczekuje, że prezydent będzie ekspertem w wielu dziedzinach, co nie wydaje się ani realne, ani właściwe, ale teatr demokracji trwa w najlepsze, choć z uwagi na epidemię koronawirusa kampania przygasa. Najbardziej niepokoi to, że kandydaci ubiegający się o ten urząd nie podają źródeł finansowania swoich pomysłów, a z ich wypowiedzi czasami można odnieść wrażenie, że nie znają kompetencji prezydenta oraz struktury wydatków i dochodów państwa albo tę wiedzę ignorują.

Do Państwowej Komisji Wyborczej wpłynęło kilkadziesiąt zawiadomień o utworzeniu komitetu wyborczego w związku z wyborami Prezydenta RP. Większości z nich nie znają nawet wytrawni obserwatorzy naszej sceny politycznej. Do rejestracji kandydata potrzeba zebrać 100 tys. podpisów, do 26 marca nie wszystkim się to udało.

## SZTABY WYBORCZE MILCZĄ

Na początku marca skontaktowałem się ze sztabami wyborczymi sześciu kandydatów, tzn. Andrzeja Dudy, Małgorzaty Kidawy-Błońskiej, Władysława Kosiniaka-Kamysza, Roberta Biedronia, Szymona Hołowni i Krzysztofa Bosaka. Wyjaśniłem, że jestem dziennikarzem „Gazety Lekarskiej” – czasopisma poświęconego ochronie zdrowia o największym zasięgu w naszym kraju (nakład: 175 tys. egzemplarzy),

wysyłanego do wszystkich lekarzy w Polsce, którego wydawcą jest Naczelna Izba Lekarska. Poprosiłem o przekazanie kandydatom trzech pytań. Po pierwsze, jaką decyzję podjęliby, gdyby po wyborze na prezydenta na ich biurko trafiła znowelizowana ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, która przewiduje m.in. wprowadzenie dużych ułatwień w podejmowaniu pracy w Polsce dla absolwentów medycyny spoza UE. Poprosiłem również o wskazanie inicjatyw w obszarze ochrony zdrowia, które zamierzaliby podjąć jako Prezydent RP oraz o wskazanie źródeł finansowania wskazanych pomysłów. Przez kilkanaście dni nie otrzymałem żadnej odpowiedzi. Doskonale rozumiem, że w wirze kampanii sztaby wyborcze mają mnóstwo pracy, ale rezygnacja z zaprezentowania swojego programu na naszych łamach wydaje się dość wymowna. A może pytania były za trudne, skoro nie dość, że poprosiłem o jednoznaczną odpowiedź dotyczącą nowelizacji ustawy, w niektórych miejscach dość kontrowersyjnej, to na dodatek oczekiwałem jasnego wskazania źródeł finansowania swoich obietnic? Ocenę pozostawiam Państwu.

## ANDRZEJ DUDA

Jaki jest prezydent Andrzej Duda, każdy widzi. To, czego dokonał w obszarze ochrony zdrowia przez ostatnich pięć lat, krytycy wyszydzą, a zwolennicy przyjmą z aplauzem. Z jego inicjatywy uchwalono ustawę, w oparciu o którą powstała

10.05

mają odbyć się wybory na Prezydenta RP.

Narodowa Strategia Onkologiczna, zaprezentowana kilka tygodni temu w Pałacu Prezydenckim. W Kancelarii Prezydenta RP opracowano ustawę wprowadzającą m.in. całkowity zakaz korzystania z solariów przez osoby, które nie ukończyły 18. r.ż. Z okazji Światowego Dnia Walki z Rakiem prezydent spotykał się z gronem ekspertów i dziennikarzy, a kilka lat temu w ramach Tygodnia Świadomości Czerniaka wystąpił w edukacyjnym filmie wideo z dziećmi. Na początku marca, zaraz po tym, gdy podpisał ustawę o przekazaniu blisko 2 mld zł mediom publicznym (opozycja domagała się, by te środki przeznaczyć na onkologię), zainicjował powstanie specjalnego Funduszu Medycznego z rocznym budżetem 2,75 mld zł. Jak podkreślał, ma on być wsparciem równoległym do systemu finansowania ochrony zdrowia, służąc leczeniu pacjentów z nowotworami i chorobami rzadkimi. Za prezydentury Andrzeja Dudy odbyło się kilka spotkań z przedstawicielami środowisk lekarskich (m.in. w sprawie kontrowersyjnej nowelizacji art. 155 Kodeksu karnego), a w grudniu 2019 r. uczestniczył on w uroczystej gali z okazji 30. rocznicy I Krajowego Zjazdu Lekarzy. Jedni powiedzą, że to mało jak na pięć lat prezydentury, skoro Kancelaria Prezydenta RP i Biuro Bezpieczeństwa Narodowego, czyli urząd realizujący powierzone przez głowę państwa zadania w zakresie bezpieczeństwa narodowego, dysponują 441 etatami (stan





## Kandydaci ubiegający się o urząd Prezydenta RP nie podają źródeł finansowania swoich pomysłów.

na koniec 2019 r.), zaplanowane na ten rok wydatki kancelarii sięgają prawie 200 mln zł (dla porównania: Kancelaria Senatu RP ma tylko 30 mln zł więcej). Inni zaproponują, by „zdrowotne” dokonania Andrzeja Dudy porównać z jego poprzednikami, dla których poprawa losu pacjentów i warunków pracy personelu medycznego raczej nie należały do priorytetów w czasie pełnienia obowiązków głowy państwa.

### MAŁGORZATA KIDAWA-BŁOŃSKA

Kandydatka Koalicji Obywatelskiej Małgorzata Kidawa-Błońska zapewnia, że fundamentem jej prezydentury będzie szeroko pojęte bezpieczeństwo, także w zakresie ochrony zdrowia. Pierwszą rzeczą, jaką zrobiłaby jako głowa państwa, to złożenie projektu ustawy gwarantującej każdemu ciężko choremu dziecku najlepsze dostępne leczenie, bez względu na miejsce zamieszkania czy grubość portfela jego rodziców. Obiecuje też złożenie projektu ustawy zwiększającej nakłady na zdrowie do 6 proc. PKB w 2021 r. i upominanie się o darmowe leki dla seniorów, co można interpretować jako znaczne rozszerzenie tzw. programu Lekki 75+. Za jej prezydentury Kancelaria Prezydenta RP miała by opracować „systemowy program bezpieczeństwa psychicznego”, adresowany do uczniów, studentów i nauczycieli. Na profilu Małgorzaty Kidawy-Błońskiej na Twitterze, na pięć dni przed potwierdzeniem pierwszego przypadku koronawirusa w Polsce, pojawił się apel: „Wzywam premiera Morawieckiego i rząd do ujawnienia prawdy o przypadkach koronawirusa w Polsce”. Spokładło się to z powszechną krytyką

za snucie teorii spiskowych. Teraz kandydatka KO na urząd prezydenta apeluje do rządu o uruchomienie programu powszechnego dostępu do testów na koronawirusa.

### WŁADYSŁAW KOSINIAK-KAMYSZ

W tegorocznym wyścigu o fotel prezydenta jedynym lekarzem jest Władysław Kosiniak-Kamysz. Jako polityk nie za często porusza tematykę ochrony zdrowia, mimo że stojąc od kilku lat na czele dużej partii, ma ku temu spore możliwości. W czasie kampanii prezydenckiej mówi jednak na ten temat znacznie częściej, zwracając uwagę na konieczność ponadpartyjnego współdziałania. Jedną z jego pierwszych inicjatyw jako prezydenta byłoby przygotowanie „całościowego paktu na rzecz zdrowia”, choć przyznaje, że nie leży to w bezpośrednich kompetencjach głowy państwa. – Daję gwarancję, że zrealizuję prawdziwą reformę ochrony zdrowia – zapewnia, dodając, trochę podobnie jak Małgorzata Kidawa-Błońska, że ta reforma byłaby fundamentem jego prezydentury. Powtarza, że należy zwiększyć nakłady na ochronę zdrowia przynajmniej do 6,8 proc. PKB i uproszczyć dojście do specjalizacji, choć kompetencje głowy państwa są w tym obszarze mocno ograniczone. Obiecuje powstanie prezydenckiego funduszu stypendialnego, mającego zachęcać do studiowania na kierunkach, gdzie brakuje specjalistów (żacy dostawaliby 1000 zł co miesiąc pod warunkiem, że przez 10 lat po studiach zostaliby w Polsce, tu pracując i płacąc podatki). W czasie niedawnej konwencji, odwołując się do swojego wykształcenia, powiedział, że Polsce potrzebny jest lekarz, by „rozdarły na pół” kraj „precyzyjnie zszyć nicią chirurgiczną”. Małżonka Władysława Kosiniaka-Kamysza jest lekarzem dentystą i u progu kampanii wyborczej zadeklarowała, że jako pierwsza dama wspólnie z ekspertami stworzyłaby program zdrowia „przywracający zdrowy uśmiech każdemu dziecku w Polsce”.

## Wybory a koronawirus

Zaplanowane na 7 maja wybory lokalne w Anglii i Walii przełożono o rok z powodu koronawirusa. Brytyjski rząd ogłosił tę decyzję 13 marca, czyli tego samego dnia, kiedy premier Mateusz Morawiecki poinformował, że za 1,5 doby będą wprowadzone pełne kontrole na polskich granicach, będących wewnętrznymi granicami UE, przynajmniej na 10 kolejnych dni i wstrzymane zostaną międzynarodowe połączenia pasażerskie lotnicze i kolejowe, a w polskich szkołach już drugi dzień nie odbywały się lekcje. Brytyjczycy wybory przełożyli z tak dużym wyprzedzeniem, choć w przeciwieństwie do kontynentalnej Europy dłużej nie wprowadzali ograniczeń dotyczących zgromadzeń publicznych, a w Zjednoczonym Królestwie większość uczniów ostatni raz poszła do szkół 20 marca (opiekę mają zapewnione dzieci pracowników ochrony zdrowia i innych sektorów niezbędnych dla funkcjonowania państwa). 15 marca, kiedy państwo polskie wprowadziło w życie zasadę „jeżeli nie jesteś obywatelem naszego kraju, to granica jest zamknięta”, zakazując, poza drobnymi wyjątkami, wjazdu cudzoziemcom, we Francji odbyła się I tura wyborów samorządowych. Do ostatnich chwil trwały dyskusje nad sensownością ich przeprowadzania, a z powodu epidemii nad Sekwaną obowiązywał wówczas zakaz organizowania zgromadzeń powyżej 100 osób. Francuzi do urn poszli, ale zaplanowaną na 22 marca II turę wyborów odwołali. 22 marca, mimo epidemii, odbyły się wybory uzupełniające do rad gmin Pątnów i Strzelce Wielkie (łódzkie) oraz Smyków (świętokrzyskie), do rady miejskiej w Białej Piskiej (warmińsko-mazurskie), a także wybory przedterminowe wójtów w gminach Wierzchnas (łódzkie) i Jarosław (podkarpackie). Wyborcy korzystali z jednorazowych długopisów. Zaplanowane na 29 marca referendum w Ostródzie odwołano. W Polsce wybory prezydenckie mają się odbyć 10 maja, a rządzący zaprzeczają, by planowali je przełożyć. Wszyscy politycy regularnie dziękują lekarzom i całemu personelowi medycznemu za ofiarność w tym trudnym czasie, ale ile z tego podziwu pozostanie w ich umysłach i sercach, gdy uporamamy się z koronawirusem, nie wiadomo.



## Teatr demokracji trwa w najlepsze, choć z uwagi na epidemię koronawirusa kampania przygasa.

### ROBERT BIEDROŃ

O naprawę systemu opieki zdrowotnej w roli prezydenta zamierza też walczyć Robert Biedroń. Chce, by wydatki na zdrowie wynosiły 7,2 proc. PKB. Przekonuje, że dzięki tym środkom kolejki do lekarzy skrócą się, wzrośnie liczba personelu medycznego, pojawią się inwestycje w infrastrukturę medyczną i przyspieszy cyfryzacja. „Ktoś powie, że to rola ministra zdrowia, a nie prezydenta, ale skoro ani ten minister, ani jego poprzednicy nie potrafili tego załatwić, to musi zrobić to za nich prezydent” – czytamy na internetowej stronie kandydata. Brzmi chwytliwie, ale jak to się ma do Konstytucji RP, na którą często się powołuje, skoro jasno z niej wynika, że prezydent nie ma „twardych” kompetencji w tych sprawach. Priorytetem Roberta Biedronia miałyby być onkologia, geriatrya i psychiatrya, zwłaszcza dziecięca, choć co się kryje za tymi obietnicami, nie wiadomo. Proponuje autorską reformę polityki lekowej, polegającą na tym, że żaden lek na receptę nie mógłby kosztować więcej niż 5 zł. Taka sama zasada miałyby dotyczyć wyrobów medycznych (np. pomp insuliny, aparatów słuchowych, inhalatorów). Chce, aby bezpłatne leki przysługiwały dzieciom, emerytom, rencistom, kobietom w ciąży i pacjentom po przeszczepieniach, ale nie podaje sposobu na realizację tych pomysłów.

### SZYMON HOŁOWNIA

„Nowy prezydent. Wizja i konkrety” – tak zatytułował swoją kampanijną broszurę Szymon Hołownia. Deklaruje, skądinąd słusznie, że prezydent nie ma „władzy naprawiania systemu ochrony zdrowia”, a głowa państwa to nie premier ani minister zdrowia, nie jest więc jej zadaniem

„forsowanie konkretnych rozwiązań sektorowych”. Wśród czterech najważniejszych obszarów Szymon Hołownia wymienia: bezpieczeństwo narodowe, wyzwania klimatyczne, solidarność społeczną oraz samorządność i działalność obywatelską. Ochrony zdrowia tu nie ma, choć lubi robić wtręty typu „bardzo leży mi na sercu stan polskiej pediatrycznej opieki psychiatrycznej” czy „niezbędne wydaje się dziś pilne wsparcie wysokoreferencyjnych placówek leczenia onkologicznego”. Pierwsze posiedzenie Rady Gabinetowej zwołałby nie z myślą o onkologii czy psychiatrii, lecz w celu ogłoszenia „kryzysu wodnego” i ustalenia „narodowego priorytetu na rzecz odbudowy zasobów wodnych”, a Belweder chciałby zamienić w „miejsce regularnych spotkań z osobami wykluczonymi”, zapraszając do niego m.in. Teatr Bezdomnych. Nie, to nie są żarty, kandydat pisze o tym zupełnie serio w swojej kilkudziesięciostronicowej broszurze. Tej, w której nad kwestiami dotyczącymi ochrony zdrowia poważniej pochyła się dopiero na 27 stronie. W związku z brakiem społecznej akceptacji co do wprowadzenia współpłacenia za procedury medyczne, zdaniem Szymona Hołowni należy realnie zwiększyć nakłady budżetowe np. „poprzez ogłoszenie prezydenta wraz z Senatem referendum w sprawie zwiększenia składki zdrowotnej”. Do rozważenia proponuje „przekazanie województwom wszystkich szpitali wraz z dochodami ze składki zdrowotnej”. Powołując się na rozmowy z niewymienionymi z funkcji czy nazwisk przedstawicielami samorządu lekarskiego, uważa że utrzymanie w obecnej formule stawki kapitałowej „bez względu na to, czy się pacjenta leczy, czy nie”, najpewniej nie rozwiąże problemów w POZ.

### KRZYSZTOF BOSAK

Dosyć oszczędnie o ochronie zdrowia mówi Krzysztof Bosak. Być może to przemyślana strategia, bo jako kandydat Konfederacji reprezentuje m.in. środowiska domagające się całkowitej likwidacji „państwowej służby zdrowia”, co wielu uznaje za kontrowersyjne. Jako głowa państwa dążyłby do wypracowania „narodowego programu reformy systemu ochrony zdrowia, ponadpartyjnymi podziałami i przy udziale ekspertów”. Chciałby inicjować działania zmierzające do tego, by Polacy „rządziej potrzebowali pomocy lekarskiej”, widząc konieczność upowszechnienia wiedzy z zakresu profilaktyki, dietyki i zdrowego trybu życia. U progu kampanii wyborczej na profilu na Twitterze cytował słowa prezesa NRL Andrzeja Matyi, który z niepokojem odnosił się do uproszczonego trybu zatrudniania lekarzy cudzoziemców spoza UE (przewiduje to projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry), co krytykował również w wywiadach. Zdecydowanie sprzeciwia się podnoszeniu danin publicznych, dlatego apelował do obecnego prezydenta o zawetowanie ustawy o wprowadzeniu tzw. podatku cukrowego. Niezależnie od wyniku wyborów i tego, czy zaplanowane na 10 maja wybory prezydenckie odbędą się, czy też ze względu na epidemię koronawirusa zostaną przełożone, Krzysztof Bosak przejdzie do historii nie tylko jako ten, który jako pierwszy spośród najbardziej medialnych kandydatów jednoznacznie zaapelował o przesunięcie terminu głosowania, ale przede wszystkim jako prawdopodobnie pierwszy na świecie polityk ubiegający się o najwyższy urząd w państwie, który konwencję wyborczą odbył bez publiczności. 14 marca, na dużej sali, poza rzędami pustych krzesel, było bodaj kilkanaście osób (połowa to obsługa techniczna, bo całość transmitowano na żywo w internecie). Sala świeciła pustkami z powodu zagrożenia koronawirusem. To niezbitý dowód, że choć nie każdy polityk interesuje się kwestiami ochrony zdrowia, to te ostatnie bezpośrednio wpływają na polityków. ■

# Za darmo czy po 5 zł?

Nie istnieje coś takiego, jak darmowe obiady. Mimo to niektórzy politycy są przekonani, że leki mogą być za darmo dla wszystkich lub prawie dla każdego.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

**C**o więcej, usiłują sprawić wrażenie, że mógłby doprowadzić do tego prezydent. Ten sam, który w myśl polskiej konstytucji w niektórych obszarach ma nie tak znowu małe kompetencje, ale w odniesieniu do ochrony zdrowia nie jest mocnym, politycznym graczem.

## CEL: POZYSKAĆ PACJENTÓW

Spośród sześciu kandydatów uznawanych za najpoważniejszych pretendentów w wyborczym wyścigu o urząd Prezydenta RP, najbardziej skonkretyzowane propozycje w zakresie szeroko rozumianej ochrony zdrowia wydaje się mieć Robert Biedroń. Nie chodzi o wizję czy o propozycje zmian systemowych, ale o kilka niezwykle szczegółowych postulatów, choć wydaje się, że kandydat chce nimi pozyskać raczej pacjentów, a nie medyków. Na swojej stronie internetowej przedstawia program wyborczy: chce „walczyć o ustawowe gwarancje”, aby wszystkie leki na receptę i wyroby medyczne (np. pompy insulinowe, aparaty słuchowe) kosztowały maksymalnie 5 zł, a bezpłatne leki przysługiwały m.in. dzieciom, emerytom, rencistom, kobietom w ciąży i pacjentom po przeszczepieniach. O większym dostępie seniorów do bezpłatnych leków wspomina również Małgorzata Kidawa-Błońska. Oszacowanie, ile potrzeba środków, aby bezpłatne leki przysługiwały choćby tylko trzem grupom – seniorom powyżej 75. r.ż., kobietom w ciąży i osom niepełnoletnim, byłoby bardzo dużym projektem analitycznym. Wydaje się mocno wątpliwe, aby politycy zgłaszający takie postulaty mieli to choćby bardzo ogólnikowo skalkulowane. – Trzeba by wykorzystać m.in.

bazy danych, obejmujące wszystkie leki Rx oraz OTC, które NFZ posiada dopiero od kilku miesięcy, a także przeanalizować raportowanie e-recept, wciąż jeszcze nie tak powszechnych – mówi prof. Marcin Czech, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego, a w latach 2017-2019 podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzialny m.in. za politykę lekową i farmację. W jego opinii, gdyby wszystkie leki dla osób powyżej 75 r.ż., niezależnie od wskazań medycznych, były nieodpłatne, to wydatki w ramach tzw. programu leki 75+ przynajmniej podwoiłyby się. – Szacunkowo dodatkowe wydatki na zapewnienie wszystkich bezpłatnych leków dla seniorów opracowane przez Ministerstwo Zdrowia pięć lat temu wynosiły ponad 4 mld zł – przypomina dr Jerzy Gryglewicz z Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Zostawiając na boku spekulacje, fakty są takie: ustawy limit wydatków przeznaczonych na realizację programu bezpłatnych leków dla seniorów 75+ w latach 2016-2025 sięga 8,3 mld zł, a jego finansowanie z roku na rok rośnie (w 2022 r. na ten cel zaplanowano ok. 1 mld zł).

## Z CZEGO SFINANSOWAĆ?

Kiedy poprosiłem Krzysztofa Łandę, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2015-2017 odpowiedzialnego m.in. za politykę lekową, o odpowiedź na pytanie, o ile trzeba zwiększyć wydatki, gdyby niezależnie od wskazań medycznych wszystkie leki dla osób w wieku 75+ były nieodpłatne, zostałem zapytany, co rozumiem pod pojęciem „leki”. – Chodzi o produkty lecznicze na receptę czy również suplementy diety i leki OTC? Czy chodzi wyłącznie o leki obecne już na wykazach leków refundowanych, czy również te zarejestrowane w UE przez Europejską Agencję Leków, ale które

nie są w Polsce refundowane? – dopytywał, choć w rzeczywistości były to pytania skierowane do niektórych złotoustych polityków. Krzysztof Łanda przypomina, że podstawowym założeniem przyjętym przy tworzeniu „listy leków 75+” było to, że trafią na nią wyłącznie leki już refundowane i niekoniecznie we wszystkich refundowanych wskazaniach. – To w dalszym ciągu pochodna listy refundacyjnej, a nie lista typu „open”, w której wszystko jest za darmo. Takiej listy prawdopodobnie nigdy nie będzie, my już dziś musielibyśmy na ten cel przeznaczać 2-3 razy więcej pieniędzy, niż wydajemy obecnie. Z czego mielibyśmy sfinansować taką „listę open”? Kosztem świadczeń? – zastanawia się prof. Marcin Czech. Nic dziwnego, że zachęca do ostrożności w słuchaniu obietnic, że Polacy wszystkie leki mogliby mieć bezpłatnie. – Obecnie żaden system refundacyjny na świecie czegoś takiego nie przewiduje. Opierając się na evidence based medicine, wiemy, że sporo leków ma ograniczoną skuteczność, więc po co je refundować z publicznych pieniędzy? – pyta. W jego ocenie pomysł, aby wszystko, co lekarz wypisze na receptę według pełnych wskazań, było w aptece po maksymalnie 5 zł, stanowi obietnicę, która w dostównej wersji nie zostanie spełniona. Zdaniem dr. Jerzego Gryglewicza wprowadzenie cen urzędowych leków do wysokości 5 zł mogłoby spowodować bardzo znaczący wzrost wydatków z budżetu NFZ, co w efekcie doprowadziłoby do zmniejszenia finansowania innych świadczeń lub ograniczenia możliwości refundacji nowych produktów leczniczych. – Najbliższy system, w którym większość leków jest bezpłatna, są Niemcy, choć i tam istnieją pewne wyjątki – dodaje prof. Marcin Czech. ■

**PROBLEMY PRZEWODU POKARMOWEGO**

# Pacjent w sieci

Jak często porady zdrowotne udzielane na internetowym forum dla anonimowych użytkowników mogą być szkodliwe?

TEKST LEK. MED. MIKOŁAJ KAMIŃSKI,  
DR HAB. N. MED. WOJCIECH MARLICZ,  
ADIUNKT W KLINICE GASTROENTEROLOGII,  
POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

**O**becnie internet to dla wielu osób główne źródło wiedzy na tematy zdrowotne. Jednak wiele treści czy porad może zawierać niewłaściwe informacje, zwłaszcza gdy są tworzone przez osoby bez wykształcenia medycznego.

które mogą być postrzegane jako wstydlive, a możliwość anonimowego wyznania swoich problemów i poszukiwania pomocy wydaje się być atrakcyjna dla osób z tymi dolegliwościami. Po drugie, chorobom przewodu pokarmowego często towarzyszą tzw. objawy alarmowe,

diagnostycznych (11,3%). Najczęściej zgłaszanymi objawami były: ból brzucha (38,5% wątków), biegunka (16,7%), wzdęcia (13%), nudności (11,3%) i zaparcia (10,6%). Aż w 11,4% wątków użytkownik szukający porady zgłosił co najmniej jeden objaw alarmowy. Oceniliśmy racjonalność 3550 odpowiedzi. 35,4% z nich uznaliśmy jako słuszne. Sugestie, aby szukać pomocy u lekarza, również były oznaczane jako racjonalne. 19,5% porad miało charakter neutralny – zastosowanie się do nich prawdopodobnie nie przyniosłoby poprawy, jednak proponowane interwencje nie spowodowałyby pogorszenia stanu chorego. W sumie 4,4% odpowiedzi miało charakter szkodliwy. Udzielane porady były niebezpieczne dla zdrowia (0,9%) lub ignorowały występowanie objawu alarmowego (3,5%). W sumie 13,6% postów, w których użytkownik zadeklarował występowanie objawu alarmowego, otrzymały co najmniej jedną szkodliwą odpowiedź. 40,6% wiadomości zwrotnych nie zawierało żadnej porady – były to posty dopytujące, opowiadanie własnej historii lub reklamy.



**Oceniliśmy racjonalność 3550 odpowiedzi. 35,4% z nich uznaliśmy jako słuszne. Sugestie, aby szukać pomocy u lekarza, również były oznaczane jako racjonalne.**

W tym tekście chcemy krótko przedstawić wyniki i wnioski z naszego najnowszego badania dotyczące analizy wątków i pytań zadawanych na polskim internetowym forum medycznym dla anonimowych użytkowników<sup>1</sup>.

**MOTYWACJA**

Internetowe fora medyczne anonimowych użytkowników zapewniają dyskrecję osobom poszukującym porad zdrowotnych. Wiąże się to z ryzykiem otrzymania porady od osoby bez doświadczenia medycznego i zwyczajnego wprowadzenia w błąd. W naszej analizie uwagę skupiliśmy na sekcji forum medycznego dotyczącego problemów gastroenterologicznych. Skąd ten wybór? Po pierwsze, choroby przewodu pokarmowego wywołują objawy,

które wymagają uwagi i nie powinny być ignorowane. Naszym celem było zbadanie głównych problemów zdrowotnych zgłaszanych przez użytkowników internetu oraz racjonalności odpowiedzi, jakie zostały im udzielone na popularnym forum medycznym dla anonimowych użytkowników (informacja o nazwie forum została ujawniona w procesie recenzentkim; nie chcemy w żaden sposób reklamować strony internetowej, którą analizowaliśmy).

**WYNIKI**

W badaniu przeanalizowaliśmy 2717 wątków/zapytań na forum. Użytkownicy najczęściej poszukiwali pomocy dotyczącej diagnozy choroby związanej ze zgłaszanymi dolegliwościami (66,8%), informacji o leczeniu (38,9%) lub interpretacji badań

**WNIOSKI PŁYNĄCE Z BADAŃ**

Jak dotąd żadne z badań nie podjęło się analizy tak dużej liczby wątków/zapytań i odpowiedzi na internetowym forum medycznym. Dzięki temu mogliśmy oszacować, jakie są główne problemy użytkowników

2717

- tyle wątków/zapytań opublikowanych na forum internetowym poddano analizie.

## NAJCZĘSTSZE PROBLEMY UŻYTKOWNIKÓW FORUM:



ból brzucha

38,5%



biegunka

16,7%



wzdęcia

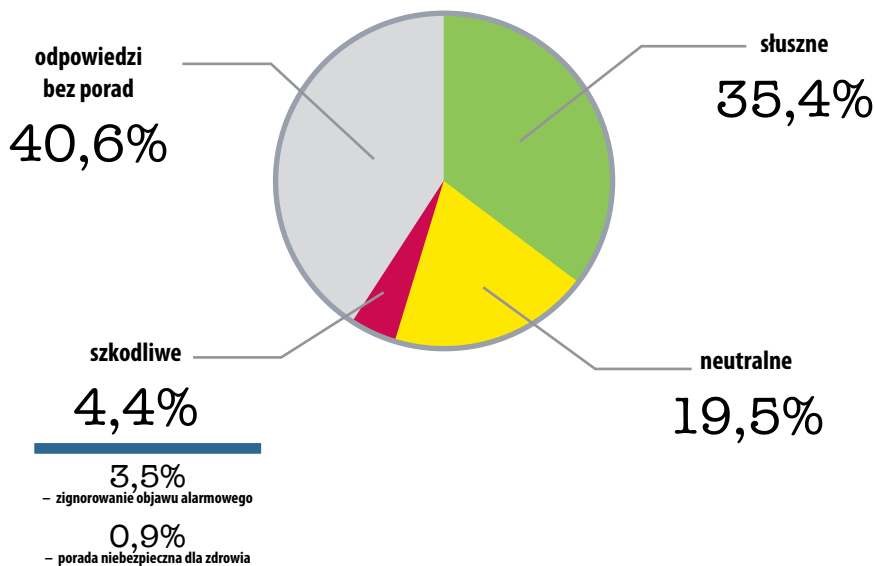
13%



objawy alarmowe

11,4%

## RACJONALNOŚĆ UDZIELANYCH PORAD:



Ocena porad i odpowiedzi udzielanych na internetowym forum dla anonimowych użytkowników z chorobami układu pokarmowego, źródło: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/3/1042>

anonimowego forum dla osób z dolegliwościami związanymi z przewodem pokarmowym. Najważniejszym punktem badania był odsetek

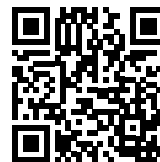


**Najważniejszym punktem badania był odsetek potencjalnie szkodliwych odpowiedzi.**

potencjalnie szkodliwych odpowiedzi. O ile 4,4% może wydawać się niewielką wartością, jednak po odrzuceniu 40,6% odpowiedzi, które nie zawierały porady, odsetek ten rośnie do 7,4% udzielonych porad.

Należy wziąć także pod uwagę, iż wiele problemów zgłaszanych na forum dotyczyło dolegliwości o łagodnym lub umiarkowanym charakterze. Jak przedstawiliśmy w pracy, szkodliwe odpowiedzi były najczęściej związane z ignorowaniem objawu alarmowego. Naszym zdaniem wskazuje to na niewystarczającą wiedzę

Odniesienie do artykułu:



na temat objawów alarmowych, wymagających pilnej diagnostyki wśród osób korzystających z internetu. Ma to szczególne znaczenie w przypadku nowotworów układu pokarmowego, które często są rozpoznawane niestety już w stadium zaawansowanym.

Należy pamiętać, że poza programem profilaktyki wczesnego wykrywania raka jelita grubego, inne badania przesiewowe w kierunku nowotworów przewodu pokarmowego są nadal znacznie ograniczone. Być może w dobie powszechnego dostępu do internetu, gdzie pacjenci mogą konsultować się nawzajem, warto rozpowszechnić wiedzę o objawach alarmowych, aby osoby, które zamiast porady w gabinecie lekarskim wybrały internetowe forum medyczne, mogły otrzymać rzetelną informację zwrotną. Zwłaszcza, gdy zgłaszana dolegliwość może wymagać pilnej diagnostyki. To kwestia, którą warto rozważyć w przyszłych programach informacyjnych oraz w programie lekcji „Wiedzy o zdrowiu” opracowywanych przez Narodową Strategię Onkologiczną.

Pragniemy również zaznaczyć, iż nie mamy wiedzy, jak porady na internetowym forum ostatecznie wpłynęły na decyzję i losy użytkowników. Warto byłoby poznać, czy odpowiedzi, które zamiast zachęcać do pilnej diagnostyki objawu alarmowego uspokajają użytkowników i wpływają na opóźnienie właściwej diagnozy.

Mamy nadzieję, że nasza analiza będzie inspiracją do zgłębiania tego tematu. Więcej szczegółów można znaleźć w oryginalnej pracy. Artykuł jest dostępny dla czytelników bez dodatkowych opłat (<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/3/1042>). Zachęcamy również do kontaktu w sprawach naukowych (e-mail: [mikolaj.w.kaminski@gmail.com](mailto:mikolaj.w.kaminski@gmail.com)). ■

<sup>1</sup>M. Kamiński, M. Borger, P. Prymas, A. Muth, A. Stachowski, I. Łoniewski, W. Marlicz. Analysis of Answers to Queries among Anonymous Users with Gastroenterological Problems on an Internet Forum, IJERPH, 17 (2020) 1042.

## GIGANCI MEDYCyny

# Nie czuję się geniuszem

Z prof. dr. hab. n. med. **Franciszkiem Kokotem** rozmawia **Piotr Biernat**.

“

**GL** Czy po 60 latach pracy, w wieku 91 lat, wreszcie udało się panu profesorowi zwolnić tempo? To o panu całe pokolenia lekarzy mówią: tytan pracy i geniusz medycyny.

**Każdy, kto ten zawód wybiera, musi mieć świadomość, że do końca życia trzeba codziennie się uczyć. Inaczej będzie złym lekarzem, miernym naukowcem.**

Ależ skąd. Niech pan zobaczy, tam na oknie pełno jest pism medycznych i prac do przejrzania. Współpracuję m.in. z „Medycyną Praktyczną”, gdzie redaguję rubrykę „postępy w nefrologii”. Ja, w odróżnieniu od ludzi uważających pracę za nieszczęście, traktuję ją jako czynnik życiodajny. Trzy lata temu miałem dwa wypadki i teraz muszę poruszać się na wózku, ale dzięki Bogu zaczynam psuć się od dołu, a nie od góry. Gdyby nie tamte wydarzenia, czułbym się jak nowonarodzony. Nie wyobrażam sobie, że można się rano obudzić i nie pracować.

**GL** Żeby zdążyć opublikować ponad tysiąc prac naukowych i zdobyć Himalaje medycyny, trzeba całe swoje życie tylko temu poświęcić. Warto było? Zawsze jest coś za coś. Ja w każdym razie niczego nie żałuję. Moje wybory były uzgodnione z żoną. Ustaliliśmy, że ona, też lekarz, poświęci się wychowaniu czwórki dzieci, a ja medycynie i nauce. Długo nie wiedziałem, czy będę teoretykiem czy praktykiem. Ale zawsze miałem szczęście do ludzi, którzy jakimś cudem kierowali mną we właściwym kierunku. Tego nie da się wytłumaczyć, ale w moim

życiu wiele razy czułem, że ktoś mną kieruje i mnie prowadzi. Jakiś palec Boży? Czy co?

**GL** Zaczęto się jeszcze, gdy był pan dzieckiem.

Urodziłem się w strasznej biedzie. Wszyscy ciężko pracowali. Moi rodzice – Franciszek i Franciszka – pobrali się około 1920 r. Miałem trzech braci. Ojciec był murarzem w Królewskiej Hucie, czyli dzisiejszym Chorzowie. Zarabiał tylko 80 marek. Mieszkaliśmy w Oleśnie, które wtedy należało do Niemiec. Pamiętam, że do szkoły chodziliśmy na bosaka, a do kościoła na zmianę w jednej parze butów. Miałem chyba 10 lat, gdy pastem krowy razem z Cyganką z Ukrainy o imieniu Tatiana. I ona pewnego dnia mówi: Franek, ja ci powróżę. Jak rozłożyła karty i zobaczyła, że na górze są sami królowie, to się za głowę złapała i pobiegła do mojej mamy powiedzieć, że według kart będę wielkim człowiekiem, kimś znaczącym.

Może wtedy w głowie mamy coś się przetamało, bo już drugi rok nachodził ją nauczyciel języka niemieckiego, żeby postać mnie do gimnazjum, choć nie było za co. Potem byli kolejni, którzy życzliwie podawali mi rękę. A kiedy na studiach nie miałem ani grosza, żeby pojechać na święta do domu i bliski byłem rezygnacji, to w Wielki Piątek do pustego akademika przysłała nagle teściowa mojego brata z Bytomia i zaopiekowała się mną. To był dla mnie znak, żeby nie rezygnować z medycyny. Potem już jakoś poszło. Najpierw zostałem laborantem na pół etatu oraz tłumaczyłem podręcznik z jęz. niemieckiego dla polskich medyków, i tak pracując, kończyłem studia. Już nie musiałem martwić się o jedzenie i pieniądze, ale do końca życia pamiętać będę, co znaczy bieda. To doświadczenie zresztą wiele razy przydało mi się w zawodzie lekarza, chyba lepiej potrafiłem rozumieć biednych ludzi.





**Franciszek Kokot:**  
- Ciągła nauka to nasza  
powinność, bo inaczej  
można szkodzić  
pacjentowi. Nikt  
nie chciałby spotkać  
niedouczzonego lekarza.

### **🗨️ Wtedy spotkał pan swojego mistrza, profesora Kornela Gibińskiego?**

Też trafiłem na niego przypadkowo, chociaż wiedziałem o nim, że jest gwiazdą interny. Zakładał wówczas swoją klinikę w Bytomiu i nie był zachwycony moją osobą jako asystenta.

### **🗨️ Z powodu niemieckiego pochodzenia?**

Nie, broń Boże. Ani razu mi tego nie wypomniał, choć dla wielu innych wystarczyła wtedy moja wymowa, mój akcent, żeby mnie tępić. Prof. Gibiński, który przeżył obóz koncentracyjny w Gross-Rosen, strasznie tam cierpiał i omal nie zginął. Miał faktyczny powód, żeby nie lubić Niemców. Ale on do nikogo nigdy nie żywił nienawiści. Wtedy jednak myślał, że mnie partia przysłała, żebym patrzył mu na ręce.

Szybko te lody przełamaliśmy, bo nigdy nie należałem do żadnej politycznej organizacji i niczego od nich nie dostawałem i nie chciałem. Błyskawicznie zorientowałem się, że on widzi medycynę z perspektywy Giewontu, podczas gdy inni profesorowie zostali daleko w tyle. To się czuje od razu w rozmowie, w doborze słów, w postępowaniu. To był dla mnie prawdziwy mistrz i przewodnik. Nie tylko zawodowy, ale i życiowy. Kiedyś powiedział mi, że nie obchodzi go, ile pracujemy i za co, ale u niego w klinice zawsze najważniejszy będzie chory, który nigdy nie może być niezadbany. Zapamiętałem to zdanie na całe życie.

### **🗨️ Pewnie dlatego o pańskich surowych wymaganiach wobec współpracowników krążyły legendy. Wielu nie mogło nadążyć i rezygnowało. Zostawali najtrwalsi, którzy, jak pan, potrafili wszystko rzucić i poświęcić się pracy. Mistrz musi być tak wymagający?**

Ja każdemu lekarzowi, który ze mną współpracował, układałem harmonogram rozwoju zawodowego

i naukowego. W trzy lata musiał zrobić specjalizację I i II stopnia, po sześciu latach doktorat. Niektórym dodawałem jeszcze rok czy dwa. Ale faktycznie nie wszystkim to odpowiadało. Miałem pod opieką lekarkę, która obiecywała, że nie będzie miała więcej dzieci, a jeszcze trzy razy rodziła i przepraszała. Niepotrzebnie, bo mówiłem jej, że jej pierwszym powołaniem jest być kierownikiem życia rodzinnego i temu powinna się poświęcić, a potem wszystko inne. Jeśli uda się to połączyć, wspaniale, ale bardzo wielu się to nie udawało. Inny mój adiunkt mówił mi, że musi ode mnie odejść, bo każdego dnia czuł, że nie nadąża za mną. Twierdził, że wciąż czuje, że za mało wie. Odszedł i został potem kierownikiem oddziału w Chorzowie. Nawet teraz się przyjaźnimy.

### **🗨️ Musiał pan być taki wymagający?**

Nie ma innej rady. Jeśli w medycynie chce się cokolwiek zrobić, trzeba się jej poświęcić całościowo, a nie tylko częściowo. Ja od moich współpracowników nigdy nie wymagałem więcej niż od siebie. Trzeba dawać innym przykład własną osobą. Tego nauczyłem się od prof. Gibińskiego, i to stało się moją dewizą. Mistrz czy przewodnik w naszym zawodzie musi być przykładem. Wszystkiego: dociekliwości, sumienności, dokładności, ciekawości, punktualności, obowiązkowości itp.

Ciągła nauka to nasza powinność, bo inaczej można szkodzić pacjentowi. Nikt nie chciałby spotkać niedouczzonego lekarza. Choć nie sposób dziś opanować całej medycyny, to dość wcześnie lekarz musi wiedzieć, kim chce być, jaką specjalizację wybrać, w co inwestować swój czas i wiedzę. Każdy, kto ten zawód wybiera, musi mieć świadomość, że do końca życia trzeba codziennie się uczyć. Inaczej będzie złym lekarzem, miernym naukowcem.



Prof. Franciszek Kokot podczas uroczystości wręczenia Diamentowego Lauru Kompetencji i Umiejętności Regionalnej Izby Gospodarczej w Katowicach, luty 2020 r.

**PL** Podobno od wczesnych lat też wiele wymagał pan od swoich synów. Nie żałuje pan tej surowości w wychowaniu?

Zawsze robiłem to, co uważałem za słuszne, i najlepiej, jak się dało. Nikt z synów nie chciał tak harować jak ja, więc zostali lekarzami praktykami. I dobrze. Uważam że można być świetnym i szczęśliwym lekarzem bez habilitacji i bez tytułów profesorskich. Dlatego nie namawiałem ich na taką karierę, jaką ja przeszedłem, na uprawianie nauki, tylko dobrej, rzetelnej medycyny. Nawet nie pomagałem im w doktoryzowaniu się, bo chciałem, żeby to był ich wybór i ich praca.

**PL** Dla kogo powiesił pan w swoim gabinecie słynny napis, aby uczyć się godnie znosić sukcesy swoich adwersarzy. Dla uczniów czy mistrzów?

Przede wszystkim dla uczniów. Zespół kliniczny to grono ludzi o różnych zdolnościach i stopniu wiedzy. Zawsze będzie między nimi konkurencja. Dzięki temu jest postęp i rozwój. Miałem szczęście, że spotkałem na swej drodze życzliwych, mądrych oraz niezazdrośnych ludzi. Nie każdego na to stać. Niektórym brakuje w organizmie enzymów, żeby zazdrość rozłożyć. Nie przejmowałem się tym. Człowiek, który nie ma wrogów, nie jest nic wart.

**PL** Pomimo wielu propozycji zrobienia kariery na Zachodzie, zawsze wracał pan do kraju. Może gdyby wybrał pan te oferty, nie musielibyśmy dziś rozmawiać w dość skromnie urządzonej sypialni w domu opieki w Chorzowie?

A czy ja głodny i goły jestem? Po co mi więcej? W 1958 r. byłem pierwszym stypendystą z Polski na Uniwersytecie w Genewie. Kiedy stypendium się skończyło, zaproszono mnie na rozmowę do Urzędu Kontroli Ludności. Tam pewien Szwajcar najpierw pokazał mi różne

wydawnictwa, prezentujące Szwajcarię jako kraj dobrobytu. A potem namawiał trzy godziny i mówił: „Dokąd pan wraca? Do piekła?”. Odpowiedziałem: „Proszę pana, mam troje dzieci, żonę na studiach. Jeżeli nie wrócę, wyrzuci ją. Kto wtedy wyżywi moje dzieci?”.

Obiecował, że przez Czerwony Krzyż ściągną ich do Szwajcarii. Ale za ile lat? Pięć? Dziesięć? Wróciłem. Byłem młody, ale już po specjalizacji, z doktoratem. Tu miałem dla kogo żyć. A świat i tak cały zobaczyłem. Na ponad 20 amerykańskich uczelniach byłem w roli visiting professor. Docenili mnie. Z naszych prac nad immersją wodną korzystała nawet NASA – badaliśmy, jak zmienia się funkcja serca, nerek, płuc w przestrzeni kosmicznej.

Po latach zaprzyjaźniony profesor ze Szwajcarii przyjechał do mnie, do Polski. Obejrzał klinikę, a kiedy zaprosiłem go na kolację do domu, powiedział: Franek, dobrze wtedy zrobiłeś, że wróciłeś. Ja mam cztery mercedesy, cztery domy, jeżdżę co tydzień na konsultację do Egiptu, a ty masz rodzinę, swoich wychowanków. Ja tylko haruję od rana do wieczora i nie mam satysfakcji z tych moich pieniędzy.

**PL** Przez pańskie lekarskie ręce przeszło ok 200 tys. chorych. Wychował pan 77 doktorów i 30 habilitantów, wielu profesorów. Pamiętają o panu? Zaglądają tu? Wzrusza się pan, jak o nich mówimy...

Tak, bo wielu przychodzi tu po prostu powiedzieć jedno słowo – dziękuję.

**PL** A gdy wręczają panu kolejne nagrody, nazywają mistrzem i geniuszem medycyny, czy czuje się pan szczęśliwy?

Nie czuję się geniuszem. Jestem normalnym pracownikiem nauki, którego obowiązkiem jest posiadać wiedzę odzwierciedlającą aktualny stan wiedzy w medycynie. To jest dla mnie ważne. Muszę wciąż wiedzieć, gdzie jesteśmy, a moi uczniowie mogą za mną nadążyć, jak pan widzi, nawet teraz. A szczęśliwy jestem, gdy mogę dać innym szczęście, wiedzę, zdrowie, czasem tylko dobre słowo albo wskazać kierunek rozwoju adeptom nauki w medycynie. Wtedy czuję się wciąż potrzebny. ■

**Prof. dr hab. n. med. Franciszek Kokot**, wybitny lekarz, specjalista chorób wewnętrznych, endokrynologii, nefrologii i hipertensjologii, dr h. c. 10 uczelni medycznych. Uważany na świecie za jednego z ojców współczesnej nefrologii. Jest jednym z najwybitniejszych lekarzy w historii polskiej medycyny. Autor i współautor ponad tysiąca publikacji naukowych oraz podręczników polskich i amerykańskich.



**ARTUR DROBNIAK**zastępca sekretarza NRL,  
przewodniczący  
Zespołu Roboczego  
ds. Telemedycyny NRL**POLIPRAGMAZJA**

# Kiedy wielolekowość staje się problemem?

Narodowy Fundusz Zdrowia opracował raport na temat polipragmazji w Polsce. Dokument stworzono według nowych standardów NFZ, gdzie dane w nim prezentowane podzielono na te z piśmiennictwa światowego oraz na te odnoszące się do polskiej populacji.

**M**imo że w farmakoterapii polskich pacjentów stosujemy coraz więcej substancji czynnych, a każdego roku farmakopea polska powiększa się, świadomość zjawiska polipragmazji jest nadal znikoma, szczególnie wśród pacjentów.

**5 LEKÓW I WIĘCEJ**

Być może tematyka nie jest tak oczywista także dlatego, że definicja polipragmazji, w zależności od publikacji, bywa różna. W większości badań naukowych pod tym terminem kryje się używanie więcej niż pięciu leków przez jednego pacjenta i takie kryteria przyjęto w badaniu SHARE – zebrane w tej analizie dane wskazują, że w Unii Europejskiej, wśród pacjentów powyżej 65 r.ż., aż 32 proc. zażywa pięć i więcej leków.

Dane ujęte w raporcie NFZ na temat polskiej populacji pokazują, że 554 tys. Polaków po 65. r.ż. przez 80 proc. dni w okresie półrocza zażywa pięć i więcej leków codziennie. Polaków przyjmujących pięć leków choćby przez krótki czas w I połowie 2018 r. było aż 4,5 mln. Należy tylko się zastanowić, czy to aż tak wiele w przypadku pacjenta po zawale serca i z nadciśnieniem czy chorego z cukrzycą i rozwijającą się demencją? Słowo „polipragmazja” zwykle kojarzy się pejoratywnie. Tymczasem

badacze tematu jednoznacznie wskazują, że polipragmazja może być prawidłowa – gdy wszystkie leki są przepisane po to, by osiągnąć konkretne cele terapeutyczne, terapia jest zoptymalizowana pod kątem zminimalizowania ryzyka działań niepożądanych zażywanych substancji, a pacjent przyjmuje wszystkie leki zgodnie z zaleceniami.

Z nieprawidłową polipragmazją mamy do czynienia wówczas, gdy brak jest udowodnionych naukowo wskazań do przyjmowania leku lub dawka leku jest zbyt wysoka, kombinacja leków daje nieakceptowalne reakcje niepożądane, a pacjent nie przyjmuje choćby jednego ze zleconych leków.

Ciekawie, choć zgodnie z przewidywaniami, klasyfikują się najczęściej używane przez polskich pacjentów leki wydawane na receptę. Są nimi: metformina, atorwastatyna, pantoprazol, ramipryl i amlodypina. Te dane pokazują też wyraźnie spektrum chorób przewlekłych, z jakimi boryka się polskie społeczeństwo.

**OGRANICZENIE ZJAWISKA**

Wydaje się, że problem polipragmazji, szczególnie wśród osób starszych, jest bardzo trudny do całkowitego rozwiązania, choć możliwy do zredukowania. I nasz w tym wysiłek, edukatorów medycznych i lekarzy, by prawidłowo prowadzić

polipragmazję, i to wyłącznie w przypadkach, które wymagają przyjmowania większej liczby leków.

Największą barierą w osiągnięciu tego celu wydaje się być sytuacja, w której lekarze, nie znając innych leków przyjmowanych przez pacjenta, włączają do terapii kolejne leki i suplementy. W tym zakresie pomocna może być elektroniczna dokumentacja medyczna. Oczywiście tylko wtedy, gdy jest rozsądnie i rzetelnie prowadzona. Warto też mieć na uwadze, że negatywnym zjawiskiem w kontekście zjawiska polipragmazji, do walki z którym powinniśmy zachęcać decydentów, jest całkowicie niekontrolowany rynek suplementów medycznych, których polscy pacjenci spożywają najwięcej w Europie.

Podsumowując, raport NFZ dotyczący polipragmazji jest lekturą ciekawą, po której można wyciągnąć pewne wnioski przydatne do własnej praktyki lekarskiej. Zachęcam do jego przeczytania. Raport dostępny jest na stronie [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl) oraz [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl). ■

Raport oraz informacje  
na temat kampanii:**NFZ, NRL I NIA EDUKUJĄ SENIORÓW**

NFZ, Naczelna Izba Lekarska oraz Naczelna Izba Aptekarska wystartowały z kampanią edukacyjną zapobiegającą polipragmazji. Akcja ma zwrócić uwagę seniorów na liczbę zażywanych lekarstw oraz zminimalizować ryzyko interakcji. Punktem wyjścia do zorganizowania kampanii był raport NFZ, dotyczący problemu wielolekowości w Polsce, opublikowany pod koniec lutego br.

## SZTUKA MOTYWACJI

# Co zrobić, żeby się chciało? (CZ. II)

O motywacji mówi się głównie w kontekście systemów funkcjonujących w zakładach pracy, których celem jest podniesienie wydajności pracowników lub przynajmniej utrzymywanie jej na stałym, wysokim poziomie.

TEKST **BEATA KRUDKOPAD-SZATORSKA**,  
PSYCHOLOG, COACH RELACJI, TRENER W ODZ NIL

**K**orporacje wręcz prześcigają się w pomysłach, nazywając je zarządzaniem zasobami ludzkimi.

## SPOSOBY NA MOTYWACJĘ

I tak mówi się np. o systemie „kija i marchewki”, czyli kar i nagród (który szczęśliwie funkcjonuje już tylko w skostniałych organizacjach), albo systemie „doceniaj, a nie oceniaj”, w którym każdy pracownik z puli zadań stojących przed jego zespołem sam wybiera te, za które chce wziąć odpowiedzialność. Możliwość takiego wyboru daje pracownikowi szansę na wykorzystanie i rozwój swoich mocnych stron, co samo w sobie jest motywujące – wiem, że umiem to zrobić, odnoszę sukces, odczuwam satysfakcję – a satysfakcja jest najsilniejszym bodźcem motywującym do dalszego działania lub intensyfikacji tychże.

Mówi się też o metodzie Kaizen – kaizen, która jest nawet czymś więcej niż sposobem motywowania. To wręcz filozofia zarządzania, polegająca na zaangażowaniu każdego pracownika w wynik końcowy na każdym etapie procesu. W ten sposób wszyscy są twórcami, a przeciwieństwo sama w sobie jest silnym

motywatorem. W Kaizen pracownicy są bardzo mocno nagradzani za innowację, ale i za znalezienie braku/błędu. Podstawą tej techniki jest świadomość wpływu na kształt produktu/procesu, a tym samym na przejęcie odpowiedzialności za wynik.

Mamy też model zwany „Turkusowym zarządzaniem”, autorstwa Frederica Laloux, polegający na odrzuceniu hierarchicznej struktury kierowniczej, współzawodnictwa, ocen, premii i prowizji. W zamian za to buduje się poczucie wolności, zaufania, partnerstwa i współpracy. Decyzje w turkusowej organizacji są podejmowane przez osoby znające temat i mające ku temu predyspozycje, często po zasięgnięciu opinii innych. Zarządzanie opiera się na paradygmacie organizowania pracy zespołowej, która będzie dawała każdemu poczucie sensu życia, pozwalała na rozwój, oferowała przestrzeń dla kreatywności i innowacyjności.

Jak widać, w pracy jesteśmy silnie motywowani. A co z życiem prywatnym? Z rozwojem osobistym? I dlaczego ciągle wraca do nas słynne: „oby chciało mi się tak, jak mi się nie chce”? I dlaczego mi się nie chce? Powodów może być kilka. Jednym z nich jest niechęć do zmian.

## WAŻNE

Zarządzanie opiera się na paradygmacie organizowania pracy zespołowej, która będzie dawała każdemu poczucie sensu życia, pozwalała na rozwój, oferowała przestrzeń dla kreatywności i innowacyjności.

## PROKRASTYNACJA CZYLI SYNDROM SCARLETT O'HARA

To nic innego jak uporczywa tendencja do ciągłego odkładania wszystkiego na później. „Pomyślę o tym jutro” – mówiła piękna bohaterka filmu „Przeminęło z wiatrem” za każdym razem, gdy musiała wyjść z własnej strefy komfortu i podjąć wysiłek rozwiązania problemu, a tym samym dokonania zmiany.

Ile razy my sami mówimy „jak tylko zrobi się cieplej, codziennie będę chodzić na długie spacery/biegać”, „latem zapiszę się na kurs angielskiego”, „w przyszłym miesiącu rzucę palenie”. Jutro, za tydzień, w przyszłym miesiącu... A dlaczego nie dziś?

Prokrastynacja nie świadczy o niskich ambicjach czy lekceważeniu powierzonych zadań. Wręcz przeciwnie. Najczęściej przypadłość ta dotyka osób utalentowanych i ambitnych, które jednak mają problemy z rozpoczęciem czynności. Odczuwają wówczas narastający niepokój i brak wiary w siebie. Uciekają przed wykonaniem zadania w obawie przed porażką. Jak sobie z tym poradzić? Popracuj nad swoją samooceną!

## WEŹ KARTKĘ PAPIERU I SPRAWDŹ SWOJĄ SAMOOCENĘ:

1. Co robię dobrze w życiu osobistym i zawodowym (moje mocne strony)?
2. Co muszę poprawić w swoim życiu osobistym i zawodowym (obszary do rozwoju/zmiany)?
3. Jakie w związku z tym widzę możliwości (jak mogę wykorzystać swój potencjał)?
4. Co stoi na drodze do realizacji celów – brak przekonania, że się uda (praca na postawach), odwlekanie (prokrastynacja), inne?
5. Jak mogę pokonać bariery (czy te przeszkody mają realny kształt, czy też tkwią jedynie w mojej głowie)?

**A teraz pora uruchomić pozytywne myślenie!** Ma ono wielką moc, zwaną w psychologii efektem Pigmaliona (Robert Rosenthal).

## ROZWÓJ OSOBISTY

Motywowanie siebie poprzez cele to nic innego jak nasz rozwój osobisty. Żeby jednak móc się rozwijać, trzeba znać kierunek zmian, trzeba wiedzieć, co chce się osiągnąć, gdzie lub/i kim chce się być w konkretnym wymiarze czasowym – tygodnia, miesiąca, roku, dwóch lat, pięciu. To trudne zadanie możemy wykonać tylko my sami. Po co? Bo rozwój osobisty to pakiet korzyści trudnych do przecenienia.



**Motywowanie siebie poprzez cele to nic innego jak nasz rozwój osobisty. Żeby jednak móc się rozwijać, trzeba znać kierunek zmian.**

## WEŹ KARTKĘ PAPIERU I ZAPISZ NA NIEJ ODPOWIEDZI NA NASTĘPUJĄCE PYTANIA:

1. Z czego jestem znana/y (w pracy, w rodzinie, wśród przyjaciół)?
2. Z czego chciałabym/chciałbym być znana/y?
3. Każdą z wymienionych w punkcie drugim rzeczy zapisz jeszcze raz. Tym razem w postaci celu do realizacji.
4. Zastanów się, jakie zasoby (wiedza, umiejętności, finanse itp.) są ci potrzebne do realizacji tych celów i jak je zdobędziesz – to zadania do wykonania na drodze do realizacji celu.
5. Na koniec nadaj każdemu celowi wymiar czasowy. Wszelkie cele nieosadzone w czasie nigdy się nie zrealizują. Ile razy mówimy sobie, że zrobimy to czy tamto? Kiedy? Kiedyś. „Kiedyś” nie nadchodzi nigdy.

## MOTYWOWANIE POPRZEC ZADANIA

Jak już uda nam się postawić przed sobą cel, musimy przekuć go na zadania. Niewprawnym przyjdzie z pomocą słynna już dziś coachingowa metoda SMART. Określa ona sposób poprawnego formułowania celów i zadań. Nazwa SMART pochodzi od

akronimów słów: szczegółowy, mierzalny, atrakcyjny, realistyczny, terminowy (osadzony w czasie).

Cel, i wynikające z niego zadania, żeby był osiągalny, powinien być:

- szczegółowy, a najlepiej jednozdaniowy, zawierający konkretny przekaz. Ja zrobiłam kiedyś tak: chcę nauczyć się grać. Na czym?

Na saksofonie. Jakim? Altowym (mój cel: nauczyć się grać na saksofonie altowym);

- mierzalny – po czym poznam, że osiągnęłam cel? Założyłam, że nauczę się około 100 utworów. Po co takie doprecyzowanie? Żeby wiedzieć, w jakim jest się miejscu na drodze do realizacji celu i żeby poczuć satysfakcję. A my już wiemy, że satysfakcja jest najlepszym, najbardziej skutecznym motorem napędowym motywacji wewnętrznej;
- atrakcyjny – cel ma wzbudzać chęć działania, realizować potrzebę. Mnie dźwięk saksofonu zawsze bardzo się podobał, jak i sama umiejętność gry na tym instrumencie;
- realistyczny – możliwy dla mnie do osiągnięcia. Grałam już na pianinie i chociaż saksofon był dla mnie dużym wyzwaniem, to przynajmniej wiedziałam, że mam słuch muzyczny;
- terminowy – realizacja określona w czasie. Dałam sobie dwa lata na realizację mojego celu. I udało się.

## PLANOWAĆ DZIAŁANIA, A NIE ICH WYNIKI

To bardzo ważne! Osiągnięcie celów, które sobie stawiamy, powinno być w jak największym stopniu zależne od nas samych, np. nie warto mówić, że chcę zająć pierwsze miejsce w maratonie, bo zawsze może znaleźć się ktoś lepszy i mój plan spali na panewce. Lepiej powiedzieć sobie: chcę przebiec maraton w takim, a takim czasie. Nawet jeśli przybiegnę ostatni, ale w założonym przez siebie czasie, będę zwyciężcą. Satysfakcja gwarantowana!

Trzeba też pamiętać o właściwym doborze celów. Przyjmowaniu takich, które są łatwo mierzalne. Takie działanie daje pewność, że uda się osiągnąć dokładnie to, co się zaplanowało. Jeżeli za swój cel przyjmujemy nauczenie się języka obcego, to trudno będzie upewnić się, czy istotnie w ostatnim czasie udało się zrobić postępy. Znacznie łatwiej byłoby sprawdzić, ilu nowych zwrotów nauczyłam/em się w ciągu tygodnia.

“

**Wśród ludzi, którzy potrafią stawiać sobie cele i je realizować, odsetek tych, którzy odnoszą sukces, jest niebagatelny!**



### REALNOŚĆ CELU

Niekiedy zdarza się, że stawiamy sobie nieosiągalne cele. Dzieje się tak z powodu:

- innych ludzi (rodzina media, społeczeństwo), którzy mogą wyznaczać dla nas cele, których nie zdaliśmy osiągnąć;
- braku informacji: jeżeli nie jestem pewien, co chciałbym osiągnąć lub nie wiem, jakie umiejętności i wiedza są niezbędne, by osiągnąć dany cel, trudno o sukces;
- planowania w oparciu o optymalne wyniki: wiele osób nie uwzględnia faktu, iż osiągnięte przez nich wyniki nie zawsze będą jednakowo dobre. Bezpieczniej jest planować w oparciu o swoje przeciętne osiągnięcia, tzn. jeżeli wczoraj nauczyłam się 100 nowych słówek, ale zazwyczaj uczę się 30, nie powinnam planować, że każdego dnia nauczę się również 100 kolejnych;
- braku szacunku dla siebie: jeżeli nie daję sobie prawa do odpoczynku, relaksu, narażam się na wypalenie.

Jednocześnie trzeba unikać stawiania sobie zbyt łatwych celów. Niekiedy zdarza się, że wyznaczamy sobie zbyt nisko poprzeczkę. Dzieje się tak z powodu lęku przed porażką oraz bagatelizowania spraw. Taka postawa nie sprzyja osiągnięciu sukcesów.

Podstawą sukcesu jest określenie odpowiedniego dla siebie poziomu. Doświadczenie pozwala nam ustalić taki poziom, który jest adekwatny dla naszych możliwości i oczekiwań. Dobrze wyważony to taki, który jest powyżej naszych obecnych możliwości, ale nie na tyle, by być poza naszym zasięgiem. Ustalając swój poziom, nie wolno pomijać wpływu następujących czynników: zmęczenia, potrzeby odpoczynku, obniżonego nastroju, etc.

Kiedy zastanawiamy się, w jaki sposób osiągnąć postawione cele, zadajmy sobie następujące pytania:

- Jakie umiejętności są mi potrzebne do osiągnięcia tego celu?
- Jaką wiedzę powinienem dysponować?
- Czy potrzebuję pomocy, wsparcia lub współpracy?
- Jakie zasoby są mi potrzebne?
- Co może zahamować postęp?
- Czy przyjmuję jakiegokolwiek założenia?
- Czy istnieje lepszy sposób wykonywania określonych zadań?

### PORAŻKA

Jeżeli nie udało się zrealizować założonego celu, warto dobrze wykorzystać tę lekcję. Dokonać analizy możliwych przyczyn, które

zaważyły na wyniku. Być może nie dołożyłam/em dość wysiłku, by osiągnąć cel? Może moje metody pracy, umiejętności, wiedza nie są wystarczające i należy je udoskonalić? Może cel był postawiony nierealistycznie? Wnioski, jakie wyciągniemy z tego doświadczenia, wykorzystajmy, by skorygować swoje działania.

### SUKCES

Z kolei po osiągnięciu sukcesu, celebруем go, chwalmy się nim, ale nie spoczywajmy na laurach. Warto zastanowić się czy skoro bez trudu osiągnęłam ten cel, to może kolejny powinien być trudniejszy? A może odwrotnie? Jeżeli osiągnięcie tego celu kosztowało mnie wiele pracy i czasu, kolejny powinien być nieco łatwiejszy?

A jeśli nie mamy celu – nie przejmujmy się. Badania pokazują, że 97 proc. populacji go nie ma. Jednak te same badania wskazują również, że wśród ludzi, którzy potrafią stawiać sobie cele i je realizować, odsetek tych, którzy odnoszą sukces, jest niebagatelny!

Bez względu na to, w jakiej jesteśmy grupie, jedno jest pewne. Jeśli nie wiemy, dokąd zmierzamy, to na pewno tam nie dojdziemy. ■

### CEL

Nie przejmujmy się jego brakiem. Badania pokazują, że 97 proc. populacji go nie ma.

## NAUKA

## Recepta na zdrowie

**D**zięki przestrzeganiu zasad zdrowego stylu życia zyskujemy średnio 8-10 lat bez chorób przewlekłych.

W badaniu opublikowanym w „BMJ” sprawdzono, jaki jest wpływ zdrowego stylu życia na przewidywaną jego długość. W tym celu przeanalizowano dane ponad 110 tys. pracowników ochrony zdrowia z dwóch amerykańskich rejestrów prowadzonych w latach 1980-2014 i 1986-2014. Analizie poddano pięć czynników: niepalenie papierosów, wskaźnik masy ciała (BMI mieszczący się w przedziale 18,5-24,9), aktywność fizyczną (większą niż 30 min. dziennie),



umiarkowane spożywanie alkoholu (5-15 g dziennie dla kobiet i 5-30 g dziennie dla mężczyzn) oraz zdrową dietę. Wykazano, że kobiety przestrzegające czterech lub pięciu reguł zdrowego stylu życia, mają w wieku 50 lat średnio o 10 lat dłuższy przewidywany czas życia bez m.in. cukrzycy typu 2, chorób układu sercowo-naczyniowego i nowotworów, w porównaniu do pań nieprzestrzegających żadnej z tych reguł. Dla mężczyzn różnica ta wynosiła 8 lat. Badanie to jest kolejnym potwierdzeniem, że przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia daje szansę na dłuższe i wolne od chorób przewlekłych życie. ■



## Pokonać ból



**O**kazuje się, że kannabinoidy niekoniecznie zmniejszają ból nowotworowy, ale działanie takie wykazuje akupunktura.

Wyniki najnowszej metaanalizy, opublikowanej w „BMJ Supportive & Palliative Care”, obejmującej pięć badań klinicznych z randomizacją, wydają się przeczyć skuteczności kannabinoidów w walce z bólem nowotworowym. W ba-

daniach stosowano doustny spray zawierający mieszaninę 1:1 tetrahydrokannabinolu (THC) i kannabidiolu (CBD). Nie wykazano zmiany w średnim nasileniu bólu u chorych otrzymujących kannabinoidy w stosunku do grupy placebo. Autorzy badania zastrzegają, że na rynku medycznym dostępna jest szeroka gama produktów zawierających kannabinoidy w różnych mieszaninach, proporcjach i stężeniach, co powoduje, że uzyskanych wyników nie można w prosty sposób przełożyć na wszystkich chorych. Z kolei w ostatnich tygodniach w „Jama Oncology” ukazała się metaanaliza dotycząca skuteczności akupunktury w leczeniu nowotworowego bólu (objęła 31 badań klinicznych, w tym 17 z randomizacją). Pomimo znacznej heterogenności analizowanych badań wykazano zmniejszenie nasilenia bólu u osób poddawanych akupunkturze. Dawki leków przeciwbólowych stosowanych równoległe z akupunkturą były istotnie mniejsze niż w grupie osób otrzymujących tylko leczenie farmakologiczne. Pomimo licznych dowodów na skuteczność akupunktury, dołączenie jej do standardowych metod onkologicznych jest trudne m.in. ze względu na wysokie koszty terapii i brak refundacji. ■

## Infekcje a rak

**W** badaniu opublikowanym w czasopiśmie „Lancet Global Health” przeanalizowano dane ze światowej bazy Globocan 2018.

Dla każdego kraju obliczono liczbę zachorowań na nowotwory rozwijające się na podłożu infekcji. Pod uwagę wzięto 10 karcynogennych patogenów. Okazało się, że ok. 90 proc. nowotworów związanych z zakażeniami dotyczy czterech patogenów: bakterii *Helicobacter pylori*, wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz wirusów zapalenia wątroby typu B i C (HBV, HCV). Według przedstawionych wyników, zakażenie *Helicobacter pylori* odpowiadało za 810 tys. nowych zachorowań na raka żołądka, HPV za 690 tys. zachorowań (głównie na raka szyjki macicy), a wirusy zapalenia wątroby odpowiednio za 360 tys. (typ B) i 160 tys. (typ C) przypadków raka wątrobowokomórkowego. Łącznie stanowiło to w 2018 r. 13 proc. nowo rozpoznanych chorób nowotworowych. Warto zauważyć, że nowotwory powstające na podłożu infekcji najczęściej występują w krajach wschodniej Azji oraz Afryki Subsaharyjskiej, a zdecydowanie rzadziej w krajach Europy Północnej i zachodniej Azji, co jest związane z warunkami socjoekonomicznymi w poszczególnych rejonach świata. ■

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

# Recepta na ruch

Z dr. n. med. **Andrzejem Bugajskim**, prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

**GL** Jakie miejsce w systemie opieki zdrowotnej zajmuje medycyna sportowa?

Z definicji przedmiotem zainteresowania medycyny sportowej jest szeroko pojęta profilaktyka zdrowotna. W przychodniach sportowo-lekarskich odbywa się to poprzez orzecznictwo. Lekarze skupiają się tam głównie na kwalifikowaniu do uprawiania sportu na podstawie określonych badań podstawowych i dodatkowych, a jeśli osoba zgłaszająca się przejdzie kwalifikację pomyślnie, automatycznie staje się pacjentem poradni i jest objęta badaniami okresowymi.

**GL** Ostatnio przeprowadza się je raz w roku, to dobrze czy źle?

Do niedawna badanie okresowe osób uprawiających sport odbywały się raz na pół roku. Rozporządzenie z 2019 r. w tej sprawie wprowadziło możliwość orzekania o zdolności do uprawiania sportu raz na rok. Nie do końca się z tym zgadzamy. Szczególnie, jeśli chodzi o dzieci i młodzież, gdyż są w okresie intensywnego wzrostu i ich stan zdrowia wymaga częstszej kontroli. Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej zajęło w tej sprawie stanowisko, które przekazało do Ministerstwa Zdrowia, licząc, że zmieni się zapis dotyczący częstotliwości badań wśród dzieci i młodzieży, ale dotychczas nie było żadnej reakcji.

**GL** Uprawiający sport są narażeni na kontuzje.

To prawda i rolą lekarzy medycyny sportowej jest je leczyć. Następstwem uprawiania sportu mogą też być różne schorzenia, najczęściej o podłożu kardiologicznym, których w sporcie jest coraz więcej. Serce, w zależności od tego, czy jest poddane wysiłkowi długotrwałemu czy statycznemu (np. w podnoszeniu ciężarów), różnie adaptuje się do ćwiczeń. Skutkiem jest np. niekontrolowany przerost masy mięśniowej, kardiomiopatie, zaburzenia rytmu serca. Podobnie jest z kręgosłupem, stawami, więzadłami. Należy jednak podkreślić, że aspektów pozytywnych związanych z aktywnością fizyczną jest znacznie więcej niż negatywnych.

**GL** Czyli ruch należy dawkować.

Ruch powinien być dostosowany do wieku, stanu zdrowia i wydolności, a więc należy uwzględnić wiele



Andrzej Bugajski: – Mamy ponad 300 specjalistów w tej dziedzinie. To za mało, aby zabezpieczyć potrzeby uprawiających sport.

czynników, głównie tych zdrowotnych. Współpracujemy z wieloma towarzystwami, m.in. z Sekcją Kardiologii Sportowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskim Towarzystwem Diabetologicznym, Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej, Polskim Towarzystwem Badań nad Otyłością, Polskim Towarzystwem Ortopedycznym i Traumatologicznym czy Polskim Towarzystwem Fizjoterapii. Wspólnie wypracowaliśmy stanowiska dotyczące żywienia, rodzaju obciążeń treningowych, aktywności fizycznej w różnych schorzeniach. Dostrzegając problem chorób układu krążenia o podłożu neurologicznym, w związku z cukrzycą czy otyłością, uważamy, że na ruch powinna być wystawiana recepta, tak jak na każdy inny lek. Mówią o tym wytyczne EFSMA (European Federation of Sports Medicine Associations). Z prof. Anną Jegier, wiceprezesem EFSMA, uczestniczyliśmy w europejskim projekcie opracowującym zasady wypisywania recepty na ruch. Taka recepta przypomina ordynowanie leku. Jest na niej precyzowany rodzaj zalecanej aktywności fizycznej, jej częstotliwość i intensywność.



**❗ Mówi się, że Polacy za mało się ruszają. Czy to prawda?**

Z badań wynika, że zaledwie 20 proc. Polaków systematycznie zażywa ruchu, wiedząc, jakie to ma znaczenie dla zdrowia i profilaktyki. Większość podejmuje różne formy aktywności fizycznej okazjonalnie, są to tzw. wojownicy niedzielni, którzy raz na jakiś czas wstają z kanap, wsiadają na rower, grają w piłkę, biegają, startują w maratonach i innych zawodach, do których organizm nie jest przygotowany. A dużo ruchu, zwłaszcza niekontrolowanego, może sprawiać problemy zdrowotne, a nawet zgon. Należy pamiętać, że po 50. r.ż. każdy sport jest ekstremalny. Reakcja układu krążeniowo-oddechowego u osób młodych jest zupełnie inna, niż u leczonych na nadciśnienie, arytmie czy cukrzycę. Zamiast biegać maratony bez przygotowania, lepiej wykonywać ćwiczenia aerobowe, polegające na wykorzystaniu tlenu do procesów metabolicznych. Są dostępne proste urządzenia, którymi łatwo zmierzyć pobór tlenu, tętno i kontrolować ten proces. Trzeba też zadbać o to, aby nie dochodziło do uszkodzeń w obrębie narządu ruchu, a zwłaszcza chrząstek stawowych. Preferuje się mniejsze obciążenia treningowe, rozłożone w dłuższym czasie.

**❗ A jakie zalecenia dotyczą dzieci?**

Zaleca się około 60 minut lub więcej umiarkowanego wysiłku o średniej intensywności. Opracowaliśmy szczegółowe kryteria wiekowe udziału dzieci w treningach i zawodach sportowych. Materiał okazał się nowatorski i przed olimpiadą w Londynie został opublikowany przez „British Journal of Sports Medicine” (BJSM).

**❗ Sport uprawia wielu lekarzy?**

W naszej grupie zawodowej aktywność fizyczna jest szczególnie ważna, ponieważ lekarz musi mieć kondycję niezależnie od tego, czy pracuje w pogotowiu, przy stole operacyjnym czy w innych sektorach leczenia. Wielu kolegów startuje w lekarskich imprezach sportowych, regularnie jeździ na nartach, odwiedza siłownie, korty tenisowe, pływalnie. Współpracujemy z Podkarpackim Oddziałem Medycyny Sportowej, gdzie co roku odbywają się mistrzostwa Polski w pływaniu. Imprezie zawsze towarzyszy konferencja naukowa poświęcona aspektom zdrowotnym aktywności fizycznej.

**❗ Sport to także doping. Jaka jest skala problemu?**

Ogromna. Szczególnie w siłowniach. Sprzedawane są tam preparaty białkowe i węglowodanowe, które często są skażone sterydami. W składzie się ich nie podaje, ponieważ znajdują się na liście środków niedozwolonych. Niepokoje nie tylko skład tych produktów, ale też ich jakość, jednak to ogromny rynek, którego nie sposób kontrolować. Szczególnie wśród amatorów trudno zapobiec ich stosowaniu. Zawodnicy podlegają ściślejszej kontroli antydopingowej. Co roku Światowa Organizacja Badań Antydopingowych (WADA) podaje aktualną listę środków zabronionych w sporcie, a lekarz, który opiekuje się zawodnikami i za nich odpowiada, powinien ją znać.

**❗ Wciąż jednak wybuchają afery związane z dopingiem.**

**Często główną bohaterką tych skandali jest erythropoetyna.** Produkty zawierające EPO są obecnie znakowane i łatwo wykrywalne, ale nadal problemem jest doping krwią, ponieważ jest to metoda trudna do wykrycia. Zawodnik, który trenuje w warunkach wysokogórskich, gdzie mamy rozrzedzone powietrze, produkuje więcej erytrocytów. Wówczas pobiera się od niego krew, odwirowuje i przed zawodami podaje jako masę płytkową. Wówczas tylko hematokryt może określić, czy mamy do czynienia z dopingiem czy nie. Co jakiś czas pojawiają się nowe środki dopingujące, ale też coraz bardziej wyrafinowane metody ich wykrywania, które pozwalają u zawodnika wykryć doping nawet po latach, jeśli zachowała się jego próbka krwi. To jest wyścig, w którym sięga się również do genetyki.

**❗ Jaki jest system kształcenia specjalistów medycyny sportowej?**

Do niedawna obowiązywał system dwustopniowy, co oznaczało, że po I stopniu specjalizacji, np. z chirurgii, ortopedii, kardiologii czy pediatrii, można było specjalizować się w medycynie sportowej. Obecnie jest to specjalność odrębna. Mamy ponad 300 specjalistów w tej dziedzinie. To za mało, aby zabezpieczyć potrzeby uprawiających sport. Dlatego PTMS od 2002 r. szkoli lekarzy, którym nadaje certyfikaty uprawniające do orzecznictwa sportowo-lekarskiego dzieci i młodzieży oraz zawodników do 21. r.ż., a także do udziału w zawodach sportowych. Szkolenia cieszą się dużym zainteresowaniem. O certyfikat mogą zabiegać lekarze 10 specjalności, m.in. interniści, lekarze rodzinni, chirurdzy, ortopedzi, traumatolodzy, kardiologodzy, pediatrizy. Przeszkoliliśmy ich ponad 1200, a około 600 z tej grupy pracuje na rzecz medycyny sportowej. Certyfikat obliuguje do ustawicznego kształcenia poprzez udział w zjazdach, kongresach, wówczas zostaje on przedłużony na kolejny rok.

**❗ PTMS ma ponad 80-letnią historię. Pierwszy zjazd odbył się w 1937 r., a jaka jest współczesność?**

Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej jest od lat członkiem International Federation of Sports Medicine (FIMS) oraz European Federation of Sports Medicine Associations (EFSMA). Prof. Anna Jegier jako wiceprezes EFSMA umożliwia nam bezpośredni dostęp do najnowszych dokonań tych organizacji. We wrześniu br. odbędzie się światowy kongres medycyny sportowej w Atenach, na którym nasze towarzystwo będzie miało swoją odrębną sesję naukową.

Na zjeździe w Portoroż zapadła decyzja, by w 2023 r. Europejski Zjazd Naukowy Medycyny Sportowej odbył się we Wrocławiu. To dla nas nobilitacja. Staramy się być aktywni na wielu polach, współpracujemy z kwartalnikiem „Medycyna sportowa”, bierzemy udział w programie edukacyjnym organizowanym przez „Medical Tribune”, która ma na swoich łamach kolumnę medycyny sportowej adresowaną do lekarzy, jesteśmy współautorami podręczników o tej tematyce. Nasza działalność naukowa cały czas przenika się z działalnością propagującą sport w codziennym życiu. ■

**BADANIE PRZEDMIOTOWE**

# Od Trzybka do COVID-19

W prawdopodobnym przededniu epidemii nowej wirusowej choroby nie sposób pisać o niczym innym. No chyba że spędza się czas w miłym, mieszanym towarzystwie, w willi na przedmieściach Florencji...



**JOANNA SOKÓŁOWSKA**

pediatra, felietonista

**W** ówczas można napisać „De-kameron”, trafić na listę ksiąg zakazanych, a nawet – nie wiem, co gorsze? – na listę lektur szkolnych.

Ponieważ jednak mój rodzinny Płock ma się do Florencji mniej więcej tak, jak Joanna Sokółowska do Giovanniego Boccaccia, wybaczone mi, proszę, że nie zabawię was ani pikantną opowieścią, ani – choć nazwisko trochę zobowiązuje – grafomańską współczesną wersją noweli „Sokół”.

Będzie – jak łatwo przewidzieć – o „morowym powietrzu”...

Według starostowiańskiej mitologii za rozprzestrzenianie epidemii odpowiedzialny był bożek Trzybek. Roznosił on po ziemi zakaźne paskudztwa z polecenia swojego szefa, Pelenca wówczas, gdy „ogromna moc ludu odpadała od cnoty i gdy nie było już na nich innego, mniej

srogiego sposobu”. To między innymi właśnie na skutek boskiej interwencji Pelenca i Trzybka szczury zjadły okrutnego i pozbawionego skrupułów króla Popiela. Tak twierdzi, w pochodzącym z 1865 r. opracowaniu „Słowiańscy bogowie”, Joachim Szyca, wzorujący się, delikatnie mówiąc, na wcześniejszej pracy Bronisława Trentowskiego „Wiara słowiańska, czyli etyka piastująca wszechświat”. Nie sposób stwierdzić, ile w tym prawdy wynikającej z naukowej pracy obu panów, a ile ich romantycznej wyobraźni. Osobiście jednak, jako osoba wychowana na historii o Popiele, nie mam wprost śmiałości wątpić i podważać kompetencji Trzybka...

Zdania, co do przyczyn szerzenia się zarazy, nie zmienili w zasadzie, kilka wieków później, średniowieczni medycy. XVI-wieczni specjaliści epidemiolodzy: Maciej z Miechowa,

Stefan Falimirz i Marcin z Wałcza zwany Ruffusem, powstania morowego powietrza dopatrywali się w „dopuszcie Bożym”, działaniu złych i dobrych aniołów oraz przyczynach astrologicznych.

Pomijając pierwiastek magiczny, wspominali już jednak również o „złej parze” – powietrzu o właściwościach zakaźnych i o ludziach, którzy zarażali innych „złe wilgotności w ciele mając”. A choć wieki nowożytne nieco tę wiedzę zweryfikowały za sprawą odkrycia bakterii i wirusów, to jeszcze w wydanym w 1909 r. podręczniku „Kobieta lekarką domową” Anny Fischer-Dückelmann możemy przeczytać, że „Równe prowadzenie życia usposabia do równych chorób, które niekiedy jako czyszczący, wszystko unoszący wicher burzliwy wlatują pomiędzy żyjących w złych nałogach ludzi. (...) Dlatego mówią, że choroby są policją przyrody utrzymującą porządek”.

A co robi – niezależnie od epoki literackiej – ścigany przez „policję” obywatel? Mimo że odpowiedź sama ciśnie się na usta, wróćmy na chwilę do wieków średnich i postuchajmy doktora Ruffusa. „Uciekaj (...), co najrychlej, co najdalej a nierychło wracaj” – radził w 1572 r. królowej Annie Jagiellonce, sugerując ucieczkę z mojego, wówczas



**XVI-wieczni specjaliści epidemiolodzy: Maciej z Miechowa, Stefan Falimirz i Marcin z Wałcza zwany Ruffusem, powstania morowego powietrza dopatrywali się w „dopuszcie Bożym”, działaniu złych i dobrych aniołów oraz przyczynach astrologicznych.**



zapowietrzonego, Płocka do Łomży. Nic dodać, nic ująć – czyż można odmówić ponadczasowego uniwersalizmu?

A jeżeli nie można uciec? Przez wszystkie wieki, w zapobieganiu epidemiom, pojawiają się zalecenia przestrzegania zasad higieny – czasem zaskakująco współczesne, innym razem zaś dość ekscentryczne. O ile więc profilaktyczne wietrzenie i okadzanie licznymi ziołowymi mieszkami pomieszczeń mieszkalnych i izolacja chorego nie budzi specjalnych emocji, to już zalecenie Marcina Ruffusa, iż „ciało ma być otworzyste i wolne”, może trochę niepokoić.

Nadworny medyk Anny Jagiellonki zalecał zgodnie z tą zasadą stosowanie środków przeczyszczających – pigułek Ruffi. Jak bardzo hojnie je rozdzielał, niech świadczy przydomek, którym obdarzyli go wdzięczni pacjenci. Tym zaś, których nie było stać na zakup wymienionego

specyfiku, zalecał lekkostrawną dietę, upusty krwi i napotne wywary. Nakazywał też ściśle przestrzeganie wskazówek cyrulików i medyków, co uważam za ponadczasowy – choć, jak powszechnie wiadomo, najtrudniejszy do osiągnięcia – warunek powodzenia nie tylko ograniczenia szerzenia się epidemii, ale i jakiegokolwiek terapii.

Wyposażona w nowożytną wiedzę, wspomniana przeze mnie Anna Fischer-Dückelmann, z grubsza rzecz biorąc, zaleca to samo – izolację, szybki kontakt z lekarzem, odpowiedni jadłospis, działania obniżające gorączkę. Dużo jednak pisze o ochronie osoby pielęgnującej zarażającego chorego – zaleca unikanie kontaktu z nim samym i jego wydzielinami. Przestrzega przed jedzeniem i piciem w jego pokoju, nakazuje zmianę odzieży po wyjściu z pomieszczenia, w którym on przebywa. Z pewną nostalgią stwierdza jednak ostatecznie: „Pielęgnawczynie niechaj

przygotuje wszystko i przysposabia się w zupełnym spokoju sama zachorować”. Zwraca też uwagę, że „Nienawykłe, a bezustannie rozdrażnione pielęgnawczynie wyczerpują się za zwyczaj rychło ze swoich sił”...

Nie sposób oprzeć się wrażeniu, że w konfrontacji z nieznaną i budzącą lęk chorobą, wcale nie wybiegliśmy tak daleko do przodu. Wprawdzie żyjemy w takich czasach, że stwierdzenie: „moc ludu odpadła od cnoty” wydaje się być zwykłym truizmem, ale nie musimy już szukać magicznych źródeł epidemii – znamy dość dokładnie istotę czynnika chorobotwórczego, drogi jego szerzenia i molekularne zjawiska rządzące przebiegiem choroby. Wciąż jednak zapominamy o tym, że aby wygrać z rozprzestrzeniającą się chorobą, potrzebujemy przede wszystkim silnych i wypoczętych „pielęgnawczyń”. Gdy ich bowiem zabraknie, pozostanie tylko zawołać – Trzybku, zlituj się nad nami! ■

REKLAMA



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

# Wymierająca specjalizacja

Są specjalizacje, które od lat cieszą się dużym powodzeniem, bo mają opinię zyskownych i przy tym stosunkowo mało męczących w codziennej pracy. Są też takie, do których otwarcia zachęca się różnymi sposobami, a mimo to liczba chętnych pozostaje zdecydowanie poniżej potrzeb.

**J**est i taka specjalność, która, choć reprezentuje bez wątpienia ważną dziedzinę medycyny, została u nas uznana za niepotrzebną, i skazana na wygaszenie. To choroby zakaźne.

Proces demontażu zakaźnictwa rozpoczął się w Polsce w latach 90. XX w. Uznano, że wskutek powszechności szczepień oraz poprawy warunków życia, w tym szeroko pojętej higieny, choroby zakaźne to w naszym kraju problem marginalny. Zdążono już zapomnieć o ospie prawdziwej i polio, niegdyś groźnych i budzących strach w społeczeństwie. Coraz lepiej radzono sobie z WZW A i B. Ciężkie zakażenia *Clostridioides difficile* zdarzały się niezwykle rzadko. Nie było jeszcze problemu łatwo szerzących się infekcji, powodowanych przez wysoce odporne na antybiotyki bakterie. Mimo braku formalnych przeszkód, na dalekie podróże decydowali się nieliczni, co minimalizowało niebezpieczeństwo zawleczenia chorób tropikalnych. Jednocześnie w systemie ochrony zdrowia zaczęło dramatycznie brakować pieniędzy. W tej sytuacji zakaźnictwo wręcz idealnie nadawało się do odstrzału.

Zaczął się od likwidacji dłuższych urlopów i dodatków do pensji dla specjalistów. Zmniejszyło to zainteresowanie specjalnością z chorób zakaźnych wśród młodych lekarzy,

mogących w przyszłości zastąpić odchodzących na emeryturę. Z roku na rok coraz więcej zakaźników, posiadających dodatkowo specjalizację z pediatrii lub interny, odchodziło, przede wszystkim do POZ. Braki kadrowe doprowadziły do zamknięcia wielu oddziałów i poradni chorób zakaźnych. Z uwagi na niską wycenę procedur przez NFZ, dyrektorom szpitali było to na rękę. A że zagrożeń wynikających z postępującego demontażu zakaźnictwa nie dostrzegał żaden z kolejnych ministrów zdrowia, proces ten tylko nabierał na sile.

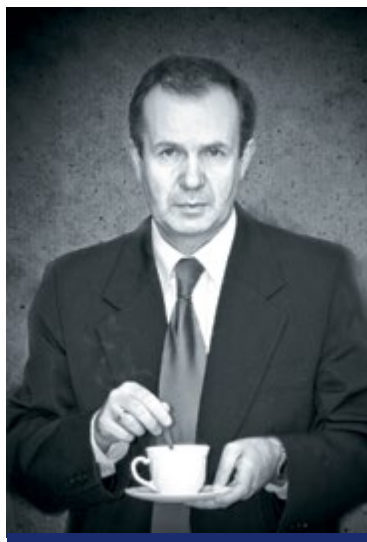
Obecnie mamy w Polsce 79 oddziałów chorób zakaźnych, choć jeszcze kilka lat temu było ich o 40 więcej. Pracuje w nich mniej więcej połowa specjalistów z tej dziedziny, a mamy ich według danych z rejestru NIL z początku marca dokładnie 1006 (z „jedynkowiczami” 1122). Przykładowo: dermatologów jest dwa razy więcej, alergologów, diabetologów lub endokrynologów – około półtora raza więcej i tylko nieliczni nie pracują w swojej dziedzinie. Problemem wśród specjalistów chorób zakaźnych jest zdecydowanie niekorzystna struktura wiekowa. Co piąty czynny zawodowo zakaźnik ukończył 70 lat, co drugi jest po 60. Specjalistów do 40. r.ż. jest zaledwie 98!

Nie ma w tym nic zaskakującego. Specjalizacja, chociaż niewątpliwie ciekawa, jest trudna, a do tego oznacza większe ryzyko zakażenia się w pracy i przeniesienia infekcji na bliskich. Mimo kierowanych do Ministerstwa Zdrowia apeli, choroby zakaźne nie zostały wpisane na listę specjalności priorytetowych.

Osobny problem, także wymagający potrząśnięcia sakiewką, to modernizacja i odpowiednie wyposażenie oddziałów. Nie wiem, czy to niewiedza, czy demonstrowane przez rząd rytualne prężenie muskułów w obliczu zagrożenia, ale mocno się zdziwiłem, kiedy minister Łukasz Szumowski poinformował w TVN 24 w dniu wykrycia pierwszego zakażenia koronawirusem w Polsce, że mamy w szpitalach zakaźnych 3 tys. izolatek. Tyle jest łóżek i to w całym pionie zakaźnym! Izolatki z prawdziwego zdarzenia, czyli z węzłem sanitarnym, służą i wymuszonym obiegiem powietrza są tylko w niektórych ośrodkach. Dostęp do intensywnej opieki medycznej wygląda w oddziałach zakaźnych jeszcze gorzej. Czy koronawirus nas czegoś nauczy? A może i tym razem nam się upecze i będziemy mogli, tak po polsku, nadal żyć wedle zasady „jakoś to będzie”? ■



**Połowa specjalistów chorób zakaźnych ma przynajmniej 61 lat, a zamiast zachęt do otwarcia specjalizacji likwiduje się oddziały i poradnie.**



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

## EPIKRYZA (97)

# Telewizja na zdrowie!

Po raz pierwszy czuję się jak korespondent wojenny „GL”. Walki z epidemią trwają na wszystkich frontach. Polscy Faraonowie wykorzystują wszelkie środki, w tym sprawdzone zaćmienia Słońca, aby lud uwierzył, że po stu latach doświadczymy drugiego cudu nad Wisłą.

**W** okopach podstawowej opieki zdrowotnej przeglądam rozkazy płynące ze sztabowych gór. Codziennie dostarczane są nowe schematy postępowania: Nie dotykaj. Nie oddychaj. Odeślij. Zadzwoń. Powiadom. Wywieś. Zamknij. Nie przychodź. Nie wychodź. Kup, jeśli ci sprzedadzą. Zbadaj się, ale nie za szybko, może jutro, najlepiej za tydzień. Wróć do pracy natychmiast. Raportuj bezwzględnie. Nie gromadź zapasów. Spaceruj. Dobrze się odżywiaj. Nie panikuj. Bądź młody. Pomagaj starym. Nie kaszł. Nie podróżuj. Odwołaj spotkania. Nie gorączkuj. Prezydent poda ci dłoń. Módl się w domowym zaciszu.

Każdy komunikat przeradza się w tykającą bombę, która wybuchnie w nieumytych rękach. Narasta nerwowość i lęk. Lecimy do domu, niczym narciarzski skoczek gotowy do idealnego telemarku. Większość pacjentów słucha uważnie i wypełnia polecenia. Nieliczni podnoszą głos i rzucają słuchawką oraz przekleństwami: żądają i donoszą. Służby są zmęczone i kręcą się w kółko. Zwykła terapia staje się wysiłkiem nadzwyczajnym. Ból zęba i zaćma muszą poczekać na koniec kwarantanny. Koszmary senne budzą rodziny medyków, policjantów, strażaków. Wszyscy są podejrzeni i każdy jest czemuś winien. Apele o spokój

i profesjonalizm wygłaszają niedawni krytycy cyfryzacji, gdy tymczasem porady telemedycyny zatrzymują szturm na gabinety. Z minuty na minutę wzrasta ryzyko popełnienia błędu.

„Lekarze są niespożyci w wydawaniu nie swoich pieniędzy” – pisał w eseju „Choroba medycyny” profesor Andrzej Szczekliak – „Tylko politycy mogą się z nimi równać, lecz przegrywają na argumenty. Jakiż argument może bowiem przebić troskę o dobro chorego? Wydatki rosną wraz z rozwojem medycyny. Rosną w postępie geometrycznym. Nowe techniki diagnostyczne i coraz lepsze leki czekają, by pochłonąć wielką kasę. I nieodmiennie im się to udaje”. Z wyjątkiem Polski!

Jak często w ostatnich dekadach politycy słuchali naszych argumentów? Zmiany na lepsze w polskiej ochronie zdrowia to za każdym razem wynik walki środowisk medycznych o godne warunki pracy. Białe barykady, jako bodaj jedyne, wywieszały na sztandarach, obok postulatów płacowych, żądanie zwiększenia nakładów dla dobra publicznego. Ostatnią batalię o dodatkowe środki na onkologię wyśmiano, wręczając czek propagandowej telewizji i powołując fundację widmo. Kiedy nadeszła trwoga, zostaliśmy bohaterami z dziurawą tarczą, a biały personel w kamaszach, maseczkach i rękawiczkach ma za wszelką cenę przeprowadzić polityków suchą stopą na zwycięski brzeg partyjnych wyborów.

Polityczny test na prawdomówność to reglamentowany test koronawirusa z pośpiesznym klejeniem systemowych dziur w tle. Słynne zawołanie Lecha Wałęsy o stłuczeniu termometru, by nie mieć temperatury, stało się rzeczywistością rządowych nadajników. Zielona wyspa statystyk. Kordony z pogranicza. Wojskowe koszule gospodarskich wizyt. Sanitarne zrywanie kworum wokół poprawek do specustawy. Żenująca polemika o palec i łokieć na dozowniku płynu odkażającego. Pierwotny grzech zaniechań diagnostycznych. Obrzucanie błotem Unii Europejskiej za najwyższą dotację spośród państw członkowskich. Hej! Telewizyjna pigułka informacyjna za dwa miliardy złotych pokona każdą epidemię. ■

“

**Kiedy nadeszła trwoga, zostaliśmy bohaterami z dziurawą tarczą, a biały personel w kamaszach, maseczkach i rękawiczkach ma za wszelką cenę przeprowadzić polityków suchą stopą na zwycięski brzeg partyjnych wyborów.**

AGATA  
MORKA

historyk sztuki

## BŁĄD MALARSKI

## Na lęk

Podczas gdy z pól w Biedronce znikają ostatnie paczki ryżu, szkoty są zamykane, a płyn antybakteryjny jest na wagę złota, myślę o czternastowiecznej Toskanii. O małej wiosce u stóp Florencji, gdzie grupa ludzi schroniła się przed szalejącą epidemią Czarnej Śmierci. O czasie, który tam spędzili.



Obraz:  
Mistrz z Brugii,  
„Giovanni  
Boccaccio  
i Florentynczy,  
którzy uciekli  
przed plagą”,  
1482 r.

**K**oronawirus to nie pierwszy przypadek tak szeroko zakrojonej wyjątkowej sytuacji zdrowotnej, czasu wołającego o szczególne zachowania. Zarazy, wirusy i epidemie toczyły Europę i świat od wieków, a sposoby ich zapobiegania były najrozmaitsze, od ognia i izolacji zaczynając, na czarnej magii kończąc.

Jedną z najbardziej kreatywnych metod prewencyjnych wymyślili chyba jednak, jak to zwykle bywa, Rzymianie. W ich przypadku o odporność na choroby zabiegano już

w najmłodszym wieku, a zamiast współczesnych szczepionek kazano dzieciom nosić amulety, zwane fascinum. Przywieszki miały formę uskrzydłonego penisa, boskiego fallusa, którego opiekuńcza moc miała chronić przed wszelkim złem, z zarazą włącznie.

Oprócz czarnej magii zarazie przeciwdziałano jednak również za pomocą bardziej racjonalnych sposobów. Gdy epidemia Czarnej Śmierci położyła się cieniem na Europie w XIV w., izolacja chorej i zdrowej populacji nabrała

szczególnego znaczenia. Na kanwie tego historycznego wydarzenia Boccaccio oparł „Dekameron”: fikcyjną historię grupy ludzi uciekającej do willi w regionie Fiesole, z dala od zainfekowanej Florencji. Jedna z ilustracji do tekstu pokazuje tę właśnie grupę, już w bezpiecznym schronieniu, acz wyraźnie załknioną.

Boccaccio postanowił, że da im dwa tygodnie specjalnego czasu. Czasu zarazy. Spędzili go, robiąc coś, co być może jest jedynym lekarstwem na lęk. Opowiadali sobie historie. ■

## Rozwiązanie zagadki z „GL” 03/2020

### 1. Zamknięcie ust postaci po lewo z kuflem.

Brower znany był z niezwykle ekspresyjnych ujęć postaci ludzkich, często w spazmach czy historycznych uśmiechach, zatem zamknięcie ust rozbawionego uczestnika imprezy kłóciłoby się z jego stylem.

### 2. Dodanie kota chłepczącego z miski.

Koty często pojawiają się w scenach z wnętrza tawern Brouwera.

### 3. Dodanie dymu wydobywającego się z ust palacza.

W obrazie zatytułowanym „Palacze” Brower dodaje potężną chmurę dymu spowijającą biesiadujących, tutaj również jej obecność nie byłaby bezzasadna.

### 4. Dodanie miski u stop oddającego moc biesiadnika po prawo.

Obecność miski w tej scenie nie wynikałaby być może ze swoistych cech stylu Brouwera, ale byłaby niewątpliwie praktyczna.



Obraz: Adriaen Brouwer, „Wnętrze tawerny”, około 1630 r.

**NAGRODZENI Z „GL” 03/2020:** Voucher do Hotelu Prezydent\*\*\*\* Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje

**Adam Marciniak z Lublina.** Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Marcin Choroszy z Oleśnicy, Daria Jędrzejewska z Łodzi, Piotr Rausch z Baranowa.**

## Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na [bladmalarski@gazetalekarska.pl](mailto:bladmalarski@gazetalekarska.pl) **do 20 kwietnia 2020 r.**

W temacie maila należy wpisać **GLO4** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

**HOTEL PREZYDENT**  
MEDICAL SPA & WELLNESS  
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

### Hotel Prezydent\*\*\*\* Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju

ufundował voucher obejmujący m.in.:

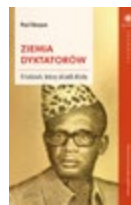
- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,



### Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:



#### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż: 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa; 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – [iod@hipokrates.org](mailto:iod@hipokrates.org); 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres maksymalnie 1 roku; 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych; 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

## HISTORIA I MEDYCYNA

# Punkt oparcia

Minęło 40 lat od przyznania Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny dla twórców tomografii komputerowej.

TEKST **MIECZYŚLAW DZIEDZIC**, CZŁONEK OŚRODKA DOKUMENTACJI HISTORYCZNEJ NIL



**W** uzasadnieniu stwierdzono, że żadna inna metoda w diagnostyce medycznej nie przyniosła tak wydatnego postępu, i to w tak krótkim czasie. Faktycznie, tylko nieliczne specjalizacje lekarskie z niej nie korzystają.

## PROMIENIE X

Przypadkowe, acz epokowe odkrycie promieni X, dokonane przez Wilhelma C. Roentgena pod koniec XIX w. (pierwsza Nagroda Nobla z fizyki, 1901 r.), poszło jakby w zapomnienie, choć przez całe stulecie szeroko korzystano z ich zastosowania. Jednym z istotnych badań dla oceny stanu chorego było prześwietlenie klatki piersiowej. Początkowo badania rentgenowskie były złej jakości, wykonywane niedoskonałym

Adiunkt Lucyna Bonenberg w Poradni Chorób Zawodowych Śląskiej Akademii Medycznej

aparatem, który bardziej nasświetlał lekarza niż pacjenta. Radiolodzy chorowali na chorobę popromienną, wielu z nich miało poparzone ręce. Aby naprawić mankamenty techniczne zdjęcia i podnieść jego wartość diagnostyczną, trzeba było sięgnąć do własnego doświadczenia zawodowego, a także do wyobraźni. Interpretacja, czyli opisy rtg. klatki piersiowej, były swoistym wypracowaniem literackim, którego treść zależała od polotu radiologa.



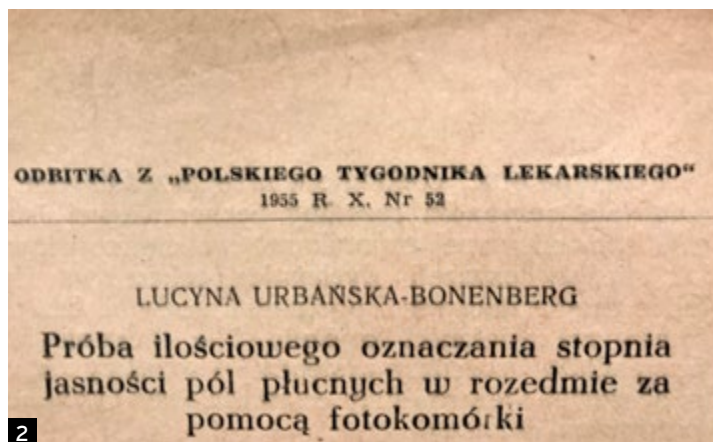
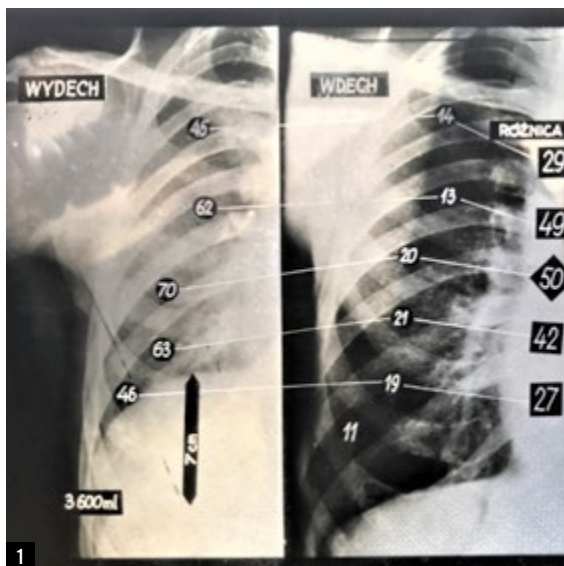
**Punkt oparcia, czyli komputer pozwalający na wykonywanie skomplikowanych obliczeń, w połowie ubiegłego wieku jeszcze nie istniał.**

## FOTODENSYMETRIA RADIOGRAFICZNA

Jak zastąpić obszerny opis danymi obiektywnymi? Jak określić, co jest bardziej szare od szarego, a co jest jaśniejsze od jasnego? Gdzie jest jeszcze prawidłowa tkanka płucna, a gdzie rozwija się w podścielisku pylicze zwłóknienie lub rozedma? To pytania, na które próbowała znaleźć odpowiedź Lucyna Urbańska-Bonenberg, asystentka w Klinice Chorób Wewnętrznych i Zawodowych Śląskiej Akademii Medycznej, kierowanej przez prof. Witolda Zahorskiego. Oddział chorób zawodowych należał wówczas do nielicznych w Polsce, gdyż w połowie XX w. dopiero definiowano choroby wynikające ze szkodliwych warunków pracy.

Orzekanie o chorobie zawodowej górników było w socjalistycznym państwie także sprawą polityczną, dlatego władze okazywały troskę o klasę robotniczą. Dyrekcja kopalni „Makoszowy” zakupiła dla kliniki fotokomórkę selenową i dziś nazwać to można sponsorowaniem działalności naukowej przez przemysł.

W 1952 r. dr Bonenbergowa rozpoczęła badania kliniczne u górników z pylicą, dokonując ilościowych oznaczeń, „ponieważ zjawisko zwiększonej przejrzystości pól płucnych jest wrażeniem wzrokowym, zależnym w dużej mierze od subiektywnej oceny badającego” – jak napisała w późniejszej publikacji. Metodę nazwała fotodensymetrią radiograficzną, szczegółowo opisując sposób mierzenia jasności podświetlanych na negatoskopie klisz: średnica fotokomórki wynosiła 1 cm, odczyt wyrażano w mA. W dalszych dociekaniach naukowych na tym samym negatoskopie analizowała cztery zdjęcia rtg. klatki piersiowej jednego pacjenta: p-a, lewo-boczne, a-p i prawo-boczne, a następnie dokonywała żmudnych obliczeń matematycznych i statystycznych. Tak więc obraz rentgenowski był zamieniany na dane liczbowe wskazane przez fotokomórkę prawie centymetr po centymetrze, czyli tak, jak w tomografii komputerowej



1. Ambrotyp wykorzystany do publikacji w „Polskim Tygodniku Lekarskim”  
2. Odbitka publikacji w „Polskim Tygodniku Lekarskim”

– dookoła ciała pacjenta. Twórca nowoczesnej fizyki Arystoteles z Syrakuz powiedział: „Dajcie mi punkt oparcia, a podważę Ziemię!”. Punkt oparcia, czyli komputer pozwalający na wykonywanie skomplikowanych obliczeń, w połowie ubiegłego wieku jeszcze nie istniał.

### REQUEST-A-PRINT

Ogłoszenie w 1979 r. nazwisk laureatów Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny dr Bonenbergowa przyjęła z entuzjazmem. Przypomniała, że na początku lat 60. otrzymała request-a-print dotyczący jej publikacji w „Polskim Tygodniku Lekarskim” i w „Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej”. W tym czasie Allan M. Cormack interesował się absorpcją promieniowania przez organizm i badał przechodzenie promieni przez jednolite materiały, ukazując rozkład dawek promieniowania w celu rekonstrukcji obrazów.

Niestety, prośba o odbitkę artykułu dr Bonenbergowej nie zachowała się, gdyż jej 10-letni synek zbierał znaczki, a przecież każdy znaczek z kraju zza żelaznej kurtyny był rarytasem. Na pytanie, czy przestała swoje publikacje, nie uzyskałam jednoznacznej odpowiedzi. Dr Bonenbergowa powiedziała tylko, że „obawiała się...”, bo w latach zimnej wojny korespondencja z krajami kapitalistycznymi mogła przekreślić karierę, a nawet złamać życie.

Pani doktor, jako były żołnierz AK, doskonale o tym wiedziała. Artykuły A. Cormacka, które ukazały się w „Journal of Applied Physics” (1963), pozostały w świecie nauki bez echa i nikt nie znalazł praktycznego zastosowania dla proponowanej metody.

### NIE JESTEŚMY LEKARZAMI

Drugi laureat Nagrody Nobla przyznanej za tomografię komputerową – Godfrey N. Hounsfield – rozpoczął pracę w Królewskich Siłach Powietrznych (RAF) i m.in. zajmował się radarami, które z trzech pozycji określały umiejscowienie obiektu. Praktyczną wiedzę wykorzystał przy konstruowaniu pierwszych tomografów, których detektory rozmieszczono pod kątem 45, 90 i 135 stopni w stosunku do emitera promieniowania rentgenowskiego. Zasadniczym jego osiągnięciem, chociaż nigdy nie ukończył studiów uniwersyteckich, było skonstruowanie komputera pozwalającego na szybką analizę danych liczbowych w celu uzyskania obrazu.

Podczas uroczystego bankietu, wydanego 10 grudnia 1979 r. przez Karola XVI Gustawa na cześć laureatów Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny, w imieniu G.N. Hounsfielda i własnym, Allan M. Cormack powiedział: „Ironią tej nagrody jest to, że zarówno Hounsfield, jak i ja, nie jesteśmy lekarzami. Nie jest wielką przesadą powiedzieć,

że to, co Hounsfield i ja wiemy o medycynie i fizjologii, można zapisać na małej recepcie”.

### PRACA PATCHWORKOWA

Większość wybitnych osiągnięć tej miary co Nagroda Nobla jest ukoronowaniem wielu lat młodej pracy, konsekwentnego dążenia do wyjaśnienia problemu, u którego podstaw była naukowa ciekawość młodego badacza, ale też zdolność do syntezy pobocznej wiedzy oraz konieczność posiadania warsztatu, czyli instrumentarium do badań. W tym kontekście często przywoływanym przykładem jest Maria Skłodowska-Curie. Na przestrzeni lat wyniki dociekań wielu niezależnych badaczy, mających odmienne spojrzenie na metodę rozwiązywania naukowego problemu, składają się na mozaikę, której końcowy efekt dostrzegają tylko niektórzy. Jest to swego rodzaju patchwork wiodący do sukcesu. W odniesieniu do tomografii komputerowej były to prace J.Radona, S.Takahashiego, W.Oldendorfa i wielu innych.

Z pewnością należy przyznać, że dr n. med. Lucyna Urbańska-Bonenberg w badaniach klinicznych podążała we właściwym kierunku, dając swój przyczynek do późniejszego rozwoju tomografii komputerowej, z której współczesna medycyna nie może zrezygnować. ■

Autor dziękuje Pani Mireli Szczepańczyk z Biblioteki Głównej SUM za kwerendę źródłowej bibliografii.

**SPORT**

## Lekka atletyka



gazetalekarska.pl

**22 lutego** w Hali Arena Toruń odbyły się 29. Halowe Mistrzostwa Polski Masters, 3. Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce i 1. Halowe Mistrzostwa Polski Dziennikarzy w Lekkiej Atletyce. Uczestniczyło w nich łącznie 488 zawodników, w tym 19 lekarzy. Patronat nad zawodami objęli m.in. minister sportu Danuta Dmowska-An-

drzejuk, prezes NRL Andrzej Matyja i prezes Kujawsko-Pomorskiej ORL Wojciech Kaatz. Rywalizacja w ramach HMPL odbyła się w 13 konkurencjach. Pucharem prezesa NRL – dla najlepszych – zostali wyróżnieni: Małgorzata Gąsowska i Stefan Madej, pucharem przewodniczącego Komisji Sportu NIL Jacka Tętnowskiego – za trzeci wynik mistrzostw – został uhonorowany Konrad Bońda, a puchar prezesa K-POIL – dla najlepszych izby lekarskiej – trafił w ręce Juliana Pełki. Odpowiedź na pytanie, które lekarki i którzy lekarze wywalczyli najwięcej medali, jest dostępna na [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl). ■

## Kolarstwo

W dniach **12-13 czerwca** w Bychawie na Lubelszczyźnie odbędą się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym. ■

## Tenis

Otwarte Mistrzostwa OIL w Łodzi w Tenisie odbędą się w dniach **1-3 maja** w Chojeńskim Klubie Sportowym pod patronatem prezesa ORL w Łodzi. ■

## Bieg

Nastąpiła zmiana terminu XXIII Mistrzostw Polski Lekarzy w ramach XXV „Półmaratonu Słowińskiego”. Bieg odbędzie się nie 12 września, lecz **19 września**. Zmiana terminu wynika z przyczyn niezależnych od organizatorów. ■



## Narciarstwo

**23 lutego** odbyły się XXIX Polonijne Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim, nad którymi honorowy patronat sprawował Konsulat Generalny RP w Chicago. Imprezę zorganizował honorowy prezes Związku Lekarzy Polskich w Chicago dr Bronisław Orawiec. ■





**KULTURA**

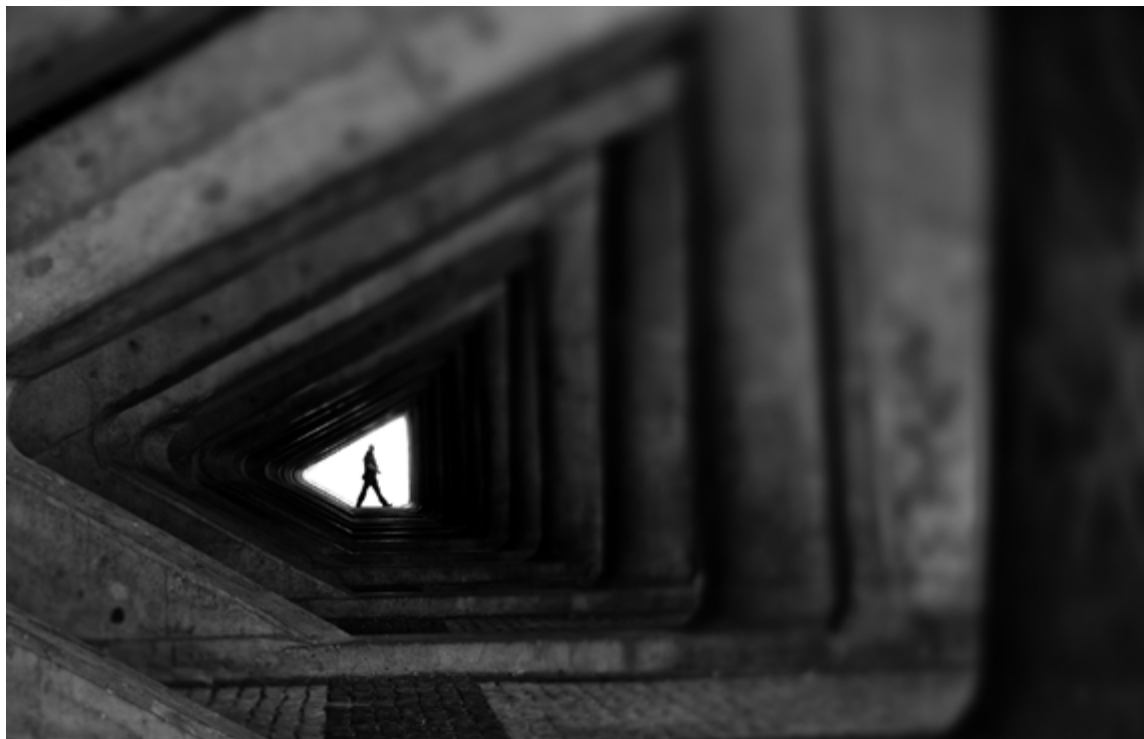
**PhotoArtMedica 2019**



„Sylweta free lensing”, dr Miłosz Wilczyński, rezydent (położnictwo, ICZMP w Łodzi)

Honorowe Wyróżnienie PhotoArtMedica 2019

Strona internetowa konkursu: [www.photoartmedica.pl](http://www.photoartmedica.pl)



**NASZA CZYTELNIĄ**



**Teoria poliwalgalna**

Stephen W. Porges

Publikacja o teorii, według której życie emocjonalne człowieka ma podłoże biologiczne, a jego doświadczenia psychiczne są ściśle powiązane z procesami zachodzącymi w ciele. Autor przywiązuje szczególną wagę do nerwu błędnego, przekonując, że jego funkcjonowanie ma ogromny wpływ na ludzką psychikę. Książka przekazuje informacje w przystępnej formie, a ponadto zawiera wywiady z klinicystami.



**Medycyna sądowa. Tom 1**

Redakcja naukowa:  
Grzegorz Teresiński

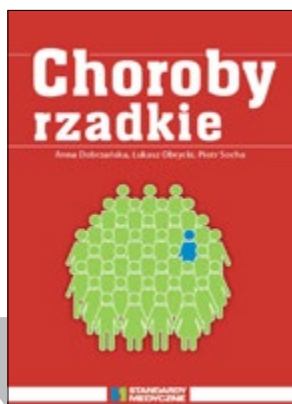
Podręcznik współczesnej wiedzy medyczo-sądowej. Pierwszy tom obejmuje zagadnienia z zakresu tanatologii oraz traumatologii sądowej. Dane zawarte w tej publikacji ukazują problemy spotykane w codziennej praktyce i mogą być pomocne w przygotowaniu lekarza do partnerskiej współpracy z organami prawa, korpusem medyczo-sądowym i obszarem diagnostyki sądowej.



### Lekarz z Auschwitz

Szymon Nowak

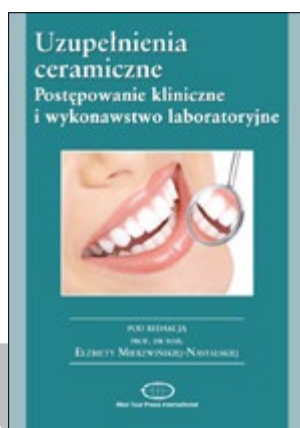
Opowieść o Józefie Bel-lercie, skromnym lekarzu powiatowym z Pińczowa, który w lutym 1945 r. wyjeżdża - razem z grupą kilkudziesięciu lekarzy i pielęgniarek, do Oświęcimia, by ratować byłych więźniów dopiero co wyzwolonego z rąk nazistów Auschwitz-Birkenau. Dla ocalałych, którzy ze względu na fatalny stan zdrowia nie są w stanie opuścić obozu, organizuje szpital polowy, ratując prawie 4,5 tys. ludzi od śmierci.



### Choroby rzadkie

Anna Dobrzańska,  
Łukasz Obrycki, Piotr Socha

Grupa ponad 130 polskich specjalistów podjęła się stworzenia opracowania dotyczącego najnowszych informacji o wybranych chorobach rzadkich. Opisano w sumie ponad 180 jednostek chorobowych. Zwrócono uwagę na te, które w naszym kraju są najpowszechniejsze i które - gdy są odpowiednio wcześniej wykryte, dają możliwość zastosowania skuteczniejszych interwencji terapeutycznych.



### Uzupełnienia ceramiczne. Postępowanie kliniczne i wykonawstwo laboratoryjne

Redakcja naukowa: Elżbieta Mierzińska-Nastalska

Opracowanie zawierające aktualny stan wiedzy teoretycznej, opis procedur klinicznych i laboratoryjnych w leczeniu protetycznym z zastosowaniem uzupełnień ceramicznych. Autorzy to doświadczeni nauczyciele akademicy i klinicyści z Katedry Protetyki Stomatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.



### Lekarze w górach. Bohaterowie drugiego planu

Wojciech Fusek, Jerzy Porębski

Kim są lekarze wypraw himalajskich? Z czym tak naprawdę muszą się mierzyć, jakie umiejętności posiadać, by ratować życie w ekstremalnych, wysokogórskich warunkach? Opowieść o dramatycznych wypadkach w historii polskiego himalaizmu i ludziach, którzy pomogli przetrwać wspinaczom w najtrudniejszych chwilach. Ale też o pasji, codziennym życiu wysoko w górach i historii rozwoju medycyny górskiej.

## **ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE**

### **ZŁOTY JUBILEUSZ UZYSKANIA ABSOLUTORIUM, ROCZNIK 1964-1970 W WARSZAWIE**

UWAGA! Zmiana numeru telefonu do organizatora: dr Ewa Szmerdt – Sisicka, tel. 602 701 982.

### **UWAGA ABSOLWENCI SUM ROCZNIK 1970**

Decyzją władz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego odwołującą wydarzenia na uczelni w terminie marzec-maj 2020 informuję, że uroczystość odnowienia dyplomu po 50-letach zostanie przesunięta z 22 maja 2020 r. na termin późniejszy, o którym to terminie powiadomimy osoby, które zgłosiły swój udział. Prezes Stowarzyszenia Wychowanków SUM Maria Gajecka-Bożek

### **UWAGA ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1969**

Zapraszam na spotkanie koleżeńskie w Tomaszowie Lubelskim „50+” – Roztocze 2020 w dniach 17-19 lipca 2020 r. Kontakt: Maria Krajewska-Sendecka, tel. 606 496 193, e-mail: sendeckamaria@op.pl. Zgłoszenia do końca maja. Szczegóły organizacyjne po zgłoszeniu udziału. Serdecznie zapraszam

### **WYDZIAŁ LEKARSKI I STOMATOLOGICZNY AM(UM) W BIAŁYMSTOKU, ROCZNIK 1969-1975 (74)**

Zapraszamy na obchody 45-lecia ukończenia studiów i uzyskania dyplomów w dniach 11-13 września 2020 r. Zakwaterowanie i uroczysta kolacja odbędzie się w Hotelu Supraśl, ul. Białostocka 19, 16-030 Supraśl, rezerwacja miejsc hotelowych osobiście, nr tel.85 717 20 20. Oficjalne spotkanie 12 września odbędzie się w Auli Wielkiej UMB, a kolacja w/w ośrodku. Kontakt: Janusz Popko, tel. 697 529 790, e-mail:jpopko@umb.edu.pl.

### **ZJAZD WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W GDAŃSKU, ROCZNIK 1974-1980**

7 listopada 2020 r., godz. 18.00, miejsce: Grand Hotel Sopot, ul. Powstańców Warszawy 12, cena: 300 zł. Wpłaty na konto Santander Bank Polska 62 1090 1098 0000 0001 4419 5361 tytułem „bal” do 30 września 2020 r. Rezerwacja pokojów indywidualna z rabatem na hasło BAL 1080, tel. 58 520 60 37. Kontakt: Anna Skuratowicz-Kubica, tel. 513 773 028, e-mail: a.skuratowicz@wp.pl, Janusz Sędzikowski, tel. 601 682 979, e-mail: pean@tlen.pl.

**UWAGA! PROSIMY O NADSYŁANIE KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ 500 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).**





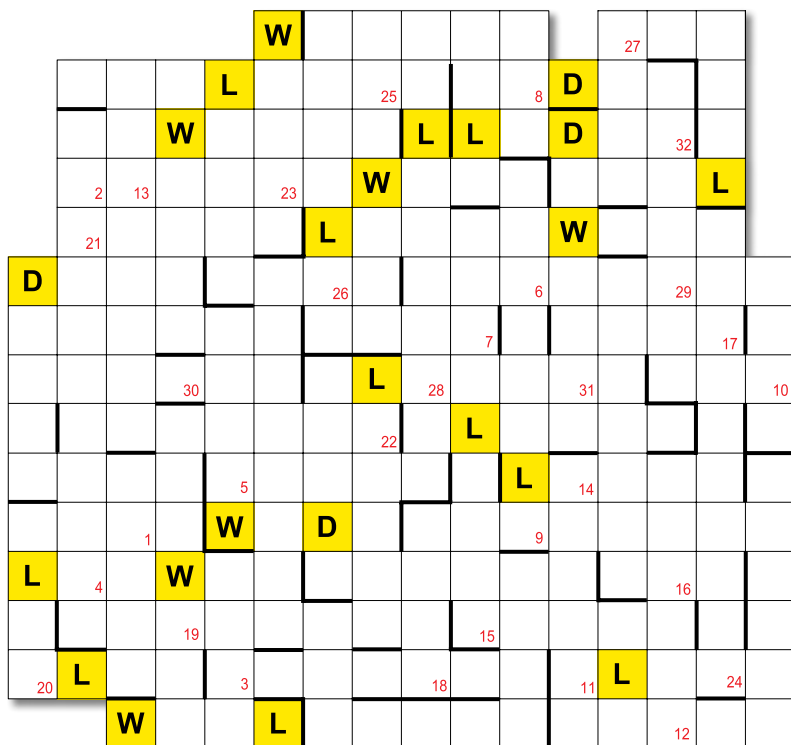








Objaśnienia 73 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: D, L i W. Na ponumerowanych polach ukryto 32 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to cytat z Aleksandra Fredry. Hasło należy przesłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 kwietnia 2020 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



\* niedojrzała komórka jajowa \* najdłuższy dopływ Leny \* hotel w dżungli (ang.) \* kopia genu (Dolly) \* stek dziobaka \* celytka bogini śmierci i rolnictwa \* główny składnik powietrza \* ostry wstęp do szpitala \* gród słowiański na Rugii \* leczy chorych nowotworowo \* ramię Renu z Nijmegen \* greckie furie \* mumps \* główny gród nad Angarą \* angielski jarl \* kwiatek lub trawka \* pozbawienie kogoś życia \* pulchny, dekoracyjny golaz \* miasto odkryte przez doktora Chałubińskiego \* bohaterka „Quo vadis” \* wojskowa czapka francuska \* lewy dopływ Peczory \* Ernest, autor „Żywotu Jezusa” \* dojrzały samiec zająca \* buddyjski błogostan \* wstępna forma sonaty \* defectio \* Troja \* psalmista prawosławny \* kiernoz \* Ewa, nasz pierwszy atomowy \* uniwersytet lub zamek bębnowy \* reklamowa rura jarzeniowa \* stolica hrabstwa w centralnej Szkocji \* przepastne zbocze \* kanwa, sceneria \* mebel z otwartymi półkami \* król w Madrytu \* biało komórkowe tworzące filamenty \* płynię w Mostarze \* kapitan łodzi podwodnej J. Verne \* wielkorak lub strogon \* muza astronomii \* elektroda dodatnia \* carcinoma \* gród nad Studnicą \* ratunkowy na dachu szpitala \* pankreatyna na trawienie \* „Cuba libre” lub „Krwawa Mary” \* konkurentka Pepsi \* toksyczny, antykorozyjny ołowian \* aparat do wziewów \* imię Przemek \* tubus \* mieszkanka Erewania \* gród nad Wisłą, na wysokości Malborka \* ramię (ang.) \* mała dziewczynka Andersena \* statek kursujący według rozkładu \* szumiała kołysce naszego sławnego astronoma i lekarza \* między tenorem a sopranem \* dodatkowy ton serca, stuk wyrzutu \* śląski brydz \* staropolska gorzałka \* obrządek \* między torem a iterbem \* z nocnej wracał wycieczki \* zwężenie cieśni aorty (łac.) \* opowieść skandynawska \* kraina ze Strasburgiem \* prednizon \* bigoteria \* bogini, owoc trepanacji toporem czaszki Zeusa

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 251 („GL” nr 02/2020)  
Przyroda jest lekarzem dla wszelkich chorób.**

**Nagrody otrzymują:**

Maria Kornaś (Brzesko), Aleksandra Maślanka (Kraków), Sergiusz Rusiecki (Leżajsk). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody przesłemy pocztą.

**WYDAWCA**



Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 176 300 tegz.

Rada Programowa  
**Sławomir Badurek** (sekretarz)  
**Jarosław Biliński**  
**Paweł Czekalski**  
**Ryszard Golański**  
**Krzysztof Madej** (przewodniczący)  
**Dariusz Paluszek**  
**Damian Patecki**  
**Marek Stankiewicz**  
**Jarosław Wanecki**  
**Jacek Woszczyk**

Redaktor naczelna  
**Marta Jakubiak**  
 Tel. 698 297 739  
 naczelnym@gazetalekarska.pl

**Lidia Sulikowska**  
 sekretarz redakcji  
 Tel. 668 854 344  
 l.sulikowska@gazetalekarska.pl

**Lucyna Krysiak**  
 dziennikarz  
 Tel. 698 248 70 48  
 l.krysiak@gazetalekarska.pl

**Mariusz Tomczak**  
 redaktor portalu internetowego  
 m.tomczak@gazetalekarska.pl  
 www.gazetalekarska.pl

Tel. (22) 558 80 40  
 redakcja@gazetalekarska.pl

Adres redakcji  
 00-764 Warszawa,  
 ul. Jana III Sobieskiego 110

Reklama i marketing  
**Elżbieta Tarczyńska**  
 Tel. (22) 559 13 26, tel. 606 699 830  
 e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia  
**Olga Anisko**  
 Tel. (22) 559 13 26  
 o.anisko@gazetalekarska.pl

Stale współpracują  
**Jerzy Badowski** (Olsztyn)  
**Sławomir Badurek** (Toruń)  
**Jarosław Klimek** (Łódź)  
**Marzena Kowalska** (Warszawa)  
**Agata Morka** (Berlin)  
**Joanna Sokołowska** (Płock)  
**Jarosław Wanecki** (Płock)

Skład i opracowanie graficzne  
**Montownia/Teresa Urawska**

Druk  
**Walstead Central Europe**

**W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.**

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recepty oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).



