



GAZETA

PISMO IZB
LEKARSKICH

04 | 2021

LEKARSKA



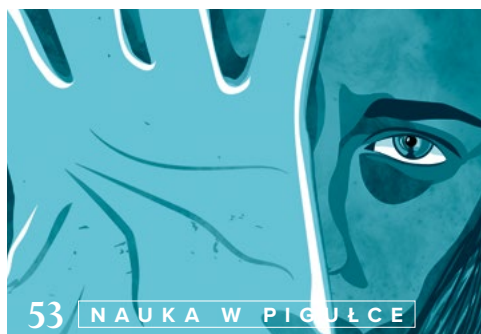
Frustracja

NARASTA ROZGORYCZENIE

Wojna i wojenki | Reforma szpitali | Niezdrowy ozdrowieniec
KEL: Odmowa hospitalizacji | ŚDZJU | Seniorzy chorują inaczej

W tym numerze

NR 04/2021 KWIECIEŃ GAZETA LEKARSKA

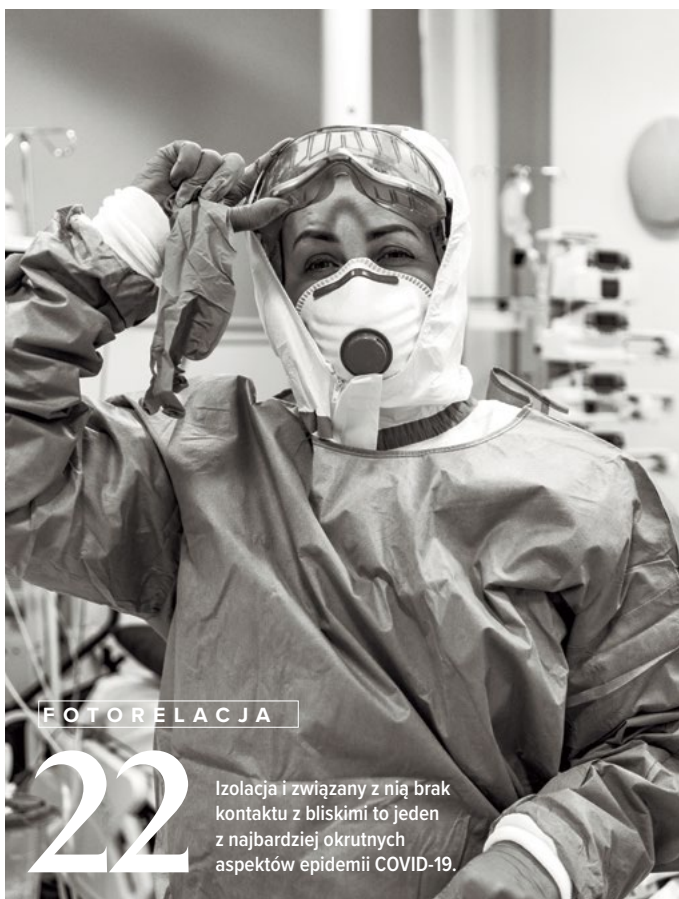


36

Zęby, ciało i pandemia. Zdrowie zaczyna się w jamie ustnej.

45

Nie tylko centralizacja. Będzie kolejna reforma. Na pierwszy ogień mogą pójść zmiany w sieci szpitali.



FOTORELACJA

22

Izolacja i związany z nią brak kontaktu z bliskimi to jeden z najbardziej okrutnych aspektów epidemii COVID-19.

Samorząd

- 4 Wojna i wojenki (Andrzej Matyja)
- 7 MZ oblało PES
- 8 Akt desperacji, któremu nie zamierzam się dziwić (Krzysztof Madej)
- 13 Siła regionów

Temat numeru

- 16 Pandemia w liczbach
- 17 Frustracja
- 20 Jest źle
- 22 Najgorsza jest samotność

Prawo i medycyna

- 24 Urlop zaległy w czasie epidemii
- 26 Odmowa hospitalizacji
- 27 Wezwanie do zapłaty

- 28 Pierwsza kara dla podmiotu leczniczego
- 30 Znaczący, odpowiedni, dostateczny
- 41 Biuletyn

Praktyka lekarska

- 32 Niewsparci (Andrzej Cisto)
- 36 Zęby, ciało i pandemia
- 38 Seniorzy chorują inaczej
- 45 Więcej niż centralizacja
- 48 Bilans nie chce wyjść na zero
- 50 Pomagamy im walczyć o oddech
- 52 Candida auris: przełomowe odkrycie
- 54 Ozdrowienie nie znaczy zdrowy
- 55 COVID-19 pozostaje na długo
- 56 Brakuje rozwiązań systemowych
- 57 Tworzy mnie medycyna i sztuka

- 60 Wielka fala (Joanna Sokołowska)

Ze świata

- 61 Końca nie widać
- 62 Ranking najlepszych szpitali
- 63 Chorym nieść pomoc bez żadnych różnic

Po godzinach

- 66 Sito pod lupą (Sławomir Badurek)
- 67 Opera Medica (Jarosław Wanecki)
- 68 Krótka opowieść o Początku
- 69 Transfuzja wymienna u noworodka
- 72 Co dolega?
- 74 Sport
- 75 Zjazdy koleżeńskie
- 78 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

Wojna i wojenki



Andrzej Matyja
prezes NRL

Wiedza daje pokorę, władza niestety nie. Ta trawestacja myśli Lwa Tołstoja warta jest upowszechnienia.

Społeczeństwo jest bardzo zmęczone. Minister Zdrowia oświadcza, że sytuacja jest coraz poważniejsza, nie chcąc chyba użyć słowa „tragiczna”. Prof. Andrzej Horban, główny doradca Premiera ds. COVID-19 ostrzega, że może dojść do całkowitego lockdownu. Tymczasem, rok po pandemii, mamy chaos decyzyjny; rozbieżne dane, które trudno nazwać wiarygodnymi; są niespójne reakcje i propagandowe pustostowie (ostatnio o onkologii, która w czasie pandemii jest, jak stwierdził Prezes Polskiej Unii Onkologii, dr Janusz Meder, a później podchwycili politycy – „zieloną wyspą”!). Nadal podążamy za koronawirusem, a co bardziej radykalni politycy opozycji mówią o przegranej z nim walce.

Wciąż brakuje godnego zaufania systemu monitoringu zakażeń, który pomógłby w stosowaniu bardziej finezyjnych form walki z pandemią. Bezradność wobec sytuacji próbuje się ukryć za mglistymi zapowiedziami „właścicielskiej restrukturyzacji” szpitali. Wyciąga się z lamusa pomysły centralizacyjne, spychające na margines samorząd lokalny. Proponowane regulacje wynagrodzeń są nieakceptowalne. Głos „dołów” jest ignorowany w imię fałszywie rozumianego zarządzania sytuacją kryzysową z poziomu onnipotentnej „centrali”.

W obliczu wiosennego wzrostu zachorowań wręcz absurdalny i groteskowy wydaje się konflikt wokół Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Dwukrotnie (w lutym i marcu) zwracałem się do Ministra Zdrowia o zwolnienie lekarzy przystępujących do PES w sesji wiosennej 2021 r. z części ustnej tego egzaminu, analogicznie, jak miało to miejsce w ubiegłym roku. Wówczas można to było zaakceptować, a teraz – o dziwo – konsultanci krajowi znaleźli mnóstwo powodów,

by tak się nie stało, tłumacząc to też wyszczepieniem lekarzy.

Moje apele pozostawały bez odpowiedzi, a zamiast niej lekarze otrzymali komunikat o przesunięciu terminu o dwa miesiące. Wybuchła burza i następnego dnia decyzję cofnięto, utrzymano terminy, a także egzamin ustny. Odrzucono postulaty środowiska, by zrezygnować z egzaminów ustnych z powodu sytuacji epidemicznej i ogromnych potrzeb kadrowych w ochronie zdrowia, kiedy każdy lekarz jest na wagę złota. W sytuacji nadzwyczajnej powinien on być przy pacjentach, a nie siedzieć nad książkami, by jak najlepiej poradzić sobie na egzaminie ustnym, który na podstawie odpowiedzi na 3-4 pytania ma – jak twierdzą jego zwolennicy – potwierdzić fachowość i kompetencje zdającego, tak jakby nie miał za sobą zdanego egzaminu testowego, kilku lat praktyki, a kierownik specjalizacji w ciemno dopuszczał go do egzaminu, mimo że poświadcza to swoim autorytetem. Wszystko to dzieje się, tak, jakby wokół nie toczyła się ostra walka o zdrowie i życie.

Wciąż brakuje godnego zaufania systemu monitoringu zakażeń, który pomógłby w stosowaniu bardziej finezyjnych form walki z pandemią. Bezradność wobec sytuacji próbuje się ukryć za mglistymi zapowiedziami „właścicielskiej restrukturyzacji” szpitali.

Szczególnie bolesne jest zarzucenie mi – reprezentantowi społeczności lekarskiej – przez jednego z konsultantów krajowych „merkantylnych” pobudek. Zastanawiam się, gdzie u kolegi profesora, autora tego stwierdzenia, podziałła się odpowiedzialność za słowo, poczucie rzeczywistości, zrozumienie realiów obecnej sytuacji, tym bar-

dziej, że już drugą kadencję pełni on funkcję rzecznika odpowiedzialności zawodowej w jednej z izb lekarskich i powinien dobrze znać problemy środowiska i warunki jego funkcjonowania. Czy kurczowe trzymanie się rozwiązań nieprzystających do obecnej,

ekstremalnej sytuacji ma jakąś wartość? Dodatkowo sytuację zaogniła urzędnicza wyższego szczebla Ministerstwa Zdrowia, zapowiadając w korespondencji do konsultantów krajowych „wojenkę” z Naczelną Radą Lekarską.

Zamieszanie wokół PES jest gorszące. To przejaw braku szacunku dla całego środowiska, które potrzebuje wsparcia, a spotyka się z niezrozumieniem i małostkowością. Szkoda, że w tę grę zostali wciągnięci konsultanci krajowi. Włączyli się w nią również konsultanci dyscyplin lekarsko-dentystycznych, a co jeszcze dziwniejsze, konsultanci dziedzin takich jak farmacja przemysłowa, farmacja szpitalna, psychologia kliniczna, pielęgniarstwo, choć my, lekarze, nie ingerowaliśmy nigdy w sprawy kształcenia tych specjalistów.

Oliwy do ognia dolewają pomysłodawcy nowych zasad kształtowania wynagrodzeń lekarzy czy przyjętej arbitralnie, bez konsultacji ze środowiskiem lekarskim, decyzji o wstrzymaniu przyjęć planowych. Towarzyszy temu obarczanie podmiotów leczniczych konsekwencjami za niezrealizowane kontrakty. Wywołuje to frustrację, działa demotywująco, pogłębia rozpowszechniony wśród lekarzy syndrom wypalenia zawodowego, a – jak sygnalizują psychologowie – również stresu porażkowego podobnego do tego wyniesionego z działań wojennych.

Nie dość, że nie ma konkretnych decyzji świadczących o docenieniu pracy lekarzy i całego personelu medycznego oraz pomocniczego, to nadal czujemy się pozbawieni wsparcia i osamotnieni w walce z pandemią. Słowa i deklaracje wypowiedziane przed kamerami telewizyjnymi czy z trybuny sejmowej już od dawna nie robią wrażenia.

W tym samym czasie, kiedy toczyły się „wojenki” z naszym środowiskiem, odbywała się poważna, pięciodniowa konferencja Światowego Forum Ekonomicznego i London School of Economics pt. „Partnerstwo dla zrównoważonego i odpornego systemu ochrony zdrowia”. Analizowano doświadczenia różnych krajów w walce z pandemią, zastanawiając się, jakie z tego wynikają wnioski na przyszłość. Na radach naukowców, ekspertów i praktyków znalazło się pięć kluczowych obszarów: zarządzanie systemem ochrony zdrowia, finansowanie, zasoby kadrowe, kwestie medyczne i technologiczne oraz świadczenie usług medycznych.

Pilotażowe badania przeprowadzone w ośmiu krajach wykazały wiele podobnych słabości na początkowym etapie walki z pandemią. Kierunkowe konkluzje z tych doświadczeń też są bardzo zbieżne. Warto je chociażby w punktach odnotować i dedykować

politykom oraz wszelkim decydentom. Otóż z analiz OECD wynika, że: „warunkiem wstępnym wzmocnienia odporności systemu opieki zdrowotnej są większe inwestycje w pracowników ochrony zdrowia”. Inny wniosek: „Każdy dolar zainwestowany w poprawę zdrowia przynosi od 2 do 4 dolarów korzyści ekonomicznych”. „Konieczne jest zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia”, „Inwestycje w zdrowie kreują nowe miejsca pracy”, „Silniejszy system ochrony zdrowia to silniejsza gospodarka”. Za tymi stwierdzeniami stoją konkretne liczby i przykłady.

Badania pokazują też, że ogólna wielkość potrzebnych inwestycji w krajach OECD to średnio ok. 1,5 proc. PKB (przy rozpiętości między 0,5-3,4 proc.). Jak się jednak szacuje, ok. 20 proc. nakładów na zdrowie w krajach OECD jest nieskutecznie wydanych, a wręcz marnotrawionych; pacjenci nie zawsze otrzymują właściwą pomoc, więc środki można by wykorzystać efektywniej. Pole do działań naprawczych, innowacji organizacyjnych i technologicznych jest ogromne. To

są wyzwania dla ochrony zdrowia w krajach OECD, w których walka z pandemią nie wyklucza myślenia o tym, co dalej.

Tymczasem naszemu krajowi, miotanemu przez kolejną falę pandemii, funduje się „wojenki” ze środowiskiem lekarskim, dzieli się je na lepszych i gorszych, ważniejszych i mniej ważnych, zamiast w tych trudnych czasach okazywać sobie solidarność i wsparcie. Inni wyciągają nauki i pewnie już intensywnie przygotowują plany inwestowania w rozwój stabilnego i odpornego systemu ochrony zdrowia. U nas konfliktuje się środowisko, podejmuje arbitralne i niezrozumiałe decyzje, przedstawia upokarzające propozycje wynagrodzeń, a także szafuje się groszem publicznym, gdy ciągle słyszymy, że brakuje go na zdrowie. Perspektywa przybliżenia się udziału nakładów na zdrowie w PKB podobnego jak krajach „starej” Unii jest nadal odległa, a dystans może wcale się nie zmniejszyć, bo liderzy w tym wyścigu będą wciąż nam uciekać.

My za to mamy nasze gierki i wojenki, wzajemne przerzucanie się odpowiedzialnością w imię rzekomej dbałości o jakość kształcenia. A może by tak konsultanci krajowi, dbając o jakość opieki nad polskimi pacjentami, zaproponowali urzędnikom Ministerstwa Zdrowia, by podobne egzaminacyjne sito przechodzili chętni spoza Unii Europejskiej, którzy chcą zasilić szeregi polskich lekarzy? Traktujmy się poważnie! Panie i Panowie z Miodowej i „okolic” – bądźmy partnerami. Szanujmy wiedzę. Toczmy dialog dla dobra pacjentów, zgodnie z polskim przysłowiem: „Zgoda buduje, niezgoda rujnuje”. ■

Zamieszanie wokół PES jest gorszące. To przejaw braku szacunku dla całego środowiska, które potrzebuje wsparcia, a spotyka się z niezrozumieniem i małostkowością. Szkoda, że w tę grę zostali wciągnięci konsultanci krajowi.



**Alicja
Szczypczyk**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Dodatek covidowy

Na łamach poprzedniego wydania „GL” pisaaliśmy o pilnym ujednoliceniu zasad wypłacania lekarzom dodatku covidowego. Dotychczasowe odpowiedzi MZ nie pomogły, a regulacje wprowadzone w formie polecenia MZ wciąż są różnie interpretowane, przez co dodatek czasem jest wypłacany, a czasem nie. W celu choć częściowego rozwiania wątpliwości, prezes NRL Andrzej

Matyja i przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy Michał Balsa zwrócili się do MZ o jednoznaczne wyjaśnienie, w których przypadkach i w jakim wymiarze – na podstawie przykładowych sytuacji zatrudnienia i warunków pracy – lekarzom przysługuje dodatek covidowy. Na stronie internetowej NIL dostępna jest pełna lista przykładów oraz odpowiedzi MZ. ■



FLL i Allegro walczą z bakteriami

Fundacja Lekarze Lekarzom dzięki współpracy z Diversey Polska oraz darowiźnie Allegro kupiła 16 lamp bakteriobójczych, które trafią do placówek medycznych w każdym województwie. Lampy dezynfekują pomieszczenia dzięki promieniowaniu ultrafioletowemu (UVC). Promienie świetlne UVC zabijają patogeny (m.in. MRSA, VRE, C. difficile), dezaktywując ich DNA, niszcząc zdolność do namnażania się i wywoływania chorób. ■



Dr Kaźmierczak-Zagórska wraca do PNRL

12 marca br. NRL wybrała dr Zytę Kaźmierczak-Zagórską do pełnienia funkcji zastępcy sekretarza NRL. Dotychczas to stanowisko obejmował doktor Artur Drobniak, aktualnie wiceprezes NRL. Pani doktor jest otolaryngologiem, na co dzień związana z Beskidzką Izbą Lekarską, której we wcześniejszych latach była prezesem, a obecnie jest wiceprezesem. W samorządzie lekarskim działa od III kadencji, w którym pełniła m.in. funkcję wiceprezesa NRL poprzedniej kadencji. ■

Czy uchwała NRL trafi do Sądu Najwyższego?

Rzecznik prasowy MZ zapowiedział, że uchwała NRL dot. sposobu rozpatrywania wniosków o przyznanie PWZ lekarzom lub lekarzom denty stom spoza UE zostanie zaskarżona do Sądu Najwyższego.

W opinii prezesa NRL Andrzeja Matyja podważanie ustawowych kompetencji samorządu do weryfikowania kwalifikacji osób ubiegających się o przyznanie PWZ w Polsce lub ograniczanie tej kompetencji jest działaniem godzącym w konstytucyjnie chronioną samorządność zawodową, jak i bezpośrednio zagrażającym życiu i zdrowiu obywatelom Polski. Działania samorządu lekarskiego są zgodne z prawem i służą jego realizacji oraz mają na celu dobro środowiska lekarskiego oraz pacjentów.

Do czasu wydania tego numeru „GL” do NIL nie wpłynęła żadna oficjalna informacja, że uchwała rzeczywiście trafiła do SN. ■

Prezes NRL w pierwszej trójce Listy Stu 2020

Prezes NRL Andrzej Matyja zajął trzecie miejsce na Liście Stu 2020 najbardziej wpływowych osób w polskim systemie ochrony zdrowia – rankingu „Pulsu Medycyny”. Dziękując za to

wyróżnienie, podkreślił, że rzeczywisty wpływ na zmiany w ochronie zdrowia można osiągnąć poprzez współpracę i partnerstwo, z dala od polityki. ■



MZ oblało PES

Przez ostatnie kilka tygodni chyba każdy lekarz i lekarz dentyista zadawał sobie pytanie: czy przystępujący do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w sesji wiosennej br. zostaną zwolnieni z jego części ustnej?

Taki apel do Ministra Zdrowia kilkurotnie kierował prezes NRL Andrzej Matyja, analogicznie do ubiegłego roku, kiedy to egzaminy ustne zostały odwołane w obu sesjach. O poparcie apelu zwrócono się także m.in. do konsultantów krajowych.

16 marca młodzi lekarze otrzymali komunikat, że terminy egzaminów są przełożone o dwa miesiące. W takiej sytuacji Prezydium NRL zaapelowało do Prezesa Rady Ministrów RP o wsparcie w przywróceniu terminu tegorocznej wiosennej sesji PES i przychylenie się do wniosku o rezygnację z jego części ustnej. – Biorąc pod uwagę nasilającą się trzecią falę pandemii koronawirusa oraz poprzednie decyzje o odwołaniu ustnego PES, tegoroczna decyzja była skandaliczna i nie do zaakceptowania – ocenia PNRL.

Przystępujący do PES to wysoko wykwalifikowani lekarze, którzy z powodu przełożenia terminu egzaminu musieliby przez co najmniej dwa miesiące trwać w „zawieszeniu”, nadal skupiając się na nauce do jednego z najważniejszych w swoim życiu egzaminów.

Należy pamiętać, że przez ostatnie miesiące poświęcali oni swoją energię i czas na kształcenie, najczęściej kosztem życia rodzinnego.

Na konferencji prasowej prezes NRL podkreślił, że w całym środowisku lekarskim panuje ogromne niezadowolenie. Głos lekarzy został ponownie zignorowany, a rozwiązania prawne, mimo poważnych, silnie uargumentowanych zastrzeżeń, są przyjmowane przy biernej lub akceptującej postawie MZ. W związku z tym prezes Matyja zapowiedział, że w przypadku braku zmiany decyzji i nieprzychylenia się do jego apelu, zrezygnuje z udziału w pracach Zespołu ds. opiniowania zmian w ochronie zdrowia przy Ministrze Zdrowia.

Tuż po zakończeniu konferencji został opublikowany kolejny komunikat MZ, przywracający pierwotne terminy egzaminów oraz dający możliwość osobom, które z jakichkolwiek przyczyn nie przystąpią do PES w sesji wiosennej, do udziału w egzaminie w sesji jesiennej (bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów).

Prezes NRL zaznaczył w swoim kolejnym piśmie do MZ, że ten pewnego rodzaju kompromis nie pomoże m.in. szefom placówek medycznych, których stawia się przed niełatwą decyzją związaną z zatrudnieniem osób

przystępujących do PES, ale będących w „zawieszeniu”. Padają pytania: w jaki sposób powinno się takie osoby wyznaczać – na warunkach lekarza bez specjalizacji, w trakcie specjalizacji czy specjalisty?

Prezes NRL do samego końca podtrzymywał swój apel o odstąpienie od przeprowadzenia części ustnej PES w dziedzinach medycyny, w których egzamin składa się z części ustnej i pisemnej. Poprał go m.in. Marszałek Senatu RP.

22 marca opublikowano wspólny komunikat konsultantów krajowych, w którym stwierdzono, że nie ma podstaw do ograniczenia sesji egzaminacyjnej wyłącznie do egzaminów pisemnych (nie wszyscy konsultanci podpisali się jednak pod nim). Prezes NRL uznał, że w tej sytuacji, komentarz jest już zbędny i życzy wszystkim zdającym PES powodzenia.

Niestety trzecia fala pandemii nabiera w naszym kraju tempa i coraz więcej pacjentów wymaga opieki medycznej. Być może w szpitalach jest wystarczająca liczba łóżek, ale to nie łóżka leczą, a wyłącznie kadra medyczna. A tej kadry brakuje. Przystępujących do PES jest ok. 3 tys. młodych specjalistów. Jak podkreślił prof. Matyja, chcą wrócić do pacjentów. Chcą ratować życie. Dlatego im na to nie pozwolono? ■

NIL zbiera informacje ws. umów w ramach wolontariatu

Wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy w związku z wejściem w życie ustawy z 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw nie mogą realizować specjalizacji w ramach wolontariatu i mają trudności z przekształceniem dotychczasowych nieodpłatnych umów w umowy odpłatne (co wiąże się z przerwaniem szkolenia specjalizacyjnego), prosimy o kontakt drogą mailową z sekretariatem NIL z adnotacją „do Przewodniczącego Komisji ds. Młodych Lekarzy Michała Bulsy” (sekretariat@hipokrates.org). Zebrane dane pozwolą na pokazanie MZ skali problemu, który w opinii prezesa NRL wciąż jest bagatelizowany.

Więcej informacji na stronie NIL. ■

19 zł więcej dla lekarzy w 2021 r.

MZ przedstawiło wskaźniki wynagrodzeń personelu medycznego na rok 2021 oraz na lata 2022-2024. Lekarze, lekarze dentyści i osoby wykonujące inne zawody medyczne w Polsce są i nadal będą najgorzej wynagradzani na tle innych państw UE, a przedstawiony plan wynagrodzeń jedynie to pogłębi.

W tym roku lekarze mają otrzymać podwyżki w wys. 19 zł brutto, a w kolejnych latach ich wynagrodzenie ma się zwiększyć od 1,31 przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2021 r. do poziomu 1,38 w 2024 r. Propozycja ta zupełnie odbiega nie tylko od oczekiwań pracowników medycznych, ale także pracodawców i w sposób jednoznaczny wskazuje, że system opieki zdrowotnej jest nadal dla decydentów nieistotną gałęzią gospodarki, niewymagającą inwestycji w kadry medyczne – zauważa NRL w stanowisku z 12 marca 2021 r. ■



Akt desperacji, któremu nie zamierzam się dziwić

Krzysztof Madej

Z wezbranej rzeki papierów, która rwącym nurtem przepływa przez biurka tego superbiura, jakim jest Naczelna Izba Lekarska, niezawodnie wyłowilem „List otwarty” transplantologów* do...? Zaraz zastanowimy się nad ustaleniem adresata, bo jest on ukryty w tekście, a nie w tytule.

Nie żebym był jakimś szczególnie zmotywowanym czytelnikiem listów otwartych. Znacznie ciekawszą intelektualnie dyscypliną wydaje mi się czytanie listów bez otwierania szczelnie zaklejonej koperty. W zasadzie to chyba uważam, że należy czytać listy otwarte tylko wówczas, gdy przybierają one postać całokolumnowych płatnych ogłoszeń na trzeciej stronie „Rzeczpospolitej”.

Tym razem jednak zatrzymałem się w zdyszonym biegu z tym listem w rękę – a to dla pewnych jego wyróżników. Zaczynał się on bowiem od słów: „My, transplantolodzy”. No, z „grubej rury”, pomyślałem sobie, bo skojarzenie nastęczyło mi się jedno. „We, the People” – jak w Konstytucji Stanów Zjednoczonych Ameryki z 17 września 1787 r. Ostatni raz, przed transplantologami, pokrewna fraza wybrzmiała w polskiej przestrzeni publicznej za sprawą przemówienia prezydenta Lecha Wałęsy przed połączonymi izbami Kongresu Stanów Zjednoczonych 15 listopada 1989 r. To skojarzenie utwierdza mnie w prawdziwości teorii (w ramach ogólnej teorii o dramatycznym rozwarstwieniu środowiska lekarskiego), że poszczególne frakcje naszego środowiska, wydzielone wedle specjalności lekarskich czy według kategorii wiekowych (np. rezydentów) zachowują się jak „my, naród”. A narody, jak uczy historia, przy pomocy różnych, mniej lub bardziej pokojowych metod potrafią konkurować o dostęp do surowców i rynków.

Drugi wyróżnik to liczba sygnatariuszy. List mieści się na jednej stronie maszynopisu, a lista sygnatariuszy na trzech. Zawsze, gdy widzę taką formę korespondencji, ogarnia mnie pewien niepokój, że liczba sygnatariuszy może przewyższać liczbę czytelników, a przecież wiadomo, że minimum to co najmniej jeden czytelnik na jednego autora.

Mam i trzeci powód dla zatrzymania się przy tym liście. Otóż całociowy, skompilowany z różnych pomysłów i ekspertyz tekst pierwszej polskiej ustawy transplantacyjnej,

zanim jako inicjatywa rządowa trafił do Sejmu RP, powstała właśnie w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Ustawa ta została uchwalona 26 października 1995 r. (Dz.U. 1995, Nr 138, poz. 682). Pozwolę sobie przypomnieć, że ustawa ta powstała na niecałe dwa lata przed uchwaleniem nowej Konstytucji RP i na ponad dziewięć lat przed wejściem Polski do Unii Europejskiej. Cóż to była za twórcza suwerenność. Równoległe z projektem tej ustawy powstawał projekt zarządzenia w sprawie powołania „Poltransplantu”. Stało się to w czerwcu 1996 r. W czasach, kiedy można było dużo spokojniej i bardziej merytorycznie pracować nad poszczególnymi projektami aktów z zakresu prawa medycznego, bez tych wszystkich politycznych nerwic, które obecnie nami targają. Pamiętam skupioną, cichą i niezwykle mozolną pracę mecenasa Wojciecha Gutkowskiego, radcy prawnego i legislatora z NIL, oraz partnerską współpracę z ówczesnym wiceministrem zdrowia Wiesławem Jakubowiakiem. Pracę mozolną, bo wymagającą także uporczywego przekonywania oponentów, że przeniesienie na grunt polski, na wzór niektórych krajów zachodnich, zasady „zgody domniemanej” i potrzeby utworzenia jednostki koordynującej przeszczepianie nazwanej „Poltransplantem” to pomysły celowe i bezpieczne. Stąd zainteresowanie w samorządzie lekarskim, jak te strukturalne i doktrynalne zasady działalności transplantacyjnej zawarte w przepisach prawnych, wielokrotnie przecież później nowelizowanych, działają w kryzysie. Kryzysie polskiego systemu ochrony zdrowia.

Jest też i czwarty powód, odmienny od pozostałych, bo objawiający się dopiero po lekturze „Listu otwartego”. Powodem, który nazwę egzotycznym, jest wybór odbiorcy listu, adresata. W tym wypadku adresatem (dzisiejszym językiem powiedzielibyśmy: targetem) są media.

Listy otwarte kierowane są zwykle do władzy prawodawczej lub wykonawczej z publicznym napomnieniem, że postępuje źle, i mają one na celu wywarcie presji na

zmianę decyzji lub projektu decyzji poprzez zmobilizowanie dla swoich racji szerszej opinii społecznej. Są często głosem bezsilności, gdy zawodzą inne metody lobbingu.

W przypadku władzy politycznej nacisk poparty opinią publiczną może przynieść efekt, bo władza boi się większościowej opinii społecznej, szczególnie gdy opinia ta tej władzy nie popiera. Ktoś może powiedzieć: przecież media też są władzą, od dawna nazywane czwartą władzą, uzupełniającą monteskiuszowski podział, więc dlaczego nie można by stosować wobec nich tych samych metod walki o uznanie i wdrożenie swoich racji? W przypadku mediów takie proste przełożenie nie działa. Zwykła władza polityczna może wobec nieprawomyślnych stosować sankcję polityczną, czasami prawną. Czwarta władza może, broniąc się, atakować i wpływać na opinię zbiorową w odwrotnym kierunku. Jest jej łatwiej, bo nie musi płacić za publikację listów otwartych lub, co czasami gorsze – zamilczeć temat.

Autorzy listu zarzucają mediom nieuctwo, niekompetencję, nieuczciwość, złą wolę, nieodpowiedzialność i brak kultury dziennikarskiej, bo w sprawach o wysokim stopniu merytorycznej komplikacji nie korzystają z ekspertów, oraz brak wyobraźni, bo w sprawach związanych z dylematami światopoglądowymi i moralnymi – tam, gdzie niezbędne jest zaufanie – nie korzystają z autorytetów.

Uczony byłem od zawsze, że jeśli się chce działać politycznie czy społecznie, to trzeba mieć media za sojuszników. Podejmowanie walki z mediami jest z definicji nieskuteczne i, co gorsza, może być przeciwnie skuteczne. Z mediami trzeba obchodzić się bardzo delikatnie i dyplomatycznie. Konflikt z nimi oznacza retorsje lub pozbawienie do nich dostępu, a więc odebranie możliwości replikowania i obrony.

Ten list to jakiś akt desperacji, któremu jednak nie zamierzam się dziwić. Transplantologia jest w kryzysie i to nie tylko za sprawą pandemii, choć ta wybija się na pierwsze miejsce, ale także strukturalnym oraz mentalnym, wynikającymi z ogólnej sytuacji w ochronie zdrowia. Nic dziwnego: podstawowa opieka zdrowotna uszkodzona, onkologia uszkodzona, kardiologia niewydolna, to i transplantologia także. A transplantologia jest dziedziną niezwykle delikatną i wszelkie zaburzenia w dialogu społecznym, a więc i w kształtowaniu opinii społecznej, przekładają się natychmiast na liczbę przeszczepianych narządów.

Tym razem mieliśmy wydarzenie z naszym rodakiem, który umierał w szpitalu w Wielkiej Brytanii i w stosunku do którego podjęto przewidziane prawem i wiedzą medyczną decyzje o nieeskalowaniu terapii daramnej. Tego typu zdarzenia natychmiast wywołują komentarze i oceny, które wkraczają na pole, na którym rozwija się transplantologia. Zdarzenia, które wiążą się z różnymi sytuacjami klinicznymi, także z różnymi zakresami uszkodzenia

centralnego układu nerwowego, prowadzącymi niekiedy wprost do śmierci, zestawiane są z działalnością transplantacyjną, która opiera się w dużej części na zjawisku „śmierci mózgowej”. Orzekanie o śmierci osobniczej na podstawie stwierdzenia śmierci mózgowej jest tak samo pewne, jak stwierdzenie śmierci na podstawie innych sytuacji klinicznych, np. trwałego ustania czynności serca. Człowiek nie może być uznawany za żywego, gdy doszło do trwałego i nieodwracalnego ustania czynności serca, lecz także gdy

doszło do trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu w tych obszarach, które zawiadują podstawowymi funkcjami wegetatywnymi. Rozwój medycyny objawił zdysocjowany charakter procesu umierania, z czego wynika,

że po śmierci mózgowej możliwe jest jeszcze krótkotrwałe podtrzymywanie czynności serca. Odmienność tego procesu, ale przy zastosowaniu nadzwyczajnych środków medycznych, polega na tym, że człowiek zanim umrze „w całości”, najpierw nieodwracalnie umiera „jako całość”.

Wiedza medyczna rozwija się w każdym obszarze, także w poznaniu mechanizmów śmierci człowieka. Wiedza i poglądy profesjonalistów postępują za rozwojem nauki. Postawy innych osób bazują na wiedzy ogólnej, argumentacji, ale i, przede wszystkim, na zaufaniu do autorytetów. Aby zaufać autorytetowi uczonych, trzeba mieć odruch zaufania do samej nauki, a to nie jest postawa w naszym społeczeństwie dosyć powszechna. Postawa i poglądy pozostałej części społeczeństwa wykazują dużą bezwładność i bywa, że pozostają daleko w wiekach minionych.

Poglądy na temat śmierci człowieka, dokonującej się w mechanizmie śmierci mózgowej czy śmierci pnia mózgu, często przypominają poglądy antyszczepionkowców lub wyznawców szamańskich metod objaśniania przyczyn chorób i ich leczenia. Negowanie istnienia zjawiska śmierci mózgowej jako stanu równie nieodwracalnego jak śmierci dokonanej na innej drodze, np. zgonu z przyczyn krążeniowych czy oddechowych, przypomina negowanie innych ultymatywnych ustaleń medycyny naukowej.

Należy prowadzić mozolną pracę edukacyjną nad wiedzą i świadomością zbiorową. Czy wykonaliśmy i wykonujemy tę pracę z wykorzystaniem właściwych środków, niech każdy z uczonych i autorytetów odpowie sobie sam. Czy jednak instytucje do tego powołane (dlatego przywołałem na początku przepisy prawa transplantacyjnego, bo w nim zawarte są wszystkie zadania z zakresu edukacji społecznej) stają na wysokości zadania? O to mamy prawo, a może i obowiązek pytać, także publicznie, skoro wiąże się to z dobrem chorych. Łajanie mediów nic tu nie wniesie, jeśli nie pogorszy i tak trudną już sytuację. ■

*List wzmiankowany w „Gazecie Lekarskiej” 3/2021 (str. 53) i opublikowany w całości na www.gazetalekarska.pl.

**Aby zaufać autorytetowi uczonych,
trzeba mieć odruch zaufania do samej
nauki, a to nie jest postawa w naszym
społeczeństwie dosyć powszechna.**

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Wybory – IX kadencja samorządu

Okręgowe izby lekarskie rozpoczynają przygotowania do organizacji wyborów delegatów na okręgowe zjazdy lekarskie na okres IX kadencji samorządu lekarskiego (lata 2022-2026). Najpierw ustalane są liczby lekarzy uprawnionych do wyboru jednego delegata oraz minimalna i maksymalna liczba członków

rejonu wyborczego. Kolejne etapy to tworzenie rejonów wyborczych i list ich członków. Po ustaleniu imiennych list rejonów wyborczych przyjmowane są zgłoszenia kandydatów na delegatów. Aktualne informacje na temat przebiegu przygotowań do wyborów zamieszczane są na stronach internetowych izb. ■

Kampania edukacyjna



8 marca Śląska Izba Lekarska, wraz ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym, Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego oraz Katarzyną Stachowicz – inicjatorką akcji „Pokonaj Raka”, rozpoczęła kampanię „Ciąża nie chroni przed rakiem”, której celem jest doprowadzenie do zmian w rozporządzeniu ministra zdrowia, tak by każda kobieta w pierwszym trymestrze ciąży miała obowiązkowo wykonane bezpłatne badanie USG piersi.

Do wszystkich parlamentarzystów został skierowany apel w tej sprawie. Pod

dokumentem podpisali się rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Tomasz Szczepański i prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr Tadeusz Urban.

„Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Onkologiczne oraz Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników rekomenduje wykonywanie badania USG piersi u ciężarnych. Wprowadzenie obowiązkowego badania USG piersi do standardu opieki nad ciężarną daje możliwość szybkiego rozpoznania choroby, wdrożenia leczenia, a to znacząco zwiększa szansę na szczęśliwe macierzyństwo” – czytamy w apelu.

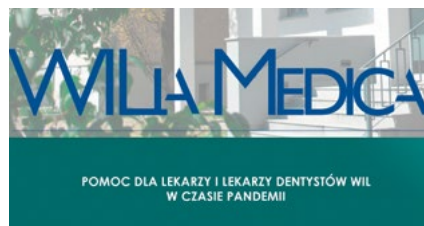
Petycja wyrażająca poparcie dla projektu, pod którą można się podpisać, jest dostępna pod linkiem: https://www.petycjeonline.com/bezplatne_usg_piersi_dla_kobiet_w_ciazy.

Dzień po inauguracji kampanii śląskiej izby wystosowane zostały interwencja senatorska i interpelacja poselska w sprawie zmiany rozporządzenia na korzyść ciężarnych kobiet. O projekcie „Ciąża nie chroni przed rakiem” został też poinformowany premier Mateusz Morawiecki. ■

Zastępcy rzecznika poszukiwani

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej OIL w Gdańsku dr Maciej Dziurkowski poszukuje kandydatów chętnych do pełnienia funkcji zastępcy rzecznika odpowiedzialności zawodowej w kolejnej kadencji samorządu. Mogą to być lekarze wykonujący zawód przez co najmniej 10 lat. Szczegółowych informacji na ten temat udziela Biuro OROZ w Gdańsku (tel. 58 524 32 10, e-mail: rzecznik@oilgdansk.pl).

Bezpłatne noclegi



Wielkopolska Izba Lekarska stworzyła możliwość bezpłatnego skorzystania z miejsca noclegowego w obiekcie WILla Medica w Poznaniu dla lekarzy i lekarzy dentystów aktywnych zawodowo, narażonych na kontakt z wirusem SARS-CoV-2 i obawiających się możliwości zakażenia najbliższych, z którymi mieszkają. Więcej na www.wil.org.pl. ■

W sprawie polskiej stomatologii

11 marca Prezydium ORL Bydgoskiej Izby Lekarskiej podjęło apel „w sprawie polskiej stomatologii”, w którym zwraca uwagę na największe problemy dotyczące opieki dentystycznej, a także środowiska lekarzy dentystów.

W dokumencie tym zaapelowano m.in. o wsparcie podmiotów prowadzących szkolne gabinety stomatologiczne, które w obliczu panującej pandemii musiały drastycznie ograniczyć swoją działalność. Wyrażono także niepokój na temat niskiej liczby miejsc rezydenckich z dziedzin stomatologicznych w ramach tegorocznego, wiosennego postępowania rekrutacyjnego.

Pełna treść apelu została opublikowana na stronie internetowej BIL. ■

Kurs z zakresu medycyny paliatywnej



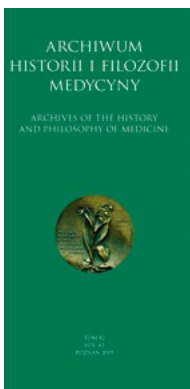
Stowarzyszenie Hospicjum Królowej Apostołów w Tanowie i Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie zapraszają na 4-dniowy kurs podstawowy z zakresu medycyny paliatywnej dla lekarzy, który odbędzie się online w dniach 10-11 kwietnia oraz 24-25 kwietnia, oferując w sumie 40 godzin dydaktycznych.

Lekarze, którzy są członkami szcześcińskiej izby, mogą wziąć w nim udział bezpłatnie, pozostałych uczestników obowiązuje opłata.

Podczas kursu zostaną przekazane podstawowe informacje dotyczące opieki paliatywnej, a także m.in. zagadnienia na temat leczenia bólu oraz zasad żywienia chorych objętych opieką paliatywną.

Program kursu jest zgodny z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej hospicyjnej (Dz.U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1138 z późn. zm.). ■

By historia nie uległa zapomnieniu



Prof. Andrzej Grzybowski, red. naczelny „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, zaprasza do współpracy i współredagowania pisma lekarzy doceniających wartość historii medycyny. Zainteresowanie tą tematyką znajduje odzwierciedlenie m.in. w powstaniu wielu komisji histo-

rycznych przy okręgowych radach lekarskich w ostatnich latach oraz Ośrodka Historycznego NRL. – Zapraszamy również do przesyłania nam wspomnień i biografii, w tym autobiografii. Zależy nam też na

zamieszczaniu informacji dotyczących pamiątkowych tablic i nagrobków lekarzy wraz ze zdjęciami i informacjami na temat tych postaci historycznych. Możecie też państwo przysłać nam ciekawe tematy historyczne do dalszego opracowania – zachęca prof. Grzybowski.

„Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” jest czasopismem naukowym powstałym w 1924 r. z inicjatywy prof. Adama Wrzoska. Obecnie czasopismo posiada międzynarodowy zespół redakcyjny oraz jest organem Towarzystwa Historii i Filozofii Medycyny. Wydawane jest jako rocznik dzięki życzliwości i wsparciu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz wolontaryjnej pracy redakcji. Materiały można nadsyłać na adres e-mail: ae.grzybowski@gmail.com. ■



Psy i koty na lekarские kłopoty

Na kanale OIL w Łodzi w serwisie YouTube można już obejrzeć pierwszy odcinek z cyklu programów realizowanych przez izbę komisję kultury w ramach akcji #nietylkopracalekarzyje. „Psy i koty na lekarские kłopoty” to film, który powstał w schronisku dla bezdomnych zwierząt Medor w Zgierzu, zachęcający do adopcji czworonogów. Film przygotowano z inicjatywy dr Anny Kosmowskiej, pomysłodawczyni akcji adopcyjnej. ■

Murem za rezydentami

Okręgowe izby lekarskie wspierają młodych lekarzy w walce o odwołanie części ustnej PES w związku z pogarszającą się sytuacją epidemiczną w kraju.

W stanowisku Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich z 16 marca wyrażono głębokie oburzenie decyzją Ministerstwa Zdrowia o przesunięciu PES o dwa miesiące w sesji wiosennej br. dla lekarzy i lekarzy dentystów, zamiast rezygnacji z formy ustnej egzaminu, przy pozostawieniu bezpiecznej epidemiologicznie jego formy pisemnej. Oburzenie w tej sprawie wyraził także prezes NRL Andrzej Matyja. Resort zdrowia co prawda 17 marca odwołał swoją decyzję o przesunięciu PES, ale nie przychylił się do apeli środowiska lekarskiego o rezygnację z egzaminów ustnych (przynajmniej do momentu druku „GL”, więcej na ten temat w „Skriningu” na s. 7). ■

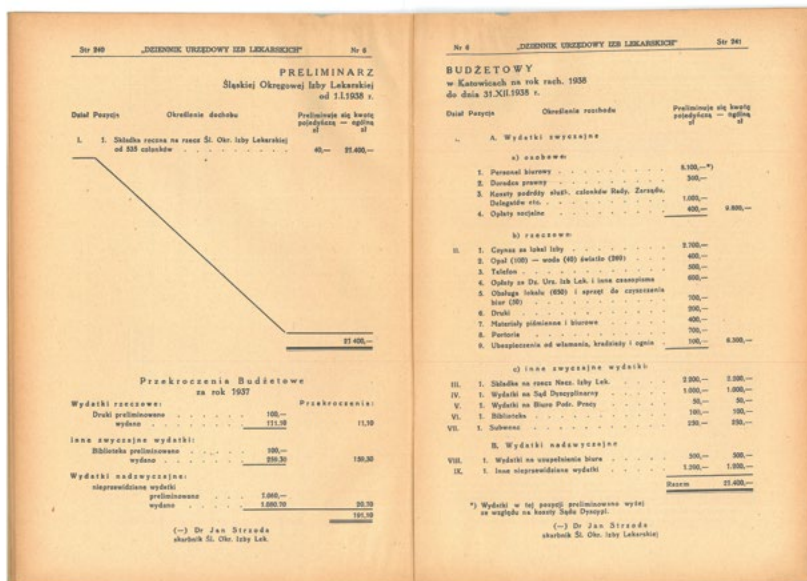
Wsparcie dla lekarzy sportowców

Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie uruchomiła trzy programy wspierające lekarzy uprawiających sport. OIL Sport Start to dofinansowanie udziału członków izby w lekarskich zawodach sportowych, a także w nielekarskich, o ile są to rozgrywki drużynowe, a drużyna będzie reprezentowała warszawską izbę; OIL Sport Mistrz to program stypendialny dla najlepszych sportowców – członków izby, a OIL Sport Event to dofinansowanie działalności sekcji oraz cyklicznych lub pojedynczych imprez sportowych, integracyjnych i zawodów (współ)organizowanych przez członków izby (pomoc także organizacyjna).



Po zakończeniu II wojny światowej okręgowe izby lekarskie liczyły na wsparcie ze strony państwa. Niestety, dla władz powojennej Polski były jeszcze większym zagrożeniem niż NIL, ponieważ ze względu na liczebność szybko rosły w siłę i obawiano się, że radykalnie przeciwstawiają się sankcjom stosowanym wobec środowiska lekarskiego. Starano się więc przeniknąć do terenowych struktur samorządowych, co w sytuacji powojennego chaosu nie było takie trudne.

W sumie na terenie Polski po II wojnie światowej działało osiem okręgowych izb lekarskich. Wszystkie chciały jak najszybciej zacząć normalnie funkcjonować, co umożliwiała im przedwojenna ustawa z 1921 r., ale ówczesne władze Ministerstwa Zdrowia robiły wszystko, aby ostudzić ten zapał i opóźnić ukonstytuowanie się zarządów. Długo czekano na dekret o organizacji władz samorządu lekarskiego, który dawałby uprawnienia do weryfikacji lekarzy i przeprowadzenia wyborów do izb lekarskich – bez



tego dokumentu działalność izb miała charakter tymczasowy, ale władza nie spieszyła z jego wydaniem, zachowując przy tym pozory, że sprzyja reaktywacji izb po wojnie. Takie działanie było jej na rękę, bo zrujnowany kraj potrzebował lekarzy, a izby stały się narzędziem formowania nowych struktur opieki zdrowotnej. Ministerstwo Zdrowia zainicjowało nawet utworzenie izb zgodnie z nowym podziałem administracyjnym kraju. Opierając się na doświadczeniach przedwojennych, gdzie samorząd lekarski był traktowany przez rządzących po partnersku, liczone na przychylność komunistycznych władz w tym zakresie. Jednak coraz bardziej



Kazimierz Golonka, lekarz neurolog i psychiatra
z Katowic, pierwszy i ostatni po wojnie prezes
Śląsko-Zagłębiowskiej Izby Lekarskiej (1945-50)

stawało się jasne, że partnerstwa nie będzie, że każde działanie podjęte przez resort zdrowia jest podejmowane odgórnie, ogranicza ich niezależność i niszczy ekonomicznie.

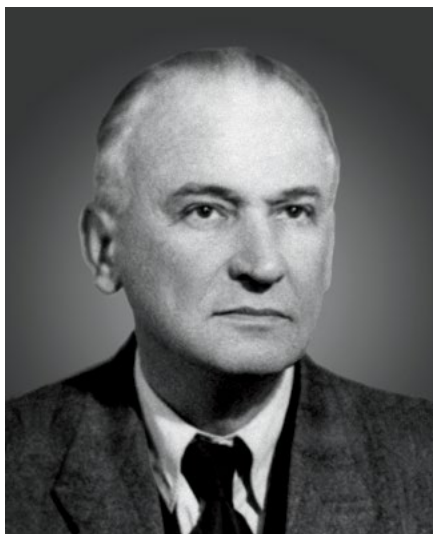
OSIEM IZB

Przed wojną, na podstawie ustawy z 1921 r. powołano Izby Lekarskie: Warszawsko-Białostocką, Lwowską, Lubelską, Krakowską, Łódzką, Poznańsko-Pomorską. Rozporządzenie tworzące izby lekarskie nie obejmowało woj. nowogrodzkiego, Wileńszczyzny i Śląska. Izba Lekarska Wileńsko-Nowogrodzka powstała dopiero w 1925 r., zaś Śląska Okręgowa Izba Lekarska – w 1934 r.

Po II wojnie światowej, w związku z nowym podziałem administracyjnym kraju, w 1945 r. było osiem izb okręgowych. Izby – Lwowska oraz Wileńsko-Nowogrodzka – przestały istnieć. Obok tych, które pozostały z czasów przedwojennych, pojawiły się izby na Ziemiach Zachodnich i Północnych. Granice izb po wojnie pokrywały się z granicami województw. I tak, Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie objęła obszar woj. kieleckiego, krakowskiego i rzeszowskiego, a OIL w Lublinie – woj. lubelskiego. OIL w Warszawie, oprócz miasta stołecznego i woj. warszawskiego, obejmowała swym zasięgiem także woj. białostockie i olsztyńskie. OIL w Katowicach zajęła obszar woj. śląskiego, OIL w Łodzi – woj. łódzkiego, OIL w Poznaniu – woj. poznańskiego, OIL we Wrocławiu – woj. wrocławskiego, a OIL w Sopocie objęła woj. gdańskie, szczecińskie i pomorskie. Zmiany te przypieczętowała uchwała Naczelnej Izby Lekarskiej z 12 maja 1946 r. Dotyczyły one nie tylko zasięgu terytorialnego działania izb, ale też nazewnictwa. Zmieniały się również ich siedziby.

PREZESI Z MIANOWANIA

Okręgowa Izba Lekarska w Sopocie (inaczej: OIL Gdańsko-Pomorska) z tymczasową siedzibą w Bydgoszczy, przeniesioną później do Sopotu, zawiązała się 3 kwietnia 1945 r., realizując tym samym przedwojenne marzenia do oddzielenia się od ówczesnej Izby Poznańsko-Pomorskiej. Pełniącym obowiązki prezesa tej izby został dr Wacław Chrzanowski, którego mianował na to stanowisko dr Teisseyre na



Dr Witold Klepacki

polecenie dra Franciszka Litwina, późniejszego ministra zdrowia, którego był pełnomocnikiem. To pokazuje, jak wyglądało reaktywowanie izb po wojnie. Zamiast demokratycznych wyborów – mianowanie. O izbach nie decydowali więc działacze samorządu, ale lekarze z nadania ówczesnej władzy.

Dr Chrzanowski w zachowanym z tych czasów sprawozdaniu pisze tak: „Swoją działalność izby uzgodniły całkowicie z przedstawicielami czynników administracji państwowej w osobach lekarzy powiatowych. Celem uproszczenia czynności w obecnej fazie organizowania sanitariatu na tutejszym

Z praktyką rządzących dotyczącą odgórnego obsadzania stanowisk we władzach samorządowych w sprytny sposób poradziła sobie Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie.

teren nie staram się delegatami izb mianować lekarzy powiatowych”. W postscriptum prezes napisał, że w związku z tym, że zamówiona urzędowa pieczęć izby lekarskiej, zaakceptowana przez służby bezpieczeństwa, będzie gotowa za siedem dni, sprawozdanie wychodzi bez pieczęci. Izba na polecenie pełnomocnika, tego samego, który mianował prezesa izby, zajęła się lekarzami repatriantami z Buga, których rozmieszczała w powiatowych

placówkach służby zdrowia. Do „zagospodarowania” miała też lekarzy niemieckich, którzy mieli pełnić swoje funkcje do czasu sprowadzenia na teren polskich medyków. W swoich sprawozdaniach kierowanych do władz doktor Chrzanowski cały czas zaznaczał ofiarność lekarzy, którzy leczyli w bardzo trudnych warunkach i często bez wynagrodzenia. Dzięki zachowanym sprawozdaniom można dowiedzieć się, jak wyglądało tworzenie się tej izby po wojnie.

Okręgowa Izba Lekarska we Wrocławiu nie miała tyle szczęścia. Z lat 1945-46 nie zachowały się sprawozdania ani inne dokumenty archiwalne. Wiadomo jednak, że powstała 23 października 1945 r, a jej pierwszym prezesem mianowano Wilhelma Knappe. Powołując się na opracowanie historyczne J. B. Kosa, można dostrzec specyfikę osiedleńczą Dolnego Śląska i tamtejszej izby: „Na terenie tutejszej izby osiedlili się repatrianci i reemigranci, którzy często wskutek wypadków wojennych nie posiadali potrzebnych dokumentów do rejestracji oraz lekarze, którzy nie mieli nostryfikacji dyplomów. Z uwagi na katastrofalny brak lekarzy na tym terenie izba traktowała rejestrację liberalnie. Wykorzystując to, wiele osób chciało przeniknąć do środowiska i zajmować się leczeniem, nie będąc lekarzami. Izba jednak wykazała w tym względzie wielką czujność i udało się jej demaskować tego rodzaju oszustów”.

BĘDZIE DEMOKRATYCZNIE

Z praktyką rządzących dotyczącą odgórnego obsadzania stanowisk we władzach samorządowych w sprytny sposób poradziła sobie Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie, która została reaktywowana 27 lipca 1945 r. i od początku wykazywała się prężną działalnością. Jej przewodniczącym komisarycznym, mianowanym z ramienia rządu, został dr Witold Klepacki. Przedwojenny prezes tej izby, dr Wacław Drózd, zginął w Auschwitz. Jak pisał w swoim sprawozdaniu Witold Klepacki, OIL w Lublinie przez cały okres okupacji była stacją informacyjną i finansową dla lekarzy spoza woj. lubelskiego, w tym dla Żydów, uciekinierów ze zniszczonej po powstaniu warszawskim Warszawy oraz lekarzy z Wołynia i Małopolski.

Izba, uzyskując szybko niezależność finansową, skupiła się w tym czasie

na szeroko rozumianej pomocy lekarzom, także tym w podeszłym wieku, i rodzinom tych, którzy wojny nie przeżyli. Wyposażała przychodnie i szpitale w sprzęt i materiały opatrunkowe. Chciała zerwać z zasadą mianowania i przywrócić demokratyczne zasady wyboru władz w izbie. Dlatego Witold Klepacki zrzekł się funkcji kierownika komisarycznego izby, proponując na prezesa swojego zastępcę dra Jana Modrzewskiego, przedwojennego działacza tej izby. Uważał, że prawnie jest to uzasadnione, gdyż Rada Izby, która powoływała Zarząd w 1939 r., nie straciła uprawnień. Dzięki temu można było przeprowadzić demokratyczne wybory, w których jednomyślnie na prezesa wybrano Witolda Klepackiego, jednak nie był już komisarzem vel prezesem nominowanym, ale demokratycznie wybrany przez samorząd lekarski.

SPRAWA VOLKSDEUTSCHÓW

Okręgowa Izba Lekarska w Katowicach w oficjalnych dokumentach występowała jako OIL Śląsko-Dąbrowska. Wznowiła działalność 2 lutego 1945 r. wraz z dniem nominacji Edwarda Hankego na komisarza izby. Po jego rezygnacji prezesem został Kornel Michejda, a po jego wyjeździe do Gdańska – dr Kazimierz Golonka. Niedługo potem przeprowadzono rejestrację lekarzy, zabezpieczono sprzęt w gabinetach poniemieckich i utworzono ekspozyturę w Bytomiu, którą kierował dr Presser, nadzorujący planowe osiedlanie się lekarzy na terenach przyłączonych. Działania te były podejmowane pod auspicjami pełnomocnika rządu gen. Zawadzkiego, upoważniającego izbę do przesiedlania lekarzy i nakazującego zamknięcie Katowic przed ich dalszym napływem.

Utworzono Tymczasową Radę Izby i rozszerzono jej działalność na Zagłębie Dąbrowskie, które dotąd należało do Izby Krakowskiej. Na pierwszy plan wyłaniały się w tym czasie sprawy narodowościowe, szczególnie chodziło o lekarzy, którzy podpisali volkslistę. Uwarunkowania historyczne i specyfika Śląska sprawiły, że miały one szczególne znaczenie dla tego regionu. Przed wojną zamieszkiwało tu i praktykowało wielu lekarzy pochodzenia niemieckiego. Izba podjęła się ich rozliczenia z przeszłością okupacyjną. Ze sprawozdań, które zachowały się

z tego czasu, wynika, że lekarze niemieckiej narodowości, żyjący na Śląsku od pokoleń, zachowywali się w czasie wojny poprawnie, natomiast niemieccy lekarze sprowadzeni z Rzeszy okazali się fanatykami i reprezentowali bardzo niski poziom, jeśli chodzi o umiejętności zawodowe. Natomiast większość lekarzy volksdeutschów maskowała się i potajemnie trzymała z Polską. Izba potraktowała więc ich stosunkowo łagodnie, zapewniając w sprawozdaniach do pełnomocnika rządu, że bierze na siebie dzieło spolszczenia stanu lekarskiego.

Okręgowe izby lekarskie różnie rozwiązywały te problemy. Na Śląsku i Pomorzu łatwiej oni otrzymywali obywatelstwo polskie na podstawie decyzji rehabilitacyjnych. Na terenie byłej Generalnej Guberni, gdzie podpisanie volkslisty było traktowane jak zdrada, obowiązywało zalecenie Naczelnej Izby Lekarskiej, aby sprawę każdego lekarza rozpatrywać indywidualnie, nawet jeśli został oficjalnie zrehabilitowany. NIL zalecała także, aby w zależności od ciężkości występków obarczyć ich karami pieniężnymi, które miały otrzymać wdowy i sieroty po lekarzach, którzy zginęli z rąk okupanta.

BEZ PRZEBACZENIA

Problem lekarzy volksdeutschów pojawił się także w Wielkopolsce i w izbie łódzkiej, która potraktowała ich najsurowiej. Łódzka Izba Lekarska wznowiła działalność po wojnie 28 stycznia 1945 r., a Ministerstwo Zdrowia mianowało na jej prezesa dra Antoniego Tomaszewskiego, co wzbudziło niezadowolone działaczy. Aby wybrnąć z tej kłopotliwej sytuacji, przełał on swoje kompetencje Komisarza na Tymczasowy Zarząd Izby Lekarskiej, wybrany przez Walne Zgromadzenie. „Wobec powyższego uważam, że Sąd Dyscyplinarny pełniący swoje zadania przy Izbie Lekarskiej w Łodzi jest prawomocny i może dalej prowadzić swoje czynności” – tak napisał w sprawozdaniu dr Tomaszewski. To było bardzo ważne posunięcie z jego strony, ponieważ przywracało reguły demokratyczne w łódzkiej izbie, umożliwiło także prawne obejście sytuacji po mianowaniu przez władze komisarzy vel prezesów, z którego mogły skorzystać także inne izby.

Stan prawny po wojnie nie pozwalał



Jan Modrzewski, chirurg, przedwojenny działacz Lubelskiej Izby Lekarskiej

na wznowienie pracy sądów lekarskich, a w Łodzi w ten właśnie sposób rozwiązano problem rozliczenia lekarzy volksdeutschów, podejmując w ich sprawie restrykcyjną uchwałę z dnia 25 kwietnia 1945 r. Oto jej treść: „Bez względu na potępiamy tych wszystkich Polaków lekarzy, którzy w czasie okupacji przyjęli volkslistę lub zgłosili inną narodowość dla celów i zysków osobistych. Zgromadzenie potępiło ich jako zdrajców i skreśliło z listy członków izby. Wobec dokonanych przez okupanta okrucieństw uchwała ta zmusza lekarzy Polaków do oczyszczenia środowiska z volksdeutschów”.

Łódzka izba wykazała się także odwagą, aktywnością i samodzielnością w innych sprawach. W czasie organizowania w Łodzi Szkoły Młodszych Oficerów Służby Zdrowia ostro zaprotestowała przeciwko kształceniu w niej felczerów. Protest poparł Wydział Lekarski Uniwersytetu Łódzkiego i Naczelna Izba Lekarska. Mimo to szkołę uruchomiono i dobrze wyposażono. Ta samodzielność inicjatyw i wszechstronność nie spodobała się władzy i stała się powodem niechęci wobec samorządu lekarskiego. To były kolejne sygnały, że komunistycznej władzy nie jest z samorządem lekarskim po drodze. ■

Źródło:

Zygmunt Wiśniewski „Lekarskie drogi (1944-1956)”

Pandemia w liczbach

W marcu sytuacja epidemiczna w Polsce pogorszyła się, a szybki wzrost liczby zakażeń i chorych, jak się wydaje, wielu zaskoczył. Rząd podjął decyzję o zaostrzeniu restrykcji od 20 marca do 9 kwietnia. To już drugie Święta Wielkanocne z pandemią.

2,6 mld zł

NFZ wypłacił szpitalom na dodatkowe wynagrodzenie dla personelu medycznego za pracę w związku ze zwalczaniem epidemii COVID-19 (stan na 12 marca). Fundusz zapewnia, że jeśli dokumenty są kompletne, środki trafiają na konto placówki w terminie trzech dni roboczych.

45 mln

ampułek szczepionek przeciw COVID-19 rocznie będzie mogła produkować warszawska Polfa Tarchomin – zapowiedział wiceminister aktywów państwowych Maciej Małecki. Trwają końcowe prace nad dostosowaniem linii do rozlewania leków. Ampułkarnia ma być gotowa jesienią.

68 proc.

respondentów ankietowanych przez CBOS między 1 a 11 marca, których zapytano o niechęć do szczepień, wskazało obawy przed skutkami ubocznymi. Inne dotyczyły wątpliwości co do skuteczności szczepionki (36 proc.) i uznawania COVID-19 za niegroźną chorobę (12 proc.).

2 mln zł

wyniósł deficyt finansowy szpitala tymczasowego w Centrum Urazowym Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie – poinformował na początku marca dyrektor tamtejszego Szpitala Uniwersyteckiego, który jest placówką patronacką i skąd pochodzi większość jego personelu.

3 mln

osób zostały zaszczepione w Polsce pierwszą dawką od końca grudnia, kiedy ruszył Narodowy Program Szczepień, do 17 marca. Drugą dawkę szczepionki w tym czasie przyjęła ponad połowa tej grupy (1,6 mln). Najmniej szczepień wykonano w woj. lubuskim.

120 tys.

pacjentów wymaga pilnej rehabilitacji pocovidowej – szacuje prof. Adam Antczak, kierownik Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, dodając, że ta liczba stale rośnie. Najgroźniejsze powikłania dotyczą płuc, w tym m.in. ich włókienienia.

21,4 mln zł

(najwięcej w woj. śląskim) otrzymało Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach na dodatkowe wynagrodzenie dla personelu medycznego, w tym lekarzy, za pracę w związku ze zwalczaniem epidemii COVID-19 za listopad i grudzień ub.r. oraz styczeń br. (ok. 1 tys. osób miesięcznie).

4,5 mln

preparatów firmy Johnson & Johnson może dotrzeć do Polski do końca II kwartału – takie są deklaracje producenta czwartej szczepionki dopuszczzonej na rynek UE. Będzie podawana w jednej dawce osobom powyżej 18. r.ż. Nie musi być przechowywana w zamrażarce.

11 mln

przekroczyła łączna liczba próbek przebadanych pod kątem wirusa SARS-CoV-2 w Polsce, a 2 mln liczba zakażonych pacjentów – podało Ministerstwo Zdrowia 19 marca br. O pierwszym przypadku zakażenia koronawirusem w naszym kraju poinformowano 4 marca 2020 r.

ANALIZA

Frustracja



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Wśród lekarzy narasta rozgoryczenie. Padają pytania, dlaczego szpitale tymczasowe tak długo świeciły pustkami, co jest powodem, że nie każdy dostaje dodatek covidowy i brakuje pieniędzy na podwyżki wynagrodzeń. Do tego wielu medyków nadal nie może się zaszczepić.

Minister zdrowia Adam Niedzielski: – Szpitale tymczasowe są naszą ostatnią linią obrony, którą będziemy wykorzystywali w razie pojawienia się trzeciej fali zachorowań. Szef KPRM Michał Dworczyk: – One nie są po to, żeby zastąpić szpitale stacjonarne, ale żeby ratować system służby zdrowia na wypadek przeciążenia.

Te dwie wypowiedzi wskazują powody, którymi zapewne kierował się premier Mateusz Morawiecki, gdy pod koniec października przesądził o powstaniu placówek tymczasowych. Po tym, gdy na początku marca br. w związku ze wzrostem liczby zakażeń i obciążeniem łóżek covidowych, Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego podjął decyzję o uruchomieniu szpitali tymczasowych w 9 województwach, na nowo rozgorzał spór o przyczynach ich powstania i utrzymywania w ograniczonej gotowości przez kilka miesięcy.

19 SZPITALI ZA 0,5 MLD ZŁ

We współpracy ze szpitalami patronackimi, którymi były m.in. placówki uniwersyteckie, wojewódzkie i resortowe, utworzono 35 szpitali tymczasowych.

Za ich powstanie odpowiadali przede wszystkim wojewodowie i spółki Skarbu Państwa działające w zupełnie innych branżach niż ochrona zdrowia (m.in. PKN Orlen, KGHM, PKO Bank Polski, Totalizator Sportowy, Węgłokoks). Ponadto dwie stworzyło MON, a ta najbardziej „medialna”, Szpital Narodowy, podlega MSWiA. W dyskusji o szpitalach rezerwowych nie brakuje pochopnych ocen zarówno ze strony osób, które bronią idei ich powstania, nie dopuszczając choćby cienia krytyki, jak i tych, którzy nie pozostawiają na nich suchej nitki. Zapewne sporo nieścisłości nie wynika ze złej woli, lecz z pobieżnej lektury licznych dokumentów, które krążą w internecie (ujawniają je dziennikarze i opozycyjni parlamentarzyści) i niedocierania do danych źródłowych. Prawdą jest, że władze nie garną się do podania czarno na białym łącznych kosztów związanych z powstaniem

i dotychczasowym funkcjonowaniem szpitali tymczasowych. Jeszcze w grudniu okazało się, że na budowę 19 z nich, utworzonych przez wojewodów, przeznaczono 518,1 mln zł.

WROCŁAW VS CIECHOCINEK

Wydatki związane z powstaniem placówek tymczasowych były zróżnicowane i zależały m.in. od stopnia skomplikowania prac adaptacyjnych i liczby łóżek. 75,6 mln zł kosztowało stworzenie szpitala w hali przy centrum konferencyjnym hotelu „Terminal” we Wrocławiu, 55,5 mln zł pochłonęła budowa analogicznej placówki w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach, a niecałe 3 mln zł jego mniejszego odpowiednika w Wojskowym Szpitalu Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnym SPZOZ w Ciechocinku (podane sumy obejmują koszty związane z przywróceniem obiektów do pierwotnej funkcji). Prawdą jest również to, że tajemnicą owiane są koszty budowy placówek przez spółki Skarbu Państwa, a przez długi czas nie można było się dowiedzieć, ile wydano na utworzenie Szpitala Narodowego. Zgodnie z oświadczeniem spółki PL.2012+, zarządzającej PGE Narodowym, adaptacja pomieszczeń kosztowała 18 mln zł, a „zna-

czącą część tej kwoty” przeznaczono na sprzęt medyczny, który „docelowo zostanie przekazany do użytkowania innym jednostkom medycznym”. – Ostateczne decyzje w tym zakresie nie zostały jeszcze podjęte – poinformował rzecznik ministra zdrowia Wojciech Andrusiewicz, którego za-

pytałem o to, co się stanie z wyposażeniem zakupionym dla szpitali tymczasowych po pandemii.

PRAWDA O SZPITALU NARODOWYM

W debacie publicznej wciąż pojawia się kwota 21,5 mln zł jako miesięczny koszt funkcjonowania Szpitala Narodowego, mimo że jak dotąd była ona wielokrotnie niższa. Nie wzięła się jednak z sufitu – na tyle AOTMiT oszacowała ryczałt w przypadku działania 500 łóżek oddziałowych i intensywnej terapii wraz z wydatkami na działanie punktu przyjęć

2,6 mld zł na wypłatę dodatków covidowych przekazał NFZ (stan na 12 marca).

i centrum koordynacji. Dotychczas placówka nie była wykorzystywana w takim stopniu. Nie brakowało dni, gdy w Szpitalu Narodowym przebywało mniej niż 30 pacjentów w ciągu doby. Od inauguracji jego działalności, tj. początku listopada, do 26 lutego łącznie hospitalizowano tam niemal 700 osób, a dwa tygodnie później ta liczba przekroczyła 1 tys. pacjentów. Z podobnym obłożeniem szpitali tymczasowych mieliśmy do czynienia w innych regionach. W Trójmieście powstały dwie takie placówki, w Gdańsku i Sopocie, z czego pierwsza pozostawała w gotowości od początku lutego, a pacjenci z COVID-19 trafili do niej dopiero w marcu, zaś druga przez prawie dwa miesiące funkcjonowania pomogła niespełna 60 chorym. Na stworzenie obu wydano kilkadziesiąt milionów złotych, bo – jak wyjaśniały władze od jesieni – stanowiły bufor na trzecią falę pandemii.

DROGO JAK WE WROCŁAWIU

Najdroższy szpital tymczasowy zlokalizowany we Wrocławiu mógł przyjąć pierwszych pacjentów w grudniu, ale wojewoda wydał decyzję o jego uruchomieniu dopiero w marcu. Początkowo opiekę nad chorymi ma sprawować personel oddelegowany ze szpitala klinicznego. – Jeśli ktoś jeszcze chciałby nawiązać z nami współpracę, prosimy o kontakt, bo nikt niestety nie wie, jaką skalę osiągnie epidemia w najbliższych tygodniach – mówi dr Piotr Pobrotyn, dyrektor USK we Wrocławiu. W rekrutację kadr medycznych do placówek tymczasowych zaangażowane są urzędy wojewódzkie, a wojewodowie proszą o wsparcie m.in. prezesów ORL i dyrektorów szpitali. Do połowy marca za pośrednictwem strony internetowej www.szpitaltymczasowy.waw.pl stworzonej w celu ułatwienia rekrutacji do placówek w Warszawie, Ostrołęce, Radomiu, Siedlcach i Płocku, wpłynęło ok. 800 zgłoszeń do pracy. Niewystarczająca ilość kadr medycznych stanowi największą bolączkę w dobie pandemii i, jak zwraca uwagę dr Andrzej Sośnierz, były prezes NFZ, tworzenie placówek rezerwowych w halach pogłębia to zjawisko, gdyż wiąże się z „wyrywaniem” załogi ze szpitali tradycyjnych. To negatywnie odbija się na pacjentach niecovidowych. – Trzeba było wykorzystać bazę szpitalną i budować pawilony modułowe przy istniejących placówkach – podkreśla.

TU KOLEJKI, TAM HULA WIATR

Nie wszyscy potępiają w czambuł placówki tymczasowe. Wydaje się, że znacznie częściej od idei ich tworzenia krytykuje się okoliczności towarzyszące ich powstawaniu i funkcjonowaniu, choć i tu pojawiają się apele o umiar. – Jeszcze przyjdzie czas na analizę, czy lepszą formą walki z COVID-19 okazały się szpitale jednoimienne, działające w pierwszej fazie pandemii, czy też lepiej sprawdził się I, II i III poziom zabezpieczenia, który wprowadzono później, albo jaką rolę powinny pełnić szpitale tymczasowe i kiedy należało je uruchomić – mówi prof. Maciej Banach, dyrektor ICZMP w Łodzi. Tajemnicą poliszynela pozostaje to, że choć utrzymywanie placówek tymczasowych generowało koszty (sporo stanowiły wynagrodzenia zatrudnionego tam

personelu medycznego), to tkwiącego w nich potencjału nie wykorzystywano, mimo że od wielu miesięcy część oddziałów szpitalnych przemianowano na covidowe ze szkodą dla pacjentów z innymi schorzeniami. Pod wieloma lekniacami w kolejce ustawiały się karetki z zakażonymi osobami, nierzadko w poważnym stanie i nie zawsze z powodu złej koordynacji ruchu pacjentów, a w szpitalach tymczasowych hulał wiatr. Służby wojewodów analizują czas oczekiwania ZRM, które przekazują pacjentów do SOR lub izby przyjęć. „Na bieżąco w trybie pilnym wyjaśniane są sytuacje, w których przekazanie pacjenta było wydłużone. Od 1 do 14 marca odnotowano 6609 interwencji na terenie m.st. Warszawa” – informuje Mazowiecki Urząd Wojewódzki.

DODATKI COVIDOWE DLA WYBRANYCH

W dość powszechnej opinii środowiska lekarskiego rząd przeznaczył pokaźne środki na szpitale tymczasowe (dziennik „Rzeczpospolita” szacuje, że utworzenie wszystkich placówek pochłonęło 0,8-1 mld zł), ale oszczędza na nich samych. Jesienią pojawiły się nadzieje, że dodatek covidowy może przysługiwać wszystkim medykom, którzy w swojej pracy stykają się z wirusem SARS-CoV-2, ale choć takie przepisy uchwalił Sejm, to duża część lekarzy o dodatkowej gratyfikacji może tylko pomarzyć. W miejsce regulacji omyłkowo przyjętej przez większość sejmową uchwalono zupełnie nowe, zawężając grono osób uprawnionych do

dodatku covidowego. NFZ podaje, że w okresie od 1 listopada do 29 stycznia dodatkowe wynagrodzenie otrzymało prawie 109,3 tys. pracowników medycznych z 638 placówek w całej Polsce, w tym blisko 26 tys. lekarzy i lekarzy dentystów. Od wielu tygodni trwają spory o interpretację zasad wypłacania dodatkowego wynagrodzenia wypłacanego w związku ze zwalczaniem

COVID-19. Za pracę w zbliżonych, by nie powiedzieć takich samych okolicznościach, jedni lekarze je dostają, a inni nie. Dla wielu, zmęczonych fizycznie i psychicznie trwającą od roku pandemią i temu, co jej towarzyszy, stanowi to dodatkowy powód do frustracji.

GORĄCY KARTOFEL

Trwa przerzucanie gorącego kartofla: minister zdrowia wydał polecenie prezesowi NFZ, Fundusz wypłaca środki, zapewniając o gotowości do wyjaśniania wszelkich wątpliwości, NIL i OZZL wysyłają do resortu zdrowia pisma z prośbą o interpretację przepisów, wskazując przykłady wzięte ze szpitalnej rzeczywistości i alarmując o odmowach, na które napotyka część lekarzy, a pod adresem dyrektorów szpitali padają oskarżenia, że odmawiają potrząsania sakiewką lub wstrzymują przelewy, chcąc chwilowo załatać dziury w budżecie. W świat idzie informacja o wypłacaniu dodatkowego wynagrodzenia dla personelu medycznego (do 12 marca NFZ przekazał szpitalom na ten cel 2,6 mld zł), ale wielu lekarzy w dalszym ciągu nie wie, czy za narażanie zdrowia i życia w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2 należą im się ponoć obiecane pieniądze. Kością niezgody jest m.in. charakter tego

Część lekarzy wskazuje, że rząd pomija konieczność inwestowania w kluczowy element systemu ochrony zdrowia – w kadry.

kontaktu, bo jeśli dyrektor placówki medycznej uzna go za „incydentalny”, na lekarza czeka figa z makiem. Dochodzi do tego, że przełożeni żądają „raportów” wyliczających co do minuty czas kontaktu z potencjalnie lub faktycznie zakażonym pacjentem. Na biurka niektórych szefów szpitali trafiły przedsądowe wezwania do wypłaty zaległych świadczeń, a część lekarzy jest zdeterminowana do złożenia pozwu do sądu, jeśli ich żądania zostaną odrzucone. Z powodu rosnącej presji jedni dyrektorzy się uginają, inni nie. – Kierownicy placówek czasami zachęcają młodych lekarzy do składania pozwów do sądu – mówi dr Michał Balsa, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL.

19 ZŁ PODWYŻKI

Zamieszanie wokół dodatków covidowych to nie jedyny powód rozgoryczenia w środowisku lekarskim o podłożu finansowym. Kolejny wyplął kilka tygodni temu, gdy w czasie spotkania Zespołu trójstronnego ds. ochrony zdrowia (w jego składzie są przedstawiciele rządu, pracowników i pracodawców) minister Adam Niedzielski przedstawił propozycje minimalnych, gwarantowanych ustawowo płac zasadniczych pracowników medycznych. Kwotowo wygląda to tak, że od lipca lekarze specjaliści mieliby otrzymać miesięczną podwyżkę w wysokości 19 zł (brutto) w stosunku do pensji 6750 zł (brutto) zagwarantowanej w 2018 r. w wyniku zawarcia porozumienia po proteście głodowym rezydentów. – Środowisko przyjęło to jako swego rodzaju policzek – mówi prezes NRL prof. Andrzej Matyja, dodając, że gdyby uwzględnić współczynnik inflacji, który w 2020 r. wyniósł 3,4 proc., taka podwyżka powinna wynieść 230 zł, choć i to daleko odbiega od oczekiwań. NRL, po zapoznaniu się z propozycją dotyczącą wynagrodzeń na 2021 r. i na lata 2022-2024, gorzko stwierdziła, że „lekarze, lekarze dentyści i osoby wykonujące inne zawody medyczne w Polsce są i nadal będą proporcjonalnie najgorzej wynagradzani w stosunku do innych państw Unii Europejskiej”, a resort „tę patologię pogłębia”. Zarząd Krajowy OZZL podkreślił, że to obniżka pensji w relacji do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce z 1,6 do 1,31.

ODŁÓŻ NA PROTEST

Poczucie finansowej niesprawiedliwości narasta, bo – jak wskazuje część lekarzy – rząd przeznacza fundusze na różne cele i nawet chwali się przeznaczaniem nakładów na sektor ochrony zdrowia, ale pomija konieczność inwestowania w jego kluczowy element – kadry. „Być może infrastruktura i wyposażenie oraz kolejne inwestycje w e-zdrowie będą lepiej opiekować się pacjentami niż białą personel” – napisano w niedawnym stanowisku NRL. „Tylko strajk lub grupowa rezygnacja z pracy są sposobem na uzyskanie godziwych wynagrodzeń w publicznej ochronie zdrowia” – wskazał OZZL w liście skierowanym do lekarzy. O konieczności przeprowadzenia protestu publicznie mówią również przedstawiciele Porozumienia Rezydentów. Ruszyła akcja „Odłóż na protest”, której założenie jest proste: namówić jak największą liczbę lekarzy do zaoszczędzenia pieniędzy, aby w razie strajku lub grupowej rezygnacji z pracy mieli za co żyć minimum przez trzy miesiące. „Im więcej, tym lepiej – wtedy trudniej będzie nasze środowisko złamać grą na przeczekanie” – zaapelowano. O tym, że

wśród pracowników ochrony zdrowia kipią emocje, świadczą również reaktywowanie Porozumienia Organizacji Lekarskich. Doszło do tego, pomimo pandemii, w listopadzie. POL tworzy m.in. NIL, OZZL i Porozumienie Rezydentów. Z kolei w drugiej połowie marca rozpoczęła się protest młodych lekarzy pod hasłem „Tydzień zdrowia”. „Mamy dosyć. Lekarze dawali z siebie 300 proc. w poprzednich dwóch falach pandemii i nie mają już siły walczyć samotnie” – wyjaśnili na Facebooku.

PARADOKS AKCJI SZCZEPIEŃ

Choć efekty Narodowego Programu Szczepień wypadają dość blado na tle Izraela, to w porównaniu z wieloma znacznie bogatszymi od nas krajami, dysponującymi lepiej zorganizowanym i dużo bardziej dofinansowanym systemem opieki zdrowotnej, nie mamy powodów do wstydu. Lista potknięć jest długa, ale sytuacja w innych państwach jest również skąpana w chaosie, choć to żadne pocieszenie dla polskich lekarzy, bo mieli znacznie większe oczekiwania. Sporo do życzenia pozostawia tempo szczepienia osób wykonujących zawody medyczne. Pod koniec marca wielu przedstawicieli tej licznej grupy nie przyjęło jeszcze pierwszej dawki, mimo że od dawna o to zabiegają. To kolejny powód rozgoryczenia, pogłębiany przez fakt, że wielu lekarzy jest mocno zaangażowanych w promocję i realizację akcji szczepień. Częste zmiany terminów dostaw i ich puli komplikują pracę wielu punktów szczepień, wprowadzając napiętą atmosferę i skutkując dodatkową pracą, bo presja na niezmarnowanie żadnej dawki jest niezwykle silna.

MINISTERSTWO DEMENTUJE

W ostatnich tygodniach doszło do nieporozumień na tle liczby faktycznie zaszczepionych lekarzy. 1 lutego pełnomocnik rządu ds. szczepień poinformował, że szczepienia ma za sobą 94 proc. z nich, a kilka dni później na prowadzonym przez Centrum Informacyjne Rządu profilu @szczepimysie na Twitterze podano, że zaszczepiono 166 tys. lekarzy i 28 tys. lekarzy dentyków. Gdyby rzeczywiście tak było, stanowiłoby to sukces, biorąc pod uwagę różne trudności w pierwszych tygodniach akcji. Jednak 1,5 tygodnia później minister zdrowia podał znacznie mniejsze liczby (prawie 120 tys. lekarzy i 26,5 tys. stomatologów). Na początku marca resort zdrowia przekazał NIL dane, że zaszczepionych zostało 64,8 tys. (46 proc.) lekarzy wykonujących zawód i prawie 15,4 tys. (40 proc.) lekarzy dentyków wykonujących zawód, ale szef resortu zdrowia szybko je sprostował, ponownie podając liczbę 120 tys., co – jak upewniłem się w resorcie – stanowiło 99 proc. lekarzy zapisanych na szczepienie. „Samorząd lekarski obawia się, że poprzednie zapewnienia o wysokiej wyszczepialności wśród lekarzy mogły być pierwszym krokiem w kierunku odebrania osobom walczącym z pandemią COVID-19 dodatku 100 proc.” – czytamy w komunikacie opublikowanym na stronie internetowej NIL. Poprosiłem resort zdrowia o odniesienie się do tych słów. Odpowiedź nadeszła błyskawicznie: „Trwa trzecia fala pandemii. Ministerstwo Zdrowia nie planuje teraz likwidować dodatków za pracę dla personelu medycznego, który pracuje na pierwszej linii walki z koronawirusem i kontaktuje się z osobami chorymi lub potencjalnie zakażonymi”. Ilu lekarzy słowo „teraz” odczyta dwuznacznie? ■

KOLEJNA WIOSNA Z COVID-19

Jest źle

Wzrost liczby nowych zakażeń i zachorowań pokazał nieobliczalność pandemii. Potwierdzają to wieści płynące ze szpitali i placówek POZ. W drugiej połowie marca rząd rozszerzył zasady bezpieczeństwa, chcąc m.in. ograniczyć mobilność społeczeństwa.



Prof. **Maciej Banach**
dyrektor Instytutu Centrum
Zdrowia Matki Polki w Łodzi,
były podsekretarz stanu
w Ministerstwie Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Pandemia spowodowała, że nagle znaleźliśmy się w warunkach, w których najważniejszym wyzwaniem nie jest leczenie pacjenta, ale to, by po prostu do nas trafił. W maju ubiegłego roku w naszym instytucie w niektórych oddziałach obłożenie łóżek spadło do 40 proc. Od roku każdy lekarz, poza uświadamianiem pacjentom, że powodem zgonu może być nie tylko koronawirus, lecz także jego nieleczona choroba, musiał dostosować się do warunków panujących na pierwszej linii frontu. Żadne okoliczności nie mogą powstrzymać nas od pracy, od diagnozowania i prowadzenia terapii, mimo że na początku pandemii nie wiedzieliśmy do końca, z czym mamy do czynienia. Szybko dostrześliśmy zalety wynikające z wykorzystywania

teleporad, choć doskonale wiem, że nie są one właściwym wyborem dla wszystkich pacjentów, ale mogą mieć duże znaczenie z punktu widzenia ograniczenia bardzo dużej liczby niepotrzebnych wizyt u specjalistów. Nauczyliśmy się wykorzystywać w codziennej pracy e-receptę, e-skierowanie, a moi koledzy rehabilitanci czy radiolodzy na szerszą skalę zaczęli stosować wideokonferencje. Pandemia sprawiła, że wielu lekarzy dostrzegło

Żadne okoliczności nie mogą powstrzymać nas od pracy.

duże możliwości, jakie niesie za sobą digitalizacja. Z punktu widzenia pracy lekarzy i personelu medycznego polska ochrona zdrowia sprawdziła się znakomicie. Przez pierwsze miesiące pandemii widziałem nietypowe zachowania u wielu koleżanek i kolegów, którzy nie wiedzieli, jak odnaleźć się w tej zupełnie nowej rzeczywistości, ale to nic dziwnego, że medycy też obawiają się tego,

co nieznane. Jesteśmy tylko ludźmi. Od roku ciągle uczymy się, co robić, aby w tej nadzwyczajnej sytuacji diagnostyka i terapia przebiegały w sposób prawidłowy. Warunkiem przyjęcia pacjenta na oddział stało się testowanie w kierunku SARS-CoV-2. Na początku pandemii jeszcze nie wiedzieliśmy, że jeśli pacjent jest hospitalizowany dłużej niż 7-10 dni, to test należy powtórzyć. Objawy zakażenia czasami pojawiają się w czasie pobytu w szpitalu, choć w chwili przyjęcia pacjenci są „ujemni”, co wynika z rozwoju choroby wirusowej, jaką jest COVID-19. Zaczęliśmy badać kadrę po powrocie do pracy dłuższym niż 7-10 dni. Zaobserwowaliśmy, że źródłem transmisji wirusa mogą być pokoje socjalne, niedostosowane do zachowania dwumetrowej odległości. Być może nie wszystko, co obserwujemy w czasie pandemii, okazało się właściwe, ale staram się usprawiedliwiać takie sytuacje nadzwyczajnymi okolicznościami, z jakimi mamy do czynienia od ponad roku. Trochę się denerwuję, gdy ktoś twardo mówi, że decyzje w sprawie maseczek czy lockdownu były złe lub podjęto je za późno. ■



Dr hab. **Tomasz Dzieciatkowski**
adiunkt w Katedrze i Zakładzie
Mikrobiologii Lekarskiej WUM,
asystent w Zakładzie Mikrobiologii
UCK WUM

Bardzo nie lubię pytać o to, ile jeszcze potrwa pandemia. Dotyczą one pogranicza futurologii i bycia wróżką, od czego staram się być daleki. Obawiam się jednak, że pandemia nie zakończy się w tym roku, a być może będziemy mieli z nią do czynienia jeszcze w pierwszym półroczu 2022 r. To, jak dużo czasu zajmie walka z COVID-19, zależy w dużej mierze od nas, czy jako społeczeństwo będziemy zachowywać się zdroworozsądkowo i przestrzegać zaleceń sanitarnych, ale również od tego, na co nie mamy wpływu, np. dostaw szczepionek i realizacji harmonogramu szczepień. Każdy, kto ma podstawowe zdolności matematyczne, łatwo sprawdzi, jak wyglądały wzrosty zakażeń w ciągu

ostatniego roku. Kiedy od kwietnia do czerwca 2020 r. na południu i zachodzie Europy doszło do pierwszej fali pandemii, w Polsce – w porównaniu z tamtymi krajami – nie obserwowaliśmy wielkiej liczby zakażeń SARS-CoV-2, bo z powodu lockdownu i odpowiedzialnego zachowania społeczeństwa krzywe zakażeń uległy wypłaszczeniu. Taka sytuacja trwała do sierpnia, a nawet września. Jednak jesienią doszło do dużego wzrostu zakażeń, a ich szczyt u nas przypadł na listopad i grudzień. Na wykresach ten pik w Polsce był dopiero pierwszym, a na zachodzie Europy – drugim. Później nastąpił spadek liczby zachorowań, ale od pewnego czasu obserwujemy kolejne wzrosty. W marcu 2021 r. w części naszego kontynentu doszło do trzeciego szczytu zachorowań, ale w Polsce to tak naprawdę dopiero druga fala. Wprowadzaniu reżimu sanitarnego nie towarzyszy spójny przekaz informacyjny. Z perspektywy czasu sukcesem można określić decyzje rządu i postępowanie społeczeństwa sprzed roku, kiedy rozpoczynała się pandemia. Mieliśmy do czynienia z interwencją bardzo szybką, choć wówczas

wydawała się ona bardzo wyprzedzająca. Okazała się jednak niezwykle skuteczna, choć później zostało to niestety trochę zaprzepaszczone. Restrykcje, bez względu na to, czy są zaostrzane, czy luzowane, powinny być przestrzegane, a z tym jest obecnie pewien kłopot. Każdy może samodzielnie odpowiedzieć na pytanie, czy szpitale tymczasowe są potrzebne, czy też nie. Wystarczy sobie przypomnieć okoliczności powstania placówki na Stadionie Narodowym w Warszawie, jakie było jej obłożenie, ilu pacjentów trafiło do innych szpitali tymczasowych w kolejnych tygodniach, jakie wymagania należało spełnić, żeby pacjent został tam przyjęty. Szpital Narodowy znacznie bardziej niż pacjentom covidowym przydaje się obecnie w trakcie akcji masowych szczepień. Program szczepień przeciw COVID-19 trwa w Ameryce Północnej, w Europie, w Azji czy w Ameryce Południowej, gdzie wiele osób przyjęło szczepionkę chińską albo rosyjską. Niedawno szczepienia rozpoczęły się w Australii i Japonii. Afryka Równikowa, pomijając kraje Maghrebu czy RPA, stanowi czarną dziurę. ■



Waldemar Malinowski
prezes Ogólnopolskiego
Związku Pracodawców Szpitali
Powiatowych, przewodniczący
Konsorcjum Dolnośląskich
Szpitali Powiatowych

Sytuacja w szpitalach powiatowych jest bardzo zmienna. Jeszcze w lutym likwidowaliśmy łóżka covidowe, próbując odblokować placówki dla pacjentów z chorobami innymi niż COVID-19, chcąc powrócić do wykonywania zabiegów planowych.

W marcu, w związku z nagłym wzrostem zakażeń, który chyba wszystkich zaskoczył, szybko powróciliśmy do stanu z jesieni ubiegłego roku. Z jednej strony na walkę z pandemią przeznaczają się sporo środków finansowych.

Z drugiej – NFZ stara się udowodnić, że do szpitali trafia znacznie więcej pieniędzy, co jest nieprawdą. Przez pierwszy rok pandemii sytuacja finansowa placówek powiatowych nie zmieniła się. Wprawdzie otrzymujemy dodatkowe pieniądze na łóżka covidowe, ale koszty funkcjonowania placówek powiększyły się m.in. w związku ze wzrostem wynagrodzeń minimalnych czy cen energii. Z roku na rok o kilkadziesiąt procent podskoczyły wydatki za wywóz odpadów komunalnych i medycznych, bo w czasie epidemii zużywa się więcej środków jednorazowych. Wciąż nie wiadomo, co dalej z odrabianiem ryczałtów. W obliczu wiosennego wzrostu zachorowań na COVID-19 widać, że niewykonanych w 2020 r. świadczeń nie da się nadrobić w pierwszym półroczu 2021 r., a być może również w drugiej połowie roku, tym bardziej, że może dość do czwartej fali pandemii. Gdy wiosną

2020 r. wchodziła w życie pierwsza Tarcza Antykryzysowa, prosiliśmy m.in. o zwolnienie ze składek ZUS, ale od ówczesnego ministra zdrowia usłyszeliśmy, że dostaniemy 1/12 kwoty kontraktu i mamy się o nic nie martwić, bo to „tarcza dla szpitali”. Nie słyszałem jednak, aby któreś przedsiębiorstwo musiało te środki odrabiać lub zwracać, tak jak oczekuje się tego od podmiotów leczniczych. Pandemia uaoacniła potrzebę skoordynowania pracy szpitali w większym stopniu niż dotychczas, ale nie zgadzamy się z opinią ministra zdrowia, który mówi o wielowładztwie i braku współpracy na poziomie lokalnym, forsując pomysł centralnego zarządzania przez jeden organ założycielski. Taka rewolucyjna zmiana nie sprawi, że problemy Bystrzycy Kłodzkiej czy innych miast staną się bardziej widoczne z Warszawy. ■



Joanna Szela
lekarz specjalista medycyny
rodzinnej, wiceprezes
Podlaskiego Związku Lekarzy
Pracodawców „Porozumienie
Zielonogórskie”

Mamy duży deficyt lekarzy. W ostatnich miesiącach, gdy dochodziło do zakażeń i zachorowań wśród personelu, w niektóre dni nawet w dużej przychodni przyjmował tylko jeden lekarz. Zdarzało się, że w okresie, gdy poza pacjentami zgłaszającymi się z różnymi dolegliwościami opiekowaliśmy się już zakażonymi koronawirusem, lekarzy rodzinnych delegowano do pracy do szpitali covidowych. Wiele zależało od nastawienia wojewody. Były takie województwa, jak np. mazowieckie czy warmińsko-mazurskie, gdzie większość lekarzy i pielęgniarek z niektórych placówek POZ dostała nakaz pracy i prawie nie było w nich personelu. Ręce mi opadają, gdy słyszę uogólnienia, że w czasie pandemii placówki POZ są zamknięte. Bywa, że kiedy

osobiście badam pacjenta, ten w trakcie wizyty pyta: „Kiedy się otworzycie?”. Odpowiadam, że gdyby przychodnia była zamknięta, to przecież nie rozmawialibyśmy w gabinecie. Nie wiem, jak udowodnić,

Teleporada to tylko narzędzie, powinna być właściwie wykorzystana.

że nie jesteśmy wielbłądami. Cały czas przyjmujemy pacjentów z chorobami przewlekłymi i stanami nagłymi, na bieżąco bilansujemy i szczepimy dzieci, szczepimy seniorów... Nawet na początku pandemii przyjmowałam pacjentów po wcześniejszym ich umówieniu, gdy uznałam, że to konieczne. Mogłam to robić, bo udało mi się zaopatrzyć w środki ochrony osobistej tuż przed tym, gdy z rynku całkowicie zniknęły fartuchy i maseczki. Znam przypadki, gdy pacjenci wracali z SOR z adnotacją w karcie

o wysłaniu do szpitala dziecka bez badania lekarskiego, mimo że do niego doszło, co potwierdzali sami rodzice. Ale takie historie zaczęły krążyć wśród społeczeństwa i medyków, budując nieprawdziwą opinię o ogóle lekarzy rodzinnych. Zapewne były miejsca, do których nie sposób było się dostać, ale w skali kraju to zdecydowana mniejszość. To zresztą patologia, która powinna być tępiona. Niestety, między innymi przez pryzmat takich doświadczeń ocenia się całą grupę lekarzy POZ. Nie wiem, dlaczego o teleporadach mówi się tylko w kontekście placówek POZ. Moi pacjenci odbywają je również w poradniach kardiologicznych, diabetologicznych, ginekologicznych, chirurgicznych czy endokrynologicznych. Tam również z powodzeniem się sprawdzają. Teleporada to tylko narzędzie, powinna być właściwie wykorzystana. Nigdy nie może być jedyną formą kontaktu z pacjentem i to staramy się podkreślać. Trzeba też pamiętać, że konsultacja telefoniczna funkcjonuje od dawna w wielu krajach i, jako dodatkowe narzędzie w opiece nad pacjentem, zostanie z nami na lata. ■



Michał Bulsa
członek Prezydium Naczelnej
Rady Lekarskiej, przewodniczący
Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL

Obawiam się, że wielu młodych lekarzy dosięgnie „syndrom pocovidowy” i po pandemii duża ich część opuści nasz kraj, co pogłębi niedobór kadrowy. Z punktu widzenia wielu młodych lekarzy sytuacja wygląda tak: z wielkimi ideałami rozpoczynamy studia, ale po ich skończeniu zaczynamy pracę w nieorganizowanym systemie, w którym trudno się odnaleźć, a na dodatek wszystko zmienia

się jak w kalejdoskopie. Jeszcze zanim wybuchła pandemia, panowało przeświadczenie, że nie jesteśmy traktowani jak wysoko wykwalifikowane osoby, lecz „zapchajdziury”, którym proponuje się wynagrodzenie nieadekwatne do odpowiedzialności oraz posiadanej wiedzy i umiejętności. Trwająca od roku sytuacja tylko utwierdza nas w tym przekonaniu. Mimo że wszyscy lekarze w trakcie specjalizacji mają takie same warunki zatrudnienia w ramach umowy o pracę, panuje całkowita dowolność w przyznawaniu dodatków covidowych. Jeden podmiot uznaje, że rezydenci na niego zasługują, a drugi odmawia im wypłaty, choć w obu są takie same warunki pracy i trafiają do nich zakażenia pacjenci. Obecnie nie ma medyka, który nie spotyka

się z wirusem SARS-CoV-2, a od wielu tygodni toczy się spór o interpretację słowa „incydentalnie” odnośnie częstotliwości kontaktu z osobami z podejrzeniem zakażenia lub chorymi na COVID-19. Dla niektórych oznacza to przeprowadzenie jednej konsultacji w ciągu dnia, a dla innych jednej w tygodniu lub jednej w miesiącu, choć wystarczyłoby stworzyć przepisy wyraźnie wskazujące, komu przysługuje dodatek covidowy. System jest przeciążony, a my zastanawiamy się, czy medykowi z pierwszej linii frontu należą się dodatkowe pieniądze za narażanie zdrowia i życia. Nie rozumiem tego podejścia. Bardzo wymowne jest podejście kierowników wielu placówek, którzy czasami zachęcają młodych lekarzy do składania pozwów do sądu. ■

Opiekę nad pacjentem w śpiączce farmakologicznej organizuje się inaczej. Personel musi myśleć o wszystkich potrzebach chorego. Podobnie jest w przypadku osób przytomnych, ale w złym stanie ogólnym.



Po roku walki z pandemią pojawia się ogromne zmęczenie, jednak poczucie obowiązku i chęć pomocy chorym pozwala wierzyć w sukces w walce z wirusem.

W CZASACH ZARAŻY

Najgorsza jest samotność

Izolacja i związany z nią brak kontaktu z bliskimi to jeden z najbardziej okrutnych aspektów epidemii COVID-19. Samotność odczuwają zarówno pacjenci, jak i personel medyczny codziennie przekraczający linię strefy czerwonej.

Małgorzata Smieszek fotoreporter



Pacjentów, którzy spędzili kilka tygodni pod respiratorem, zawsze czeka kilkutygodniowy powrót do zdrowia. W dobie dystansu społecznego i izolacji od bliskich pacjenci są skazani na samotność.

U hospitalizowanych pacjentów obawa o własne życie i ryzyka spowodowana zakazem odwiedzin często nasilają objawy choroby.

Wzrastająca liczba zgonów, walka o każdy oddech chorych oraz zwyczajne ludzkie zmęczenie przedłużającym się okresem pandemii potęgują w lekarzach i pielęgniarkach strach i poczucie bezradności. Pod kombinezonem, za ochronnymi goglami, nie widać też ani potu, ale one tam są...

Postanowiłam udokumentować czas epidemii i związane z nią emocje. Zdjęcia są częścią autorskiego projektu o roboczej nazwie „Pandemia Time”, którego efektem będzie wydanie albumu fotograficznego.

Zdjęcia zostały wykonane w okresie od grudnia 2020 do marca 2021 w czerwonej strefie oddziału covidowego oraz OIOM-u Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie. ■



Założenie linii tętniczej przez anestezjologa odbywa się w ubraniu barierowym, goglach, przyłbicy oraz czterech parach rękawiczek. Wykonanie zabiegu czasami graniczy z cudem, jednak jest niezbędne, bo pozwala pacjentowi uniknąć dodatkowego bólu podczas każdorazowego badania krwi.

Lekarze doświadczają bezsilności. Pomimo prawidłowego przebiegu leczenia i opieki nie zawsze udaje się pacjenta uratować. Zarówno starzy i schorowani ludzie zdrowieją, jak i młodzi bez obciążeń umierają.



**Wejście do czerwonej strefy trwa około trzech godzin.
Po tym czasie jedna ekipa kończy, druga
zaczyna i w takim cyklu pracują przez całą dobę.
Bardzo ważne jest, aby każdą wolną chwilę
przeznaczyć na odpoczynek.**



Praca w kombinezonach barierowych sprawia, że podczas wysiłku jest naprawdę niekomfortowo.



Kiedy personel zjawia się przy pacjencie, chory ich nie rozpoznaje. Przez zabezpieczenia trudno rozmawiać, nie widać ust, gogle i przyłbica całkiem zastaniają twarz. Dlatego wszyscy, którzy wchodzi do strefy czerwonej, piszą na ubraniu swoje imiona i funkcje.



Wejście do czerwonej strefy nie jest sprawą prostą. Każdy musi założyć jednorazowy specjalny kombinezon, dwie pary masek oraz gogle i przyłbicę, a na ręce – trzy pary gumowych rękawiczek.



W dobie pandemii wygląd lekarza może budzić u pacjentów strach i niepewność. Dlatego tak ważne jest zatrzymanie się przy pacjencie i zapewnienie go, że nie jest sam. To namiastka kontaktu z drugim człowiekiem.



Beata Wierzchowska radca prawny NIL

Urlop zaległy w czasie epidemii

W okresie obowiązywania stanu epidemii w związku z COVID-19 pracodawca otrzymał prawny instrument do narzucenia prawnikowi terminu wykorzystania zaległego urlopu. Taką możliwość daje mu art. 15gc ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1842 ze zm.), zwanej specustawą koronawirusową.

W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub epidemii, wprowadzonych w związku z COVID-19, pracodawca może jednostronnie, bez zgody pracownika i z pominięciem planu urlopów, udzielić zaległego urlopu w wymiarze do 30 dni. Termin wykorzystania urlopu w takim przypadku wyznacza pracodawca. Ustawa nie określa formy przekazania pracownikowi informacji o wyznaczonym terminie urlopu, jednakże dla celów dokumentacyjnych i dowodowych zasadne jest poinformowanie pracownika na piśmie o jego udzieleniu. ■

Badania kontrolne po kwarantannie lub izolacji

W przypadku niezdolności do pracy z powodu choroby trwającej dłużej niż 30 dni pracownik podlega kontrolnym badaniom lekarskim. Dotyczy to również niezdolności do pracy wynikającej z COVID-19. Jak się jednak okazuje – nie wszystkie okresy nieobecności pracownika związane z tą chorobą wymagają przeprowadzenia lekarskich badań kontrolnych.

Taki przypadek zachodzi u pracownika świadczącego pracę zdalnie, który w czasie tej pracy został objęty kwarantanną lub izolacją w warunkach domowych z uwagi na COVID-19. Trzeba bowiem pamiętać, że kwarantanna jest odosobnieniem osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, natomiast izolacja w warunkach domowych dotyczy osoby, u której stwierdzono COVID-19, ale która – ze względu na brak objawów lub słabe objawy choroby – nie wymaga leczenia szpitalnego. Rozróżnienie to ma zasadnicze znaczenie dla ustalenia, który z tych okresów

i w jakim zakresie uzasadnia skierowanie pracownika na badania kontrolne po zakończeniu kwarantanny lub izolacji.

Pracownik świadczący pracę zdalnie w czasie kwarantanny lub izolacji w warunkach domowych ma prawo do wynagrodzenia za pracę, a nie świadczenia chorobowego. Z tych względów pracownik objęty kwarantanną, który pracuje zdalnie, nie musi wykonywać – jako osoba zdrowa – badań kontrolnych, bez względu na długość kwarantanny. To samo dotyczy pracy zdalnej w czasie izolacji, ale tylko do momentu utraty przez pracownika zdolności do tej pracy z powodu wystąpienia lub nasilenia objawów choroby. Wówczas, jeżeli chorobowa niezdolność do pracy będzie trwała dłużej niż 30 dni, konieczne będą badania kontrolne. W przypadku kwarantanny badania te nie będą potrzebne nawet wtedy, gdy pracownik w czasie kwarantanny nie świadczył pracy zdalnej. ■

Dodatkowy dzień wolny dla dawców krwi i osocza



Od 26 stycznia br. weszła w życie nowelizacja ustawy o publicznej służbie krwi*, w wyniku której dodany został art. 9a, zwiększający ilość dni zwolnienia dla dawców. Zgodnie z tym przepisem, w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii każdemu honorowemu dawcy krwi, który oddał krew lub jej składniki, w tym osocze po chorobie COVID-19 (ale nie tylko), przysługują m.in. dwa dni zwolnienia od pracy, tj. w dniu oddania krwi oraz w dniu następnym. Dotychczas honorowemu dawcy krwi przysługiwał jeden dzień zwolnienia – w dniu oddania krwi (art. 9 ustawy o publicznej służbie krwi).

*Za pomocą ustawy z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 159).

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Odmowa hospitalizacji

Pacjent, z wywiadem przebytego ciężkiego zapalenia płuc, zakrzepicą żył głębokich kończyny dolnej, przyjmujący przewlekle Acenocumarol, zgłosił się do lekarza rodzinnego z powodu osłabienia i duszności. Ten ocenił stan pacjenta jako ciężki, z rozpoznaniem podejrzenia zatorowości płucnej, i skierował go do szpitala na oddział wewnętrzny.

Paulina Tomaszewska prawnik NIL

Lekarz dyżurny izby przyjęć szpitala powiatowego (obwiniony) – po wykonaniu pacjentowi badania rtg. klatki piersiowej – nie przyjął go na oddział i polecił mu zgłosić się ponownie w celu dokładniejszej diagnostyki za dwa dni, tj. w poniedziałek. W tej sytuacji pacjent wrócił do lekarza rodzinnego, który stwierdził u niego dalszy spadek ciśnienia tętniczego krwi, pogorszenie stanu zdrowia i ponownie skierował go do szpitala.

Na miejscu lekarz izby przyjęć jednak znowu odmówił przyjęcia chorego. W tym samym dniu wezwany ZRM przewiózł pacjenta do szpitala w stanie ciężkim, wymagającym natychmiastowej hospitalizacji. Obwiniony, przy trzeciej wizycie, przyjął go do szpitala, nie podejmując jednak decyzji o przeprowadzeniu

dokładniejszych badań diagnostycznych i odraczając dalsze postępowanie „na po niedzieli.” Chory otrzymał minimum pomocy – płynny antybiotyk, małą dawkę heparyny, vitacon (w związku z rozpoznaniem przedawkowaniem Acenocumarolu). Cztery dni później pacjent zmarł. Sekcyjnie rozpoznano śródmiąższowe zapalenie płuc.

W ocenie sądów lekarskich obwiniony nie zachował należytej staranności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności zaniechał wykonania w warunkach szpitalnych niezbędnych badań diagnostycznych celem ustalenia rozpoznania i oceny stanu chorego wymagającego hospitalizacji. Jak zauważono w uzasadnieniu orzeczenia, wzorzec należytej staranności lekarskiej ma charakter obiektywny oraz abstrakcyjny.

Wzorzec należytej staranności lekarskiej ma charakter obiektywny oraz abstrakcyjny.

W praktyce, w każdym konkretnym przypadku należy określić wymagany model postępowania lekarza (uwzględniający warunki i okoliczności danej sytuacji), a następnie porównać go z zachowaniem lekarza w sprawie. Postępowanie obwinionego w tym przypadku zakwalifikowane zostało jako naruszenie art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Sąd II instancji, po rozpoznaniu odwołania obwinionego, utrzymał w mocy orzeczoną przez sąd I instancji karę nagany. ■

KOMENTARZ



Grzegorz Wrona
Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Głównym celem działania organów odpowiedzialności zawodowej jest sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu zaufania publicznego – zawodu lekarza.

To zadanie rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie realizują głównie poprzez rozpoznawanie skarg na błędne, nieprawidłowe czy też niestaranne wykonywanie przez lekarza

świadczeń zdrowotnych. W opisywanym przypadku wina lekarza, dwukrotnie odmawiającego przyjęcia ciężko chorego pacjenta do szpitala, wcześniej badanego przez lekarza rodzinnego, który stwierdzał konieczność pilnej diagnostyki i leczenia szpitalnego, nie budziła wątpliwości. Zapoznając się z przebiegiem tego zdarzenia, być może można by dopuścić właściwość odroczenia leczenia szpitalnego po wykonaniu i ocenie wyniku badania rtg. płuc, ale niewątpliwie niedopuszczalnym było uparte trwanie lekarza odmawiającego hospitalizacji w błędzie przy ponownym skierowaniu. Nie jest to pierwsza, w przebiegu spraw, którymi zajmuje się NROZ, sytuacja, kiedy lekarz nie potrafi przyznać się do niewłaściwej decyzji i brnie w niebezpieczeństwo dla chorego i dla siebie, zamiast niwelować skutki wcześniejszej pomyłki.

Wracając do sprawowania pieczy – trwa dyskusja nad edukacyjnym (dla lekarzy) walorem wydawanych przez sądy lekarskie prawomocnych orzeczeń. Te orzeczenia są co do zasady jawne. Wzorzec prawidłowego postępowania lekarza dla orzekanej sprawy jest zazwyczaj opisany w uzasadnieniu do orzeczenia. Jestem coraz większym zwolennikiem publikacji anonimizowanych orzeczeń dostępnych dla zainteresowanych lekarzy. Publikacja orzeczeń w biuletynie izby lekarskiej, będąca wynikiem orzeczenia sądu lekarskiego, następuje wyjątkowo rzadko – zapewne z powodu świadomości, iż nasze biuletyny są powszechnie dostępne, więc taka publikacja jest zarządzana jako dodatkowa kara. Oczywiście anonimizacja (wszystkich? niektórych?) orzeczeń to dodatkowe obciążenie dla sędziów i kancelarii sądów. Ale może warto? Zachęcam do dyskusji. ■

ROSZCZENIA PACJENTA

Wezwanie do zapłaty

Otrzymanie wezwania do zapłaty to nieprzyjemna chwila.
Lekarz odbiera kopertę o niewielkich rozmiarach, w której kryje się
pismo zgłaszające roszczenia wobec niego.

Dr n. praw. **Radosław Tymiński** radca prawny

Dość często pismo to jest bardzo krótkie i sprowadza się do tego, że określona kancelaria wskazuje, iż pewien pacjent tego lekarza jest jej klientem i żąda od lekarza zadośćuczynienia w określonej kwocie. Z reguły wskazane jest w tym piśmie konto bankowe, na które trzeba wpłacić żadaną sumę w krótkim terminie, bo w razie braku wpłaty zostaną podjęte „dalsze kroki prawne”. Te dalsze kroki prawne to oczywiście pozew. W terminologii prawniczej pismo to nosi nazwę wezwania do zapłaty (lub ostatecznego przedsądowego wezwania do zapłaty).

SPRAWA SĄDOWA NA HORYZONCIE

Dlaczego wezwanie do zapłaty jest takie ważne? Z trzech powodów. Po pierwsze, jednoznacznie wskazuje, że określona osoba ustanowiła sobie pełnomocnika do dochodzenia roszczeń od lekarza. Po drugie, warunkiem formalnym wniesienia pozwu jest wskazanie, że strony sporu podjęły próbę mediacji lub pozasądowego sposobu rozwiązania sporu (art. 187 § 1 pkt 3 k.p.c.) – zatem takie pismo wykazuje, że podjęto próbę pozasądowego załatwienia sprawy. Po trzecie, wielu prawników uznaje, że w sprawach o błędy medyczne odsetki od kwoty odszkodowania i zadośćuczynienia należą się od dnia upływu terminu na spełnienie świadczenia wskazanego w wezwaniu do zapłaty.

Mając zatem w ręku wezwanie do zapłaty, możemy mieć bardzo mocne przekonanie (graniczące z pewnością), że do sprawy sądowej dojdzie. W takim przypadku należy podjąć pewne kroki,

które umożliwią lekarzowi przygotowanie się do procesu. Warto to zrobić, ponieważ po otrzymaniu pozwu mamy najczęściej jedynie 14 dni! na sporządzenie odpowiedzi na pozew. A przygotowanie dobrej, uargumentowanej i rzetelnej odpowiedzi na pozew jest niezwykle

Mając w ręku wezwanie do zapłaty, możemy mieć bardzo mocne przekonanie (graniczące z pewnością), że do sprawy sądowej dojdzie.

ważne, ponieważ jej brak oznacza zasadniczo uznanie roszczeń pacjenta, a pominięcie pewnych wątków może oznaczać brak możliwości ich później szego powołania.

ZASADA 5 KROKÓW

Jak zatem przygotować się do odbioru pozwu? Doradzę lekarzom podjąć pięciu kroków.

Krok 1: zgromadź całą dostępną dokumentację medyczną.

Dokumentacja ta może znajdować się w wielu miejscach (przychodnia, szpital etc.), więc jej skompletowanie zapewne zajmie trochę czasu.

Krok 2: przeanalizuj zgromadzoną dokumentację medyczną.

Bardzo często taka analiza umożliwia identyfikację roszczenia czy źródeł niezadowolenia pacjenta lub jego rodziny. Pomaga też w ocenie, czy wszystko zostało właściwie odnotowane.

Krok 3: zgromadź literaturę medyczną dotyczącą przypadku pacjenta i wytyczne towarzystw naukowych.

Umożliwi to obczytanie tematu, usystematyzowanie wiedzy oraz przygotowanie się do zeznań i wytłumaczenia sądowi toku postępowania lekarza.

Krok 4: znajdź radcę prawnego lub adwokata specjalizującego się w prawie medycznym i mającego doświadczenie w prowadzeniu obrony lekarzy i podmiotów leczniczych.

Warto pamiętać, że sprawę przed sądem może prowadzić jedynie radca prawny lub adwokat, warto więc znaleźć takiego prawnika, który ma doświadczenie w prawie medycznym i prowadzeniu obrony lekarza lub podmiotu leczniczego.

Krok 5: umów się na konsultację z radcą prawnym lub adwokatem, zanim odbierzesz pozew.

Konsultacja jest bardzo ważna, ponieważ sprawy różnią się między sobą. Wielokrotnie może okazać się, że warto wcześniej zgromadzić pewne dokumenty lub podjąć określone czynności. Doświadczony radca prawny lub adwokat od razu powie, czego jeszcze potrzeba do prowadzenia obrony. A sam wiem, że mogą to być całkiem różne rzeczy, na przykład zdjęcia z portalu Facebook, które pacjent wrzucał do pewnego momentu na swój profil.

Podjmując te wszystkie kroki, minimalizujemy ryzyko przegranej w sprawie sądowej. O wygranej bowiem bardzo często decyduje dobre przygotowanie przedprocesowe. ■

¹ Decyzję o czasie na sporządzenie odpowiedzi na pozew podejmuje sąd, który musi udzielić minimum 14-dniowego terminu. W praktyce najczęściej daje właśnie 14 dni.

RODO W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Pierwsza kara dla podmiotu leczniczego

Kilka tygodni temu prezes UODO wydał decyzję nakładającą na podmiot leczniczy karę pieniężną w wysokości ponad 85 tys. zł. Wiadomość ta odbiła się szerokim echem, szczególnie w środowisku medycznym. Czy kary można było uniknąć?

Beata Wierzchowska radca prawny NIL

Przekaz informacji był zwykle taki, że oto mamy w końcu efekt słynnego RODO, że podmioty lecznicze zamiast przeznaczyć środki na polepszenie standardów leczenia muszą płacić wysokie kary, że jako słabsza strona w zderzeniu z organem nie mają szans na obronę itd. Nie każdy jednak wie, za co dokładnie nałożono karę. A może zwyczajnie można jej było uniknąć?

za wysokie, ale nie skłoniło go to do skierowania – zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO – zawiadomienia do osób, których dane dotyczą, o naruszeniu ochrony ich danych osobowych.

Prezes UODO, stosując rutynową procedurę, wezwał zatem podmiot leczniczy do niezwłocznego dokonania zawiadomienia osób, których dane dotyczą, o naruszeniu ochrony ich danych osobowych oraz prze-

osób, których dane dotyczą, o naruszeniu ochrony ich danych osobowych. Zakończyło się ono wydaniem stosownej decyzji nakazującej owo zawiadomienie – w terminie trzech dni od dnia, w którym decyzja stanie się ostateczna.

Co na to PWDL? I tu schemat działania się powtarza. Miał on prawo zażądać decyzję do sądu administracyjnego, ale tego nie uczynił. Decyzja się uprawomocniła, zatem należało ją

KOSZTOWNY BRAK REAKCJI

Decyzja prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w tej sprawie może dać do myślenia innym administratorom. Sprawa zapoczątkowana została przez samego przedsiębiorcę (administratora danych), który zgłosił naruszenie ochrony danych osobowych do UODO. Podmiot leczniczy wskazał, iż naruszenie polegało na nieuprawnionym skopiowaniu danych osobowych stu pacjentów z systemu informatycznego przychodni przez byłego pracownika celem wykorzystania ich do marketingu własnych usług. Jednocześnie podmiot leczniczy wskazał, że naruszenie dotyczyło takich kategorii danych osobowych pacjentów, jak: numeru PESEL, imion i nazwisk, imion rodziców, daty urodzenia, adresu zamieszkania lub pobytu oraz numeru telefonu. PWDL dokonał oceny ryzyka naruszenia praw i wolności osób fizycznych i uznał je

Brak jakichkolwiek działań ze strony podmiotu leczniczego (administratora danych) spowodował wszczęcie formalnego postępowania administracyjnego w sprawie niezawiadomienia osób, których dane dotyczą, o naruszeniu ochrony ich danych osobowych.

kazania tym osobom zaleceń odnośnie zminimalizowania potencjalnych negatywnych skutków zaistniałego naruszenia. Postępowanie mogło zakończyć się bezboleśnie, wystarczyłoby bowiem, aby PWDL wykonał działania wskazane przez organ w wezwaniu. Ten jednak milczał.

Brak jakichkolwiek działań ze strony podmiotu leczniczego (administratora danych) spowodował wszczęcie formalnego postępowania administracyjnego w sprawie niezawiadomienia

wykonać. Tymczasem podmiot leczniczy... znowu zamilkł.

Do akcji wkroczył ponownie organ nadzorczy, aby sprawdzić, czy nałożone na przedsiębiorcę na mocy decyzji administracyjnej obowiązki zostały wykonane. Postępowanie sprawdzające doprowadziło jednak do ustalenia, że podmiot leczniczy zaniechał zawiadomienia osób, których prawa zostały naruszone w sposób wymagany przez prezesa UODO. PWDL nie był w stanie przekazać organowi

nadzorcemu kopii dziesięciu przykładowych zawiadomień wraz z potwierdzeniem ich nadania. Pełnomocnik podmiotu leczniczego, dokonując nieudanej próby obrony zaistniałego stanu faktycznego, napisał do UODO: „Niestety, mimo naszych chęci, nie byliśmy w stanie takiej listy stworzyć, gdyż nie wiemy, których pacjentów dane zebrał lekarz, o którym mowa w zawiadomieniu złożonym przez K. Obecnie w naszych placówkach leczy się ponad [...] osób i powiadomienie wszystkich o możliwości naruszenia ich danych osobowych jest awykonalne”.

W efekcie doszło do nałożenia na podmiot leczniczy dość dotkliwej kary finansowej. Czy jednak po pobieżnym zaznajomieniu się ze stanem faktycznym sprawy uważamy nadal, że podmiot leczniczy jest tu pokrzywdzony przez organ?

POTRZEBNA POPRAWA ŚWIADOMOŚCI

Opisana powyżej sprawa pokazuje, że konieczna jest zasadnicza zmiana tzw. kultury przetwarzania danych osobowych. Warto zwrócić uwagę, że administratorzy powinni w każdym przypadku odpowiednio reagować na wezwania organu nadzorczego, nawet jeżeli nie do końca wiedzą, jak się zachować i co odpisać. Jak pokazuje bowiem praktyka, prezes UODO w postępowaniach skargowych – w razie stwierdzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych – w pierwszej kolejności korzysta zwykle z innych swoich uprawnień, np. upomnienia.

Decyzje o nałożeniu kary pieniężnej stosowane są zwykle w wyjątkowo ciężkich i kompleksowych naruszeniach przez administratora przepisów o ochronie danych osobowych. Warto też w tym miejscu przypomnieć, że tam, gdzie przetwarzane są dane osobowe, ich naruszenie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym. Jest to zatem normalne zjawisko, które administratorzy są – zgodnie z RODO – obowiązani odpowiednio eliminować i zapobiegać mu. Najlepsze polityki i narzędzia są jednak bezużyteczne, jeśli zabraknie odpowiedniej wiedzy i świadomości w obszarze, w którym powinny być one stosowane.

Decyzje o nałożeniu kary pieniężnej stosowane są zwykle w wyjątkowo ciężkich i kompleksowych naruszeniach przez administratora przepisów o ochronie danych osobowych.

KODEKSY BRANŻOWE CORAZ BLIŻEJ

Niebagatelną rolę w kwestii zmiany tzw. kultury przetwarzania danych osobowych upatruje się w jak najszybszym zatwierdzeniu kodeksów postępowania w sektorze ochrony zdrowia, a następnie ich wdrożeniu i przestrzeganiu przez podmioty medyczne. W ostatnim czasie prezes UODO wydał pozytywne opinie w sprawie dwóch projektów takich kodeksów.

„Istnieje potrzeba społeczna, którą Kodeksy zaspokajają. Jest nią ochrona, na wysokim poziomie, danych osobowych pacjentów i innych osób w placówkach służby zdrowia. Mimo że ochrona danych osobowych jest regulowana w Polsce od ponad 20 lat, to z chwilą rozpoczęcia stosowania RODO zmienił powszechne podejście do ochrony danych nie tylko ze strony administratorów, ale w znacznej mierze ze strony osób, których dane dotyczą – stały się one bardziej świadome przysługujących im praw. Z pewnością postanowienia Kodeksów pomogą nie tylko podmiotom medycznym wypełniać wymogi RODO, ale też upowszechnią wiedzę o ochronie danych wśród pacjentów” – pisze prezes UODO w opinii z 15 lutego 2021 r. wydanej w toku postępowania o zatwierdzenie kodeksu branżowego, złożonego do prezesa UODO jesienią 2018 r. przez Polską Federację Szpitali, w którym samorząd lekarski pełnił rolę podmiotu wspierającego.

Przypomnieć bowiem należy, że Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej 22 czerwca 2018 r. podjęło uchwałę w sprawie przystąpienia Naczelnej Izby Lekarskiej w charakterze podmiotu wspierającego do prac nad powstaniem i aktualizowaniem Kodeksu branżowego dla sektora ochrony zdrowia. Treść tego kodeksu była konsultowana przez samorząd lekarski, a uwagi do kolejnych wersji projektu przekazane zostały w stanowiskach (m.in. w Stanowisku Nr 9/18/VIII PNRL z dnia 22 czerwca 2018 r. oraz Stanowisku Nr 31/18/VIII PNRL z dnia 14 września 2018 r.).

Projekt kodeksu znalazł się w grupie dwóch pierwszych kodeksów pozytywnie zaopiniowanych przez PUODO¹. Opinia w sprawie kodeksu branżowego zawiera co prawda zastrzeżenia dotyczące monitorowania podmiotów publicznych, razem nie ma to wpływu na jej walor prawny. Pozytywna opinia prezesa UODO nie oznacza jednakże końca prac, bowiem do ostatecznego zatwierdzenia projektu kodeksu potrzebne jest jeszcze uzyskanie akredytacji przez podmiot monitorujący.

Jak przypomina UODO, „podmioty medyczne, chcące zapewnić pacjentom wysoki poziom ochrony ich danych, osiągnięty m.in. w projekcie kodeksu przygotowanym przez Polską Federację Szpitali, mogą rozpocząć dostosowywanie do ich postanowień. Po ewentualnej akredytacji do konkretnego kodeksu podmiot monitorujący będzie mógł rozpocząć procedurę oceny wstępnej kandydatów na członków tego kodeksu. Do tego czasu powoływanie się na postanowienia opiniowanych kodeksów w relacjach z osobami, których dane dotyczą, uczestnikami procesów przetwarzania i organem ds. ochrony danych jest bezskuteczne. Dopiero zatwierdzenie kodeksu i umieszczenie go w publicznym rejestrze prowadzonym przez Prezesa Urzędu na stronie UODO da taką możliwość”. ■

¹ Drugi z zatwierdzonych projektów to „Kodeks postępowania dotyczący ochrony danych osobowych przetwarzanych w małych placówkach medycznych” opracowany przez Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” we współpracy z jedną z eksperckich firm.

Znaczny, odpowiedni, dostateczny

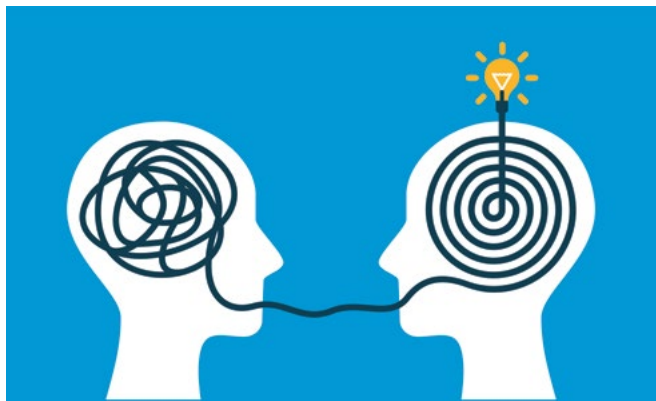
Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

30 września 2020 r. Sąd Najwyższy wydał wyrok w sprawie o błąd medyczny (sygn. akt IV CSK 64/19).

W sprawie tej pojawiło się kilka wątków wartych omówienia, bo bezpośrednio rzutują na odpowiedzialność lekarzy i podmiotów leczniczych za ich działania bądź zaniechania przy udzielaniu pomocy medycznej pacjentom.

Jedną z przesłanek odpowiedzialności cywilnej jest wystąpienie związku przyczynowego pomiędzy określonym zdarzeniem a powstałą szkodą. W orzecznictwie sądowym od dawna przyjmuje się, że w przypadku życia i zdrowia ludzkiego pewne wykazanie istnienia związku przyczynowego może być niewykonalne. Dlatego uznaje się, że wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego jest wystarczające do przyjęcia, że strona dochodząca roszczeń podołała obowiązkowi jego wykazania i nie można wymagać ścisłego jego udowodnienia (np. w sprawach o zakażenia wewnątrzszpitalne nie wymaga się ścisłego wykazania momentu i drogi przedostania się infekcji do organizmu). W swoich wyrokach w takich sprawach Sąd Najwyższy posługuje się też określeniem „odpowiedniego prawdopodobieństwa” stwierdzając, że istnieją kategorie spraw, w których standard dowodzenia wymagający pełnego przekonania nie ma zastosowania. W omawianym orzeczeniu z 30 września 2020 r. Sąd Najwyższy uznał, że jeśli chodzi o zdrowie ludzkie, stwierdzenie związku przyczynowego z reguły nie może być absolutnie pewne i w aktualnym stanie wiedzy medycznej nie można uzyskać stanowczej odpowiedzi na każde pytanie. Dlatego wystarczy ustalenie istnienia związku przyczynowego z dostateczną dozą prawdopodobieństwa.

Ale to nie jedyna cenna wskazówka, jaką można odnaleźć w tym wyroku. Jeśli zabieg medyczny niesie za sobą znaczne prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań, które mogą prowadzić



do ciężkiego uszkodzenia ciała lub utraty zdrowia, to obowiązkiem dokonującego takiego zabiegu jest poddanie pacjenta bardzo dokładnej obserwacji specjalistycznej po jego wykonaniu. Polegać ona powinna również na przekazaniu pacjentowi wszelkich informacji niezbędnych do monitorowania stanu zdrowia pod kątem występujących zwykłych powikłań. Szczególnie istotne jest to w przypadkach, gdy dają one początkowo minimalne objawy prowadzące później do poważnych skutków. Występowanie typowych powikłań powinno

prowadzić do opracowania i wdrożenia odpowiednich procedur obserwacyjnych, z usystematyzowanymi pod tym kątem (a nie okazjonalnymi) konsultacjami specjalistycznymi. Do tego wymagana jest ścisła współpraca pomiędzy lekarzami wykonującymi zabieg i lekarzami konsultującymi. Ci z kolei powinni być dobrani tak, by posiadali odpowiednią wiedzę dotyczącą powikłań, jakie przeprowadzony zabieg może powodować, by wdrożyć właściwe leczenie pacjenta, a nie tylko poprawiać jego stan. Obowiązek zapewnienia takiej opieki ciąży nie tylko w trakcie hospitalizacji, ale również po wypisaniu ze szpitala, a jego niedopełnienie stanowi w przekonaniu Sądu Najwyższego postępowanie niezgodne z zasadami sztuki lekarskiej i najwyższą starannością. ■

Nowe interpretacje dodatku covidowego

Dodatek covidowy to dalej temat elektryzujący środowisko lekarskie.

7 marca br. Maciej Miłkowski – podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia – udzielił odpowiedzi na pytania prezesa NRL dotyczące dodatku covidowego. Zawiera ono odpowiedzi dotyczące konkretnych sytuacji i stanów faktycznych, do jakich dochodzi w szpitalach. Szczególnie ciekawe wydają się te, które dotyczą pracy w izbach przyjęć i SOR-ach. Według Ministerstwa Zdrowia lekarz, który

pracuje w oddziale „niecovidowym”, ale dyżurujący w izbie przyjęć, powinien otrzymać dodatek. Podobnie lekarz konsultujący w wyznaczone dni izbę przyjęć i SOR, pod warunkiem, że konsultacje te odbywają się w izbie przyjęć i w SOR. Czyli dodatkowi nie otrzymają lekarze, jeśli pacjent z izby przyjęć lub SOR zostaje przywieziony na oddział, bo tam jest sprzęt niezbędny do specjalistycznej konsultacji (np. okulistyczny czy laryngologiczny). ■

Krew pępowinowa

- najważniejsze nowości w zastosowaniach

Krew pępowinowa jest jednym ze źródeł krwiotwórczych komórek macierzystych. Jej pozyskanie jest stosunkowo łatwe i może odbyć się po większości porodów.

Dr hab. n. med. **Emilian Snarski**

Komórki krwiotwórcze (i limfocyty) pozyskiwane z krwi pępowinowej różnią się od tych pobieranych od dorosłych dawców komórek krwiotwórczych. Zasadnicze różnice (i zalety) leżą w mniejszej immunogenności – komórki krwi pępowinowej mogą być przeszczepiane już przy zgodności w 4/6 genów w HLA, podczas gdy standardowe przeszczepienia wymagają zgodności 10/10. W ostatnim roku pojawiły się bardzo interesujące próby wykorzystania tych zalet krwi pępowinowej w celu poprawy wyników leczenia w kilku jednostkach chorobowych.

Przeszczepienia własnych komórek krwiotwórczych prowadzą do długotrwałych remisji chorób z autoagresji. Nadal jednak istnieje ryzyko nawrotów choroby podstawowej, a w chorobach takich jak choroba Leśniowskiego-Crohna obserwuje się mikroskopowo cechy zapalenia w śluzówce jelita pomimo klinicznej remisji po przeszczepieniu. Co stanie się, jeżeli u chorych na chorobę Leśniowskiego-Crohna przeszczepimy allogeniczne komórki krwi pępowinowej? Po takim przeszczepieniu dochodzi do szybkiego wszczepienia (średni czas wypisu ze szpitala to około dwa tygodnie po przeszczepieniu) i całkowitej remisji choroby, ale przeszczepione komórki krwiotwórcze krwi pępowinowej zanikają w ciągu sześciu

miesięcy, ustępując miejsca autologicznej hematopoezie.

W jaki sposób osiągnięta zostaje remisja choroby podstawowej? Jest to prawdopodobnie połączenie trzech czynników – kondycjonowania i immunosupresji, możliwej reakcji przeszczep przeciwko autoagresji i możliwego wpływu komórek mezenchymalnych obecnych w krwi pępowinowej. W czasie pięciu lat obserwacji po przeszczepieniu u żadnego z tak leczonych chorych nie doszło do wznowy choroby ani do wystąpienia choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi. Jest to nowe podejście do przeszczepiania w chorobach z autoagresji, a tak obiecujących wyników nie uzyskano po zastosowaniu komórek krwiotwórczych pochodzących z innych źródeł¹. Wyniki tej pracy rodzą pytanie o to, jak skuteczne może być zastosowanie krwi pępowinowej w innych chorobach z autoagresji – twardzinie układowej czy stwardnieniu rozsianym.

Kolejnym nowym pomysłem na wykorzystanie komórek krwi pępowinowej są terapie CART (chimeric antygen receptor T cells) – terapie zmodyfikowanymi komórkami układu odpornościowego, które są w stanie niszczyć efektywnie komórki chłoniaka lub białaczki. Co stanie się, jeżeli do produkcji CART użyjemy komórek z krwi pępowinowej²? CART uzyskane z komórek NK pochodzących z krwi pępowinowej mają bardzo dobrą

skuteczność leczniczą (73% odpowiedzi na leczenie, a 63% całkowitych remisji – u chorych z nowotworami hematologicznymi niereagującymi na inne dostępne terapie) i nie wywoływały zespołu wyrzutu cytokin obserwowanego często po terapii CART z komórek pozyskiwanych od dorosłego dawcy.

Wyznacznikiem przełomowości takiego podejścia jest możliwość zastosowania go do tworzenia terapii dostępnych w każdym momencie dla wielu chorych (off-the-shelf) – jest to możliwe dzięki minimalnym wymaganiom w zakresie zgodności w HLA, jakim musi odpowiadać krew pępowinowa. Ponadto, z jednej porcji krwi można uzyskać nawet ponad 100 porcji terapeutycznych komórek CART². Aktualny koszt przygotowania CART dla jednego chorego to dużo ponad milion złotych. Możliwość uzyskania leku dla 100 chorych z jednego pobrania krwi pępowinowej otworzyłaby nowy rozdział w leczeniu nowotworów czy chorób z autoagresji, czyniąc koszty CART porównywalne z innymi lekami stosowanymi w tych chorobach. To także szansa dla uniwersytetów na produkcję tanich CART, które mogą być stosowane lokalnie w ośrodkach akademickich.

Te dwie publikacje z ostatniego roku to prawdopodobnie dwa najważniejsze wyznaczniki postępu w terapiach komórkowych opartych na komórkach z krwi pępowinowej. ■

Referencje

1. Burt R.K., Craig R., Yun L., et al., A pilot feasibility study of non-myeloablative allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for refractory Crohn Disease, Bone Marrow Transplant, 2020;9-12. doi:10.1038/s41409-020-0953-y
2. Liu E., Marin D., Banerjee P., et al., Use of CAR-Transduced Natural Killer Cells in CD19-Positive Lymphoid Tumors. N Engl J Med. 2020;382(6):545-553. doi:10.1056/NEJMoa1910607

Polski Bank Komórek Macierzystych (PBKM) to założona w 2002 roku w Polsce firma biotechnologiczna. Głównym obszarem działalności PBKM jest bankowanie komórek macierzystych z krwi pępowinowej i pępowin, które jest świadczone w 20 krajach w Europie poprzez założoną i kontrolowaną przez PBKM Grupę FamiCord. PBKM jest największym podmiotem tego typu w Europie. Poza bankowaniem PBKM wytwarza produkty lecznicze terapii zaawansowanej (ATMP) oparte na komórkach mezenchymalnych (MSC) z pępowiny oraz tłuszczu, a także pracuje nad wytwarzaniem technologii CAR-T. PBKM wydał preparaty komórek macierzystych do zastosowania klinicznego dla ponad 3000 pacjentów.



Niewsparciu



Andrzej Cisto
wiceprezes NRL

W poprzednich felietonach często zastrzegałem, iż opisuję sytuację na dzień oddania tekstu do druku. Dziś mógłbym z tego śmiało zrezygnować, gdyż w opisywanej sprawie nagłego zwrotu niestety się nie spodziewam.

Ponieważ z pojawianiem się nowych odmian wirusa kolejne fale epidemii mogą być równie dotkliwe, naciskamy na debatę o wsparciu, na jakie dotąd mogło liczyć środowisko lekarskie. Ochrona zdrowia mogła otrzymać wsparcie przedsiębiorców z tytułu pierwszych Tarcz. Placówki realizujące kontrakt z NFZ nie zostały potraktowane ani trochę lepiej. Trzyprocentowy dodatek do faktur wystawianych od połowy 2020 r. W kwestii „1/12” mamy zaledwie mglisty komunikat o przedłużeniu okresu rozliczeniowego do końca 2021 r., ale z dziwnym zaznaczeniem jedynie sytuacji szpitali. Pora przypomnieć po raz któryś, że pandemia kosztuje nas dużo więcej niż 3 proc. Do tego nie ujęto nam żadnego z obowiązków, a to też koszt.

Europa, w dziele popandemicznej odbudowy, powołała specjalny fundusz, który u nas ma się zmaterializować pod postacią Krajowego Planu Odbudowy. Skoro unijny akt ustanawia ten fundusz jako plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (na przyszłe wstrząsy), to powinniśmy w medycznej części projektu tego planu, oprócz działań na rzecz wspomnianej Odporności, odnaleźć działania Odbudowy potencjału diagnostyczno-leczniczego nie tylko (jak stanowi projekt) 150 podmiotów leczniczych, ale szerszej rzeszy podmiotów i praktyk, wyrównując im wydatki poniesione w związku z covidem. Nie w postaci gotówkowej, a limitu na zakup wyposażenia, którego placówki te nie kupiły, wydając pieniądze na zabezpieczenie epidemiczne. Wokół tego planu (który oczywiście „z gumy” nie jest) można zintegrować dalsze środki: z polityki spójności czy programów regionalnych. Ale chcielibyśmy widzieć w tym wszystkim jakąś integrującą te odbudowę myśl, nie tylko o POZ (wymieniony z nazwy w projekcie) i o 150 szpitalach, ale o całej medycynie, stomatologii nie wyłączając. I nie w formule porady „możecie się starać o środki z różnych funduszy”, tylko aktywnego pośrednictwa

instytucji publicznych w pozyskaniu środków właśnie na komponent odbudowy polskiej medycyny.

Tymczasem, z 4,3 mld euro na komponent dotyczący ochrony zdrowia 30 proc. ma pójść na szczepionki i infrastrukturę programu szczepień (to raczej zadanie ogólnospołeczne i ogólnogospodarcze), a dalsze prawie 20 proc. na dokończenie cyfryzacji medycyny (co też już powinno być zapisane dawno w odpowiednich pozycjach budżetowych).

Środowisko nasze ma pełne prawo do rozżalenia. Jest to powszechne odczucie pozostawienia nas samym sobie. Wyliczona w przypadku pensji szpitalnych proponowana podwyżka o 19 zł to przykład nader wyrazisty. Z naszego stomatologicznego podwórka też łatwo zacerpnąć parę wymownych liczb.

Środowisko nasze ma pełne prawo do rozżalenia. Jest to powszechne odczucie pozostawienia nas samym sobie.

Oczywiście zadaniem izb nie jest samo stwierdzenie prawa do tego rodzaju emocji, ale skuteczne zniwelowanie tego uczucia. Odnotowywane z uwagą wszelkie sugestie prowadzenia kampanii o sytuacji medyków, aktywny lobbying itd. nie są pomysłami nowymi. Czas jednak powiedzieć i to, że instytucje państwowe zarezerwowały sobie w pandemii nazbyt sporą dżę monopolu na rację. Przez taki „czas próby” nie da się przeprowadzić dużych grup społecznych bez minimalnego poziomu zgody i porozumienia, jeśli chcemy się jakoś pozbierać i odnaleźć po pandemii w cywilizowanym i niezantagonizowanym społeczeństwie. Tylko czy wszyscy aby mają tego świadomość? A przecież do brzegu daleko. ■

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Najlepsze na świecie szkoły dentystyczne

Na początku marca ukazał się ranking Quacquarelli Symonds klasyfikujący wyższe uczelnie w danej dziedzinie, z pięciu głównych obszarów: „Arts & Humanities”, „Engineering & Technology”, „Life Sciences & Medicine”, „Natural Sciences” oraz „Social Sciences & Management”.

W tym roku w zestawieniu QS World University Rankings by Subject 2021 znalazło się 18 polskich szkół, odnotowanych w 30 różnych dyscyplinach (spośród 51).

Na liście 60 najlepszych na świecie szkół dentystycznych najlepiej wypadły te ze Stanów Zjednoczonych, a także z Europy i Azji. Niestety, nie było wśród nich polskiego przedstawiciela. Pierwsze miejsce zajął Uniwersytet w Gothenburgu, na drugim miejscu znalazł się Uniwersytet z Michigan, trzecie miejsce przypadło ex aequo Academic Center for Dentistry z Amsterdamu i University of Hong Kong, a piąte (także ex aequo) – King's College London oraz Tokyo Medical and Dental University.

Jak podkreślił Peter Lingström, profesor i dyrektor Instytutu Odontologii na Uniwersytecie w Gothenburgu, sukcesy uczelni nie zależą od indywidualnych



badaczy, ale od kilku silnych grup badawczych. Ich zainteresowania skupiają się na 13 obszarach tematycznych, m.in. dotyczących wiodących chorób jamy ustnej, badań nad implantami oraz problemów behawioralnych i lęku pacjentów przed lekarzem dentystą.

Ta szwedzka uczelnia ma w swojej ofercie pięcioletnie studia licencjackie dla stomatologów oraz trzyletnie dla

higienistek i techników dentystycznych, a także roczne szkolenie uzupełniające dla posiadających stopnie naukowe stomatologów z Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Szwajcarii. – Wszyscy nasi studenci mogą brać udział, bezpośrednio lub pośrednio, w prowadzonych badaniach, a wielu z nich jest również związanych z różnymi dziedzinami naukowymi poprzez swoje projekty magisterskie lub licencjackie – informuje prof. Lingström. W ubiegłym roku w rankingu QS uczelnia ze Sztokholmu zajęła szóste miejsce.

Z trzeciego miejsca na drugie awansował University of Michigan School of Dentistry, zachowując jednocześnie tytuł najlepszej szkoły dentystycznej w Stanach Zjednoczonych. – Od założenia naszej uczelni w 1875 r. staraliśmy się być liderami w dziedzinie stomatologii i edukacji dentystycznej, prowadząc badania naukowe i stypendia. Zależy nam na rozwoju zawodu dentysty i poprawie zdrowia pacjentów. Myślę, że właśnie to wyróżniało nas jako liderów w edukacji dentystycznej w czasach powstania uczelni, jak również wyróżnia nas dzisiaj – powiedział dziekan dr Laurie McCauley.

Twórcy rankingu QS chcieli, by był on pomocny przy wyborze najlepszej uczelni w interesującej studentów dyscyplinie. W edycji 2021 przeanalizowano w sumie ponad 14 tys. programów studiów realizowanych na 1452 uczelniach. ■

Źródło: www.dentistrytoday.com; topuniversities.com

Zaledwie jedno szczotkowanie mniej

Pominięcie nawet jednego dnia szczotkowania przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia jamy ustnej, ponieważ sprzyja powstawaniu bakterii odpowiedzialnych za powstawanie chorób dziąseł i przyspieszających starzenie się mikrobiomu jamy ustnej.

Naukowcy z Instytutu Bioenergii i Bioprocessów Qingdao Single Cell Center Chińskiej Akademii Nauk zaobserwowali, że w ciągu 24-72 godzin od zaprzestania higieny jamy ustnej następuje gwałtowny wzrost obecności „dobrych bakterii” i korzystnych przeciwzapalnych substancji chemicznych, z którymi są związane, lecz

następuje w tym samym czasie również wzrost liczby tych „złych bakterii”, implikujących powstawanie zapalenia przyzębia. Zauważyli, że następuje gwałtowny spadek obecności wielu gatunków bakterii *Rothia*, a także szybka, pełna aktywacja wielu cytokin śliny. Badacze zaobserwowali, że wraz ze spadkiem obecności „dobrych bakterii” nastąpił gwałtowny wzrost tych typowych dla zapalenia przyzębia, choć nie wystąpiły jeszcze żadne objawy choroby.

Poczynione obserwacje nasuwają wniosek, że *Rothia* mogą być bakteriami korzystnymi dla zdrowia dziąseł, przyczyniając się w pewien sposób do produkcji



betainy. – Stwierdziliśmy również, że brak higieny implikuje nagłe starzenie się mikrobiomu jamy ustnej – w mniej niż miesiąc postarzał się o około rok – zauważył Xu Jian, główny autor badania. Naukowcy twierdzą również, że skład populacji mikrobiomu jest dobrym predyktorem wieku, np. ludzie starsi mają zwykle znacznie mniej gatunków bakterii *Rothia*. ■

Źródło: mbio.asm.org

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Apel NRL o debatę nt. polskiej stomatologii

12 marca Naczelna Rada Lekarska po raz kolejny zwróciła się z apelem do Ministra Zdrowia o pilne zorganizowanie debaty poświęconej problemom środowiska lekarzy dentyistów w Polsce. Podobny apel samorząd lekarski wystosował już dwa lata wcześniej.

Trudną sytuację, w jakiej znajdują się od lat lekarze dentyści, a która obecnie dramatycznie pogłębia się, obrazuje malejąca liczba przyznawanych miejsc rezydentek dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych, a także udział wydatków na świadczenia stomatologiczne w planie

ogólnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jak wskazano w apelu, w ostatnim czasie ww. wskaźniki spadły do minimalnych historycznie poziomów. W planie finansowym NFZ na rok 2021 udział stomatologii uwzględniono na poziomie poniżej 2 proc., a liczba przyznanych rezydentur dla lekarzy dentyistów w ostatnim postępowaniu stanowi jedynie 1,5 proc. wszystkich. Samorząd wielokrotnie podkreślał, że lekarze dentyści mają takie same potrzeby w zakresie

rozwoju zawodowego, jak lekarze i na równi z nimi posiadają prawo do wsparcia tego procesu przez władze publiczne.

„Zarówno w jednym, jak i w drugim obszarze proponowanej tematyki debaty nie da się wyjść z impasu bez wyraźnej decyzji podjętej przez Ministra Zdrowia. Dalsze pozorne ruchy i doraźne decyzje grożą marginalizacją stomatologii w polityce zdrowotnej państwa, godząc jednocześnie w samą istotę zawodu lekarza dentyisty, jako zawodu zaufania publicznego” – napisano w apelu NRL. ■

Źródło: nil.org.pl

Gabinety w szkołach: będą zmiany



Ministerstwo Zdrowia chce zmienić kryteria zawierania umów ze szkolnymi gabinetami stomatologicznymi. Projekt rozporządzenia, który 17 marca skierowano do konsultacji publicznych, przewiduje m.in. premiowanie świadczeniodawców za kompleksowe leczenie.

Jak uzasadniają legislatorzy, proponowana zmiana będzie korzystna dla świadczeniobiorców, bo umożliwi kontynuację realizacji świadczeń z zakresu stomatologii i pełną opiekę jednocześnie w szkolnych gabinetach stomatologicznych oraz w gabinetach lub poradniach zlokalizowanych poza szkołą w dogodnych dla dzieci,

młodzieży i ich opiekunów terminach, w ramach jednej struktury organizacyjnej.

Projekt wprowadza zmiany polegające na rozszerzeniu zakresu o nowy przedmiot postępowania: „Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży udzielane w gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole”; wprowadzeniu dwóch warunków premiujących kompleksowość; usunięciu warunku lokalizacji gabinetu stomatologicznego w szkole, szkole specjalnej lub innej placówce specjalnej. Premiowana ma być kompleksowość leczenia. ■

Źródło: bip.rcl.gov.pl

Miejsc rezydentek coraz mniej

Dla lekarzy dentyistów, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w marcu 2021 r., przyznano zaledwie 30 spośród wszystkich 1959 miejsc rezydentek. Z roku na rok jest ich mniej.

MIEJSCA REZYLENCKIE		
	WIOSNA 2020	WIOSNA 2021
stomatologia zachowawcza z endodoncją	28	8
chirurgia stomatologiczna	23	4
protetyka stomatologiczna	22	7
stomatologia dziecięca	14	8
ortodoncja	12	3
periodontologia	7	0
chirurgia szczękowo-twarzowa	6	4
razem	112	34

Jak zauważa samorząd lekarski, w obszarze kształcenia podyplomowego lekarzy dentyistów najgroźniejszy jest brak wizji modelu ścieżki rozwoju zawodowego, którego szczegółowe rozwiązania docelowo nie muszą być dokładnie takie same jak w przypadku lekarzy, jednak model musi być spójny i zakładać realną możliwość współzawodnictwa o odbycie szkolenia finansowanego ze środków publicznych i zakończonego egzaminem. ■



Marta Jakubiak
redaktor naczelna

ŚDZJU 2021

Zęby, ciało i pandemia

Koronawirus odcisnął piętno na globalnej opiece stomatologicznej. Aż 77 proc. krajów raportuje Światowej Organizacji Zdrowia częściowe lub całkowite zakłócenia w pracy gabinetów dentystycznych.



Lokalne światło na problem rzucają dane z badania zrealizowanego przez Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Wynika z nich, że w pierwszej fazie pandemii COVID-19 ponad 30 proc. gabinetów stomatologicznych przerwało pracę na 30-60 dni, a aż 19,4 proc. na dłużej niż dwa miesiące. Choć sytuacja poprawiała się z każdym tygodniem, dzięki pojawieniu się wytycznych i większemu dostępowi do środków ochrony indywidualnej, to i tak 75,5 proc. ankietowanych lekarzy dentystów deklaroowało spadek liczby przyjmowanych pacjentów, a 17,5 proc. z nich przyznało, że liczba ich podopiecznych spadła o połowę.

– Jako praktycy obserwujemy wiele skutków przekładania lub odwołania zaplanowanych wizyt, co jest przez pacjentów argumentowane obawą przed zakażeniem się koronawirusem w gabinecie.

Widzimy dziś przede wszystkim groźne powikłania endodontyczne, usuwamy zęby, które można było uratować, w wielu przypadkach leczenie ortodontyczne trzeba rozpoczynać od nowa, żniwo zbiera próchnica, szczególnie u młodych ludzi. To są problemy do rozwiązania w gabinecie dentystycznym, ale dziś zbagatelizowane, w przyszłości będą wymagać leczenia specjalistycznego u kardiologa czy diabetologa – ostrzega prof. Marzena Dominiak, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

Z okazji obchodzonego 20 marca Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej specjaliści z różnych dziedzin medycyny rozmawiali o wpływie chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia człowieka.

W Polsce przez cały marzec, ogłoszony przez PTS „Miesiącem Zdrowia Jamy Ustnej”, zachęcano pacjentów do rezerwacji bezpłatnych konsultacji w gabinetach stomatologicznych wspierających

kampanię „Polska mówi #aaa!”. 5 marca obchodzony był Światowy Dzień Dentysty.

„Zdrowie zaczyna się w jamie ustnej. Świadomy pacjent, świadomy lekarz” – to główne hasło tegorocznych obchodów ŚDZJU. W tym roku skoncentrowano się na najważniejszych korelacjach pomiędzy stanem uzębienia, zwłaszcza chorobami przyzębia, a występowaniem i leczeniem chorób przewlekłych.

CUKRZYCA

Choroby przyzębia wraz z utratą zębów zwane są często szóstym powikłaniem cukrzycy. Przy chorobie tej dochodzi bowiem do upośledzenia odpowiedzi odpornościowej, zmian mikronaczyniowych, nasilenia destrukcji kolagenu oraz do zaburzeń w procesie gojenia. U diabetyków występuje również zmniejszone wydzielanie śliny, a także zmienia się jej skład, pH i lepkość. Wszystko to prowadzi

m.in. do suchości w jamie ustnej, infekcji grzybiczych albo zespołu pieczenia języka. Praktycznie każdy diabelek ma chorobę przyzębia.

– Im wyższa glikemia, tym wyższe ryzyko wystąpienia próchnicy i chorób przyzębia – podkreśla prof. Rafał Poręba z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Prawidłowa ocena stanu jamy ustnej umożliwia wykrycie nieujawnionej cukrzycy, zaś wyleczenie chorób przyzębia pozwala na skuteczniejsze leczenie osoby chorej na cukrzycę. Pacjent z cukrzycą to w istocie pacjent diabetologiczno-periodontologiczny.

CHOROBY SERCOWO-NACZYNIOWE

U pacjentów z zapaleniem przyzębia obserwuje się podwyższony poziom cytokin i mediatorów stanu zapalnego, związanych z większą częstością występowania chorób sercowo-naczyniowych, wyższym poziomem fibrynogenu (czynniki krzepowe), a także wyższym poziomem tradycyjnych czynników ryzyka takich jak np. cholesterol. Patogeny zapalenia przyzębia sprzyjają także powstawaniu i szybszemu rozwojowi miażdżycy. Badania potwierdzają, że bakterie z jamy ustnej obecne są w blaszkach miażdżycowych, odkładających się w naczyniach krwionośnych. Jak podkreśla lek. Marcin Drozd z Samodzielnej Pracowni Badań Układu Krążenia UM we Wrocławiu, dwie trzecie Polaków umiera z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, a wśród czynników ryzyka wymieniana się podwyższone stany zapalne w organizmie.

– Bardzo lubię opowiadać pacjentom taką prostą historię. Wiemy, że sam fakt mycia zębów jest czynnością podrażniającą dziąsła, nawet jeśli robi się to delikatnie. Już kilka sekund po szczotkowaniu zębów bakterie z jamy ustnej pojawiają się również w układzie krwionośnym w takiej ilości, że są do wykrycia w badaniach. Mycie zębów trwa jedną lub dwie minuty. Proszę sobie wyobrazić sytuację, kiedy pacjent ma chore przyzębie, a stan zapalny w dziąsłach toczy się bez przerwy: bakterie są w stanie w sposób ciągły przedostawać się do układu krwionośnego i czynić szkody, nie tylko te związane z miażdżycą. Mogą one osiąść

w różnych strukturach serca, prowadząc do infekcyjnego zapalenia wsierdza i bakteryjnego zapalenia zastawek – ostrzega kardiolog. I jak dodaje, jest to bardzo ciężki stan chorobowy, w którym pacjenci wymagają wielotygodniowej antybiotykoterapii, a i tak połowy z nich nie udaje się uratować.

ZABURZENIA POZNAWCZE

Zapalenie przyzębia może wywoływać także stan zapalny centralnego układu nerwowego, co z kolei przyczynia się do zaburzeń neurologicznych wieku starszego: demencji i choroby Alzheimera. Jednocześnie w przypadku osób z zaburzeniami poznawczymi obserwuje się gorszą dbałość o stan jamy ustnej, dlatego niezwykle istotny jest dialog lekarzy z pacjentami starszymi, w tym odpowiednie edukowanie ich w zakresie prawidłowej higieny i regularnych wizyt u lekarza dentysty.

– Istnieją naukowe dowody, że niektóre choroby jamy ustnej, szczególnie paradontoza, jako przewlekły stan zapalny, może mieć znaczenie w odniesieniu do patogenezы choroby Alzheimera, na którą na świecie choruje około 55 mln osób, a w Polsce, jak wynika ze wstępnych obliczeń, prawdopodobnie ponad milion. Badania, które od kilku lat prowadzimy wspólnie z Katedrą Periodontologii oraz Instytutem Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu, zdają się wskazywać w sposób jednoznaczny, że istnieje korelacja między stanem zapalnym w jamie ustnej a rozwojem choroby Alzheimera – mówi prof. Jerzy Leszek z Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. W mózgach osób, które cierpiały na tę chorobę, post mortem stwierdza się niektóre bakterie odpowiedzialne za rozwój paradontozy, zwłaszcza *Porphyromonas gingivalis*. – U pacjentów cierpiących na paradontozę stwierdziliśmy podwyższony poziom cytokin prozapalnych we krwi i w ośrodkowym układzie nerwowym.

Idea Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej zrodziła się w 2008 r. z inicjatywy Światowej Federacji Dentystycznej FDI. Od 2018 r. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne jest organizatorem kampanii „Polska mówi #aaa!” (www.polskamowiaaa.pl), wspierającej obchody ŚDZJU.

Sanacja jamy ustnej może więc mieć istotne znaczenie w przebiegu i leczeniu choroby Alzheimera – podkreśla profesor.

CHOROBY NEREK

– Problem przewlekłej choroby nerek dotyczy 10-15 proc. populacji ogólnej, co oznacza, że ok. 4 mln Polaków boryka się z tym schorzeniem – mówi dr hab. Hanna Augustyniak-Bartosik z Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej UM we Wrocławiu. – Na podstawie bardzo wielu badań i obserwacji klinicznych udokumentowano, że chora jama ustna, a przede wszystkim chore przyzębie, są niezależnymi czynnikami zwiększonej chorobowości i śmiertelności w grupie pacjentów z przewlekłą chorobą nerek – dodaje.

Pacjenci z przewlekłą chorobą nerek, w związku z zaburzoną u nich odpowiedzią immunologiczną, są predysponowani do nawracających zakażeń bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych. – Niejednokrotnie w swojej praktyce spotkałam się z posoczną zębopochodną czy infekcyjnym zapaleniem wsierdza, zwłaszcza w grupie pacjentów leczonych nerkozastępczo. Opisane są również przypadki zakażenia dostępu naczyniowego i zakażeń płynu u pacjentów dializowanych otrzewnowo. Ponadto zaburzenia gospodarki endokrynnej i metabolizmu witaminy D implikują problem nieprawidłowości w mineralizacji kości, szklawa i zębiny. Z kolei wtórna nadczynność przytarczyc, towarzysząca zaawansowanej niewydolności nerek, to powód osteodystrofii nerkowej, ale też łatwiejszego wypadania zębów – wylicza Augustyniak-Bartosik.

Częste zapalenie przyzębia, a także leczenie stosowane u pacjentów z niewydolnością nerek, jak np. heparyna w czasie dializ, zwiększają ryzyko nawracających krwawień i uszkodzeń dziąseł, niedokrwistość sprzyjającą uszkodzeniom śluzówki. Heparynizacja i stosowanie leków przeciwplatek to codzienność i zwiększone ryzyko zakażeń. – To wszystko sumuje się i prowadzi do zwiększonej chorobowości i śmiertelności wśród naszych pacjentów. Stąd nasze apele o regularną kontrolę sanacji jamy ustnej – podsumowuje ekspertka z Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej UM we Wrocławiu. ■

Seniorzy chorują inaczej

Z prof. Katarzyną Wieczorowską-Tobis, przewodniczącą Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, rozmawia Lucyna Krysiak.

Gerontologia często jest utożsamiana z geriatrią, czy słusznie?

Gerontologia to nauka o starości i o wszystkim, co jest z nią związane, geriatra to medycyna starości, która mieści się w tym „worku” pojęć. Ta pierwsza traktuje szerzej problemy związane z późnym wiekiem – zajmuje się m.in. organizacją opieki nad wszystkimi osobami starszymi. Uwzględnia też czynniki pozamedyczne, czyli społeczno-ekonomiczne, a więc warunki życia oraz sposób funkcjonowania w środowisku czy rodzinie. Są one bardzo istotne, ponieważ mogą uruchamiać kaskady zdarzeń medycznych i doprowadzać do wielkich zespołów geriatrycznych, np. depresji, upadków, nietrzymania moczu czy niedożywienia. Zatem geriatra i gerontologia na każdym etapie życia seniora się przenikają.

Senior to problem geriatrów, lekarzy pierwszego kontaktu, a może lekarzy innych specjalności?

Błędne jest przekonanie, że wszystkie osoby starsze powinien leczyć geriatra. Do lekarza tej specjalności starszy pacjent powinien trafić, kiedy lekarz POZ lub specjalista w danej dziedzinie, np. kardiolog, diabetolog lub neurolog, potrzebuje jego konsultacji. Jednak by umieć rozpoznać i ocenić stan pacjenta oraz zdecydować, że potrzebna jest konsultacja geriatryczna, każdy lekarz powinien mieć podstawowe przygotowanie z geriatry.

Należy z całą mocą podkreślić, że seniorzy chorują inaczej, co dobrze widać na przykładzie COVID-19. Z jednej strony występują u nich zaostrzenia chorób przewlekłych jako główne objawy COVID-19, z drugiej – jako pierwszy objaw covidowy może pojawić się np. delirium. Jeśli lekarz nie skojarzy tych objawów z COVID-19, postawienie właściwej diagnozy i podjęcie leczenia się opóźnia. Ta choroba może też manifestować się upadkami. Dotąd postrzegaliśmy upadki jako np. nietypową manifestację zapalenia płuc, obecnie trzeba je rozpatrywać w aspekcie zakażenia koronawirusem.

Czy to znaczy, że każdy lekarz, niezależnie od specjalności, powinien przynajmniej dotknąć geriatry?

Obowiązkowo, tym bardziej, że u osób starszych mamy do czynienia z wielochorobowością i wielolekowością. U takich



chorych np. zapisywanie dodatkowych leków powinno być zawsze poprzedzone analizą możliwych interakcji z już zżywanymi preparatami i przede wszystkim oceną ich konsekwencji dla funkcjonowania chorego. Około 20-30 proc. osób starszych wymaga konsultacji lekarskich właśnie w związku z zżywanymi lekami i interakcjami. Chorzy starsi wymagają więc innego podejścia. Dąży się do tego, aby wszystkie uczelnie wyższe szkolące przyszłych lekarzy posiadały bazę i kadre z zakresu geriatry, tak aby studenci mieli szansę dowiedzieć się, czym pacjenci starsi różnią się od młodszych. Typową cechą chorych starszych jest np. zespół kruchości. Kruchość oznacza niestabilność homeostazy – wtedy nawet błahe problemy, np. banalna infekcja, są zagrożeniem dla sprawności i samodzielności, gdyż mogą prowadzić do wielonarządowej niewydolności. To jak efekt domina.

Jaka jest dostępność porad geriatrycznych?

Mamy w Polsce około 450 geriatrów, ale nie tylko to wpływa na małą dostępność konsultacji geriatrycznych. Raport

NIK sprzed kilku lat pokazał, że problemem jest też brak miejsc, gdzie można ich zatrudnić. Według tego raportu tylko nieco ponad połowa geriatrów pracowała w jednostkach geriatrycznych. Jeśli potrzebna jest konsultacja, to każdy lekarz POZ wie, dokąd skierować swojego pacjenta na konsultację kardiologiczną czy neurologiczną, wie też, gdzie są takie poradnie, ale najczęściej nie ma wiedzy, dokąd skierować pacjenta w przypadku potrzeby konsultacji geriatrycznej. Są takie regiony kraju, np. woj. warmińsko-mazurskie, gdzie geriatra praktycznie nie istnieje.

Przyznać jednak trzeba, że są też obszary ze stosunkowo dobrze rozwiniętą siecią geriatryczną. Takim regionem jest woj. śląskie. W Katowicach od lat działa też jedyny w Polsce szpital geriatryczny z zapleczem diagnostycznym i rehabilitacyjnym.

Obecnie geriatra jest odrębną specjalnością. Jednak wielu lekarzy podejmuje kształcenie specjalizacyjne w tym kierunku dopiero na podstawie swoich doświadczeń w pracy z pacjentami starszymi, czyli po specjalizacji z chorób wewnętrznych, medycynie rodzinnej czy neurologii. Dlatego miejsca rezydenckie z geriatry są często niewykorzystane.

A teleporady? Czy u seniorów zdały one egzamin?

Planowano, aby osoby po 65. r.ż. wycofać z teleporad, niestety nie ma decyzji w tym zakresie. W starszym wieku, a zwłaszcza po 80. r.ż., trudno sobie poradzić z procedurą dotyczącą leczenia przez telefon. Tacy pacjenci z reguły gorzej słyszą i widzą, wzrasta u nich ryzyko zaburzeń poznawczych, co sprawia, że telefoniczny kontakt z lekarzem nie spełnia oczekiwań obu stron. Pomóc może ktoś z rodziny, który wykona połączenie wideo. Z naszych badań wynika, że u pacjentów pocovidowych po 60. r.ż. wypisanych ze szpitala głównym czynnikiem ryzyka zgonu jest ich niesprawność sprzed hospitalizacji. Wskazuje to na grupę, która wymaga szczególnej opieki, aby po prostu przeżyć. W takiej sytuacji kontynuacja leczenia szpitalnego w domu przy pomocy teleporad z pewnością nie powinna mieć miejsca – konieczna jest kontrola funkcjonowania i przestrzegania zaleceń medycznych wykonana „w kontakcie”.

Przeżywalność osób starszych chorujących na COVID-19 jest dużo niższa niż młodszych pacjentów. Czy szczepienia to zmienia?

Definicja procesu starzenia mówi, że wraz z upływem czasu rezerwa czynnościowa poszczególnych narządów i układów się zmniejsza, a w związku z tym ryzyko wystąpienia chorób wzrasta. Wzrasta więc ryzyko zachorowania na COVID-19. Z wiekiem, stopniowo, np. zwiększa się objętość zalegająca, czyli objętość pozostająca w płucach po wykonaniu możliwie głębokiego wydechu z 20 proc. nawet do 40 proc. Gorsza wymiana powietrza w płucach sprzyja rozwojowi infekcji, a jest to tylko jedna z wielu zmian wynikających z procesu starzenia, których niekorzystne efekty się sumują. Dochodzą do tego częste u osób starszych choroby przewlekłe, np. choroby serca i cukrzyca. Wszystko to razem sprawia, że zarówno ryzyko wystąpienia COVID-19, jak i ciężkiego jego przebiegu jest największe u chorych z najstarszych grup wiekowych.

Niestety, dotyczy to również śmiertelności. Jak pokazują badania, szczepienia zdecydowane zmniejszają częstość ciężkich przebiegów COVID-19, a szczepionki są skuteczne u osób starszych.

Jakie są najbardziej palące problemy geriatry?

Na pewno kształcenie geriatrów, na których jest zapotrzebowanie w starzejącym się społeczeństwie. Trzeba więc przekonać młodych lekarzy, że specjalizowanie się w tej dziedzinie jest opłacalne. Trzeba też jasno sprecyzować, jak ma wyglądać przyszłość geriatry, zdefiniować jej miejsce w systemie. Dążyliśmy do tego, aby każdy szpital powiatowy miał oddział lub pododdział geriatryczny. Wtedy w izbie przyjęć – po wstępnej ocenie pacjenta – zapadałaby decyzja co do dalszego leczenia „ścieżką geriatryczną” lub nie.

Pierwszym krokiem w tym kierunku było wprowadzenie obowiązku oceny geriatrycznej u hospitalizowanych pacjentów starszych. Nie wiemy jednak, kogo „ścieżka geriatryczna” miałaby dotyczyć. Zasugerowano, aby do tej oceny zastosować skalę VES-13. Nigdy jednak nie zapadły decyzje, jakie mają być losy pacjenta uzyskującego pozytywny wynik w tej ocenie. Ponieważ tworzenie oddziałów było nieskuteczne, zaproponowaliśmy mobilne zespoły geriatryczne, czyli niezwiązane z oddziałami, złożone z lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa, które mogłyby oceniać chorych na wszystkich oddziałach w miarę potrzeby.

Może należałoby wrócić do tych pomysłów?

Na pewno tak. Problem jednak w tym, że często senioralna opieka medyczna jest mylona z opieką geriatryczną i to prowadzi do nieporozumień nawet wśród profesjonalistów. W Polsce zgodnie z ustawą senioralną seniorem jest każdy, kto ukończył 60 lat. Wszystkie te osoby są pacjentami POZ, gdzie ogniskuje się opieka zdrowotna nad seniorami. Opiekę geriatryczną sprawuje zespół. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne zdefiniowało rolę członków takich zespołów, uwzględniając kompetencje potrzebne do pracy z osobami starszymi. Ważnym członkiem zespołu mógłby być terapeuta zajęciowy oceniający potencjał pacjenta wypisanego ze szpitala do poprawy niezależnego funkcjonowania. W Polsce jednak nie docenia się roli tych profesjonalistów w systemie.

Jak PTG włączyło się w walkę z pandemią?

Już na samym początku pandemii, krótko po wprowadzeniu pierwszych obostrzeń, wystosowaliśmy list otwarty do decydentów, m.in. do Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, Komisji Polityki Senioralnej Sejmu RP, ale też np. do Rzecznika Praw Pacjenta, w którym zwróciliśmy uwagę, że ograniczenia związane z pandemią, takie jak brak ruchu związany z przebywaniem w domach oraz niemożność bezpośrednich kontaktów z osobami z otoczenia, w największym stopniu mogą wpłynąć na funkcjonowanie osób starszych w przyszłości i stąd konieczne jest wypracowanie rozwiązań, które umożliwią im pozostawanie w miejscu zamieszkania, możliwie bez konsekwencji dla ich zdrowia fizycznego i psychicznego. Zgłosiliśmy też w tym zakresie konkretne propozycje. ■

BIULETYN

NR 2 (202)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, III 2021

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

UCHWAŁA Nr 6/21/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 12 marca 2021 r. zmieniająca uchwałę w sprawie upoważnienia do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 5 pkt 23 oraz art. 39 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r., poz. 965, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 1/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 czerwca 2018 r. w sprawie upoważnienia do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej w § 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) Artura Drobniaka – Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 2/21/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 12 marca 2021 r. w sprawie bezwartościowych lub szkodliwych metod leczenia w chorobach onkologicznych

Naczelna Rada Lekarska w poczuciu odpowiedzialności za przestrzeganie przez lekarzy i lekarzy dentyistów zasad etyki zawodowej, w sytuacji coraz częstszego stosowania metod leczniczych z pogranicza tzw. medycyny tradycyjnej, medycyny „alternatywnej”, czy zyskującej popularność w ostatnim czasie

– medycyny komplementarnej, stoi na stanowisku, że szczególnie w leczeniu onkologicznym należy rozwiązać problem stosowania metod potencjalnie lub rzeczywiście szkodliwych, czy też bezwartościowych.

Naczelna Rada Lekarska zdaje sobie sprawę i rozumie, iż postęp w medycynie wymaga wdrażania nowych metod leczenia czy diagnostyki, a każda z tych metod ma początkowo nieudowodnioną skuteczność. Jednak badania w zakresie środków i metod leczenia czy nowych leków są problemem dostatecznie uregulowanym prawnie, obwarowanym odrębnymi przepisami i winny być realizowane zgodnie z nimi jako badania kliniczne czy eksperymenty lecznicze. Z nowatorstwem w medycynie nie ma nic wspólnego komercyjne stosowanie niesprawdzonych metod leczenia, a szczególnie czynienie sobie z nich źródeł dochodu kosztem pacjentów z niekorzystnym rokowaniem.

Na podstawie opinii powołanego w tym celu przez NRL zespołu ekspertów Naczelna Rada Lekarska uznaje stosowanie wymienionych sposobów terapii i postępowania w chorobach onkologicznych za niezgodne z Evidence Based Medicine. Mając na uwadze, że zgodnie z artykułem 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowane naukowo, a w myśl art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, stosowanie poniższych metod w leczeniu chorób nowotworowych jest niezgodne z tymi przepisami i stanowi podstawę do pociągnięcia lekarza je stosującego do odpowiedzialności zawodowej.

Poniższe substancje stosowane we wlewach dożylnych oraz wykorzystywane

w leczeniu terapii nie znajdują w świetle aktualnej wiedzy medycznej naukowych podstaw do ich stosowania w onkologii:

- 1) Artesunat,
- 2) stosowanie wlewów dożylnych z dużymi dawkami Witaminy C,
- 3) Resweratrol,
- 4) DMSO,
- 5) Salinomycyna,
- 6) Kurkumina,
- 7) tlenoterapia dożylna,
- 8) naświetlanie laserowe krwi,
- 9) akupunktura laserowa,
- 10) galwanoterapia,
- 11) hipertermia ogólnoustrojowa.

W związku z powyższym Naczelna Rada Lekarska jest zdecydowanie przeciwna ich stosowaniu w onkologii.

Wszelkie sytuacje niestosowania się lekarzy do zasad etyki zawodowej w zakresie wyboru metod leczenia winny spotykać się ze stanowczą reakcją odpowiednich organów samorządu zawodowego, jak i potępieniem całego środowiska lekarskiego, jako podważające zaufanie do naszego zawodu.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 3/21/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 12 marca 2021 r. w sprawie zapowiedzianej w Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030 reformy systemu orzekania o niepełnosprawności

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z uchwałą nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu

Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030, opublikowaną w Monitorze Polskim nr 218, zgłasza następujące uwagi w zakresie Priorytetu VIII - Koordynacja pkt 1.3. „Reforma systemu orzekania o niepełnosprawności”:

Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi fakt, że przewidziana w „Strategii na rzecz osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030” reforma systemu orzekania o niepełnosprawności nie była przedmiotem żadnych uprzednich uzgodnień ze środowiskiem lekarskim. Nie budzi przy tym wątpliwości, że – mimo deklarowanego w Strategii przejścia z medycznego modelu niepełnosprawności na model oparty na prawach człowieka – to na lekarzach nadal będzie spoczywał główny ciężar przeprowadzenia fachowej oceny stanu zdrowia i oceny funkcjonalnej osoby badanej.

W „Strategii na rzecz osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030” wskazuje się, że projektowany system orzekania o niepełnosprawności ma być jednolity, tzn. łączyć orzecznictwo do celów rentowych, pozarentowych i edukacyjnych, a dodatkowo „Dzięki powołaniu oddzielnego organu od płatników świadczeń (ZUS, KRUS, MSWiA, MON, MEN), zagwarantowana zostanie bezstronność orzekania.” Z takiego stwierdzenia można wnioskować, że w ocenie Rady Ministrów obecnie orzekanie o niepełnosprawności dla celów rentowych i pozarentowych jest dotknięte wadą braku bezstronności. Z takim twierdzeniem trudno się zgodzić. W chwili obecnej ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych przewiduje powoływanie dwóch instancji zespołów orzekających o niepełnosprawności: powiatowych zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako pierwszej instancji, oraz wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako drugiej instancji. Od orzeczenia wojewódzkiego zespołu przysługuje odwołanie do sądu pracy, co zapewnia kontrolę działania zespołów przez sądownictwo powszechne, które także jest dwuinstancyjne. Do tego warto odnotować, że ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych przyznaje Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych daleko idące uprawnienia w stosunku do orzeczeń zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności w zakresie kontroli ich zgodności z zebranymi dokumentami lub z przepisami dotyczącymi orzekania o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności oraz co do

prawidłowości i jednolitości stosowania przepisów, standardów i procedur postępowania w sprawach dotyczących orzekania o niepełnosprawności i o stopniu niepełnosprawności. Należy odnotować, że dwuinstancyjne jest również orzekanie o niezdolności do pracy dla celów rentowych, przewidziane m.in. w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, do tego orzeczenia wydane w tym trybie mogą podlegać weryfikacji na drodze postępowania sądowego. Skoro obecnie orzekanie w zakresie niepełnosprawności oraz do celów rentowych jest dwuinstancyjne i nadzorowane przez sąd powszechny, Naczelnych Lekarzy Zakładu oraz przez Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, to trudno zgodzić się z tezą o braku bezstronności.

W świetle przedstawionej „Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami” wątpliwości budzi także kwestia, jak będzie sformułowane orzeczenie dla potrzeb rentowych wydane przez interdyscyplinarny zespół specjalistów, skoro w „Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami” proponuje się, iż nie będzie ono zawierało określeń „np. niezdolność do pracy, niezdolność do samodzielnej egzystencji, niesamodzielność”, które to określenia stanowią ustawowy wymóg w przyznawaniu świadczeń rentowych (art. 67 Konstytucji RP).

Zawarte w Strategii sformułowanie, że: „Orzeczenie będzie zawierało informacje na temat indywidualnych potrzeb wsparcia, wynikających z niepełnosprawności, a nie dysfunkcji” wydaje się sprzeczne z zamieszczoną w Strategii informacją, że: kompleksowa ocena funkcjonowania danej osoby będzie wykonywana z wykorzystaniem narzędzia, jakim jest skala ICF, ponieważ skala ICF oparta jest właśnie na wykazie dysfunkcji.

Opisana w Strategii reforma systemu orzekania o niepełnosprawności przewiduje, że w składzie zespołu orzekającego będzie lekarz odpowiedniej specjalizacji. Rodzi to pytanie o liczebność zespołu, w sytuacji gdy dana osoba będzie miała kilka różnych „zakresów niepełnosprawności” – czy w skład zespołu będą wówczas wchodzić obligatoryjnie lekarze wszystkich tych odpowiednich specjalizacji.

Z powyższych względów Naczelna Rada Lekarska wnosi o ponowne przeanalizowanie przyjętej Strategii w obliczu przedstawionych zastrzeżeń.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 4/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 12 marca 2021 r.
w sprawie regulacji wynagrodzeń
w ochronie zdrowia**

Naczelna Rada Lekarska jest wysoce niezadowolona ze sposobu, w jaki traktowane jest środowisko lekarskie w rozmowach o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia. Środowisko lekarskie mogło reprezentować swoją opinię wyłącznie w roli głosu doradczego Pracodawców RP w Zespole Trójstronnym Ministerstwa Zdrowia.

Po zapoznaniu się z propozycją Ministerstwa Zdrowia dotyczącą wskaźników wynagrodzeń na rok 2021 oraz na lata 2022-2024 stwierdzamy, że lekarze, lekarze dentyści i osoby wykonujące inne zawody medyczne w Polsce są i nadal będą proporcjonalnie najgorzej wynagradzani w stosunku do innych państw Unii Europejskiej, a złożone przez MZ propozycje jedynie tę patologię pogłębiają. W sytuacji ogromnego zaangażowania pracowników medycznych w przeciwdziałanie skutkom pandemii i walkę o życie i zdrowie Polaków oraz uwypuklonego przez pandemię skrajnego niedoboru personelu medycznego, samorząd lekarski odbiera zgłoszone propozycje jako przejaw arogancji władzy – przedstawiciele rządu RP uznali, że ludzie wykonujący zawód lekarza są w systemie opieki zdrowotnej nieistotni i zbędni.

Zaproponowano podwyżki w kwocie 19 zł brutto miesięcznie za etat pracy lekarza w 2021 roku. W kolejnych latach propozycja ta jest niewiele lepsza, zwiększając wynagrodzenie lekarskie od poziomu 1,31 przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2021 roku do poziomu „niebagatelnego” 1,38 przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2024 roku.

Propozycja ta zupełnie odbiega nie tylko od oczekiwań pracowników medycznych, ale i pracodawców i w sposób jednoznaczny wskazuje, że system opieki zdrowotnej jest nadal dla decydentów nieistotną gałęzią gospodarki, niewymagającą inwestycji w kadry medyczne, mimo najwyższej w całej gospodarce dysproporcji w zakresie popytu i podaży pracowników.

W najbliższym czasie ze środków unijnych ma być odbudowywany m.in. sektor ochrony zdrowia. Szkoda, że w planach rządowych nie znalazła się inwestycja w najważniejszy jego element – kadry. Być może infrastruktura i wyposażenie oraz kolejne inwestycje w e-zdrowie będą lepiej opiekować się pacjentami niż biały personel.

Złożone propozycje, mimo początkowo sze-rokich deklaracji wprowadzania modelu węgier-skiego w dochodzeniu do optymalnych wysoko-ści wynagrodzeń w ochronie zdrowia, pokazują, że czeka nas nieuchronna już zapaść publicznej opieki zdrowotnej w Polsce, migracja wewnątrz-na lekarzy do sektora usług komercyjnych lub emigracja zarobkowa do innych państw Unii Europejskiej. Wszystko to wpłynie jedynie na dalsze ograniczanie dostępu do usług medycz-nych, wydłużenie czasu oczekiwania na podsta-wowe świadczenia oraz finalnie doprowadzi do pogarszania się stanu zdrowia polskiej popula-cji, co w niedalekiej przyszłości przyniesie nie-odwracalne straty dla całej gospodarki.

Wobec powyższego Naczelna Rada Lekar-ska, znając w pełni oczekiwania środowiska, deklaruje pełną determinację w dążeniu do ra-towania publicznego systemu opieki zdrowot-nej w Polsce, bo ten bez istotnego wzrostu fi-nansowania, w tym również istotnego wzrostu wynagrodzeń dla pracowników medycznych, będzie stanowił zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego Polek i Polaków.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**APEL Nr 1/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 12 marca 2021 r.
do Ministra Zdrowia
o zorganizowanie debaty poświęconej
problemom środowiska lekarzy dentyistów**

Naczelna Rada Lekarska apeluje o pilne zor-ganizowanie pod auspicjami Ministra Zdro-wia debaty, która w sposób kompleksowy omawiałaby najistotniejsze problemy zwią-zane z wykonywaniem zawodu lekarza den-tysty w Polsce, a dotyczące dostępu lekarzy dentyistów do kształcenia podyplomowego oraz zdrowia ogólnego społeczeństwa w za-kresie, w jakim wpływa na nie stan zdrowia jamy ustnej (z wnioskiem o zorganizowanie debaty poświęconej problemom środowiska lekarzy dentyistów samorząd lekarski zwracał się już dwa lata temu do Ministra Zdro-wia pismem z 15 lutego 2019 r. znak: NRL/ZRP/MK/126-1/305/2019).

Trudną sytuację, w jakiej znajdują się od lat lekarze dentyści, a która obecnie dramatycz-nie pogłębia się, obrazuje:

- liczba przyznawanych miejsc rezydenckich dla specjalizacji lekarsko-dentyistycznych,
- udział wydatków na świadczenia stomato-logiczne w planie ogólnych wydatków Na-rodowego Funduszu Zdrowia.

W ostatnim czasie ww. wskaźniki spadły do swych minimalnych historycznie pozio-mów. W planie finansowym NFZ na rok 2021 udział stomatologii w wydatkach NFZ spadł poniżej 2%, a liczba przyznanych rezydentur dla lekarzy dentyistów w ostatnim postępo-waniu stanowi jedynie 1,5% wszystkich przy-dzielonych miejsc rezydenckich.

Przedstawiony stan rzeczy doprowadza do sytuacji, w której wszelkie postulaty zgła-szane przez lekarzy dentyistów borykają się z przyjętym mitem o „samowystarczalności”

stomatologii tj. o tym, że wskutek komercja-lizacji tej dziedziny działalności leczniczej nie ma potrzeby finansowania świadczeń stomatologicznych dla ubezpieczonych pa-cjentów, a w sprawie kształcenia można zdać się na zaradność lekarzy dentyistów.

Samorząd lekarski zwraca uwagę, że w ob-szarze kształcenia podyplomowego lekarzy dentyistów najgroźniejszy jest brak wizji mo-delu ścieżki rozwoju zawodowego stoma-tologów, którego szczegółowe rozwiązania nie muszą docelowo być dokładnie takie sa-me, jak w przypadku lekarzy. Niemniej **mo-del ten musi być spójny i zakładać realną możliwość współzawodnictwa o odbycie, finansowanego ze środków publicznych i zakończonego egzaminem, szkolenia.**

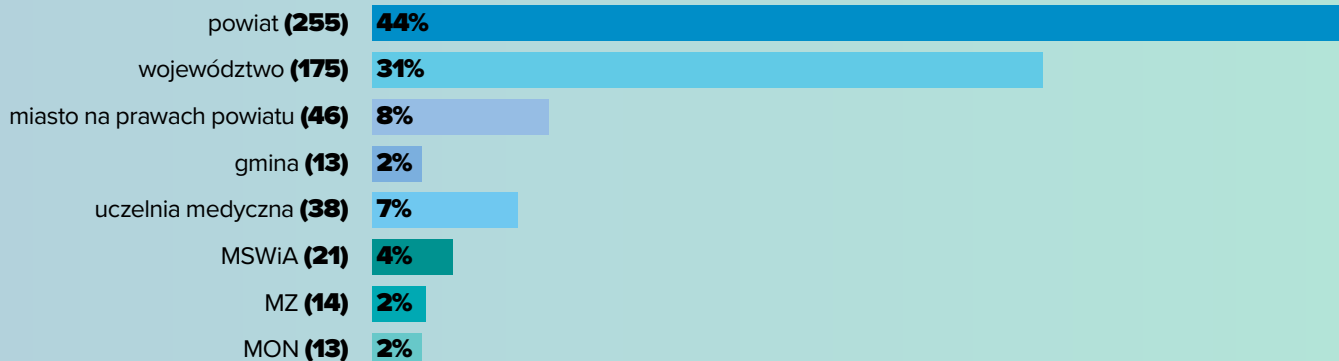
Samorząd lekarski wielokrotnie podkre-ślał, że **lekarze dentyści mają takie same potrzeby w zakresie rozwoju zawodowe-go, jak lekarze i na równi z nimi posiada-ją prawo do wsparcia tego procesu przez władze publiczne.**

Zarówno w jednym, jak i w drugim obsza-rze proponowanej tematyki debaty nie da się wyjść z impasu bez wyraźnej decyzji podję-tej przez Ministra Zdrowia. Dalsze pozor-ne ruchy i doraźne decyzje grożą margina-lizacją stomatologii w polityce zdrowotnej państwa, godząc jednocześnie w samą istotę zawodu lekarza dentyisty, jako zawodu zaufa-nia publicznego.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

Szpital publiczne (struktura właścicielska)



Szpital publiczne rozumiane jako szpitale funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, instytutów badawczych oraz spółek kapitałowych z większościami udziałem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub uczelni medycznych. Źródło danych: MZ.

Pakiet zmian (omówienie w tekście)

- **STRUKTURA WŁAŚCICIELSKA** – opcje zmian: 100 proc. szpitali podległych Skarbowi Państwa, przejęcie szpitali przez dwóch właścicieli (minister zdrowia, ewentualnie instytucja administracji państwowej, i marszałkowie województw), zmiany własnościowe tylko w powiązaniu z restrukturyzacją długu (możliwość wprowadzenia zarządu komisarycznego)
- **RESTRUKTURYZACJA DŁUGU** – kluczowa rola Agencji Rozwoju Szpitali sprawującej pieczę właścicielską nad publicznymi lecznicami (główny cel: zapewnienie rozwoju szpitalnictwa i wspieranie restrukturyzacji placówek)
- **JAKOŚĆ ZARZĄDZANIA** – organizacja egzaminów dla kadry zarządzającej i ich certyfikacja, wprowadzenie rozwoju ustawicznego (np. szkolenia menedżerskie), przygotowanie „korpusu restrukturyzacyjnego” mającego wprowadzać reformę w życie
- **REORGANIZACJA SYSTEMU** – nowa sieć szpitali: uproszczenie struktury, zmiana kryteriów włączenia do systemu PSZ, ograniczenie roli finansowania ryczałtowego (m.in. usunięcie AOS poza ryczałt), wprowadzenie benchmarkingu, dodatkowe bonusy dla placówek (np. wyższa wycena procedur, nielimitowane świadczenia) po spełnieniu kryteriów jakościowych

Cele reformy szpitalnictwa (założenia resortu zdrowia)

- ✗ zabezpieczenie świadczeń medycznych w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych oraz nowe dokumenty: krajowy i wojewódzkie plany transformacji w ochronie zdrowia
- ✗ częściowe oddłużenie przejmowanych szpitali
- ✗ wdrożenie rozwiązań mających poprawić rentowność szpitali i ich stabilność finansową
- ✗ oszczędności wynikające z efektu skali (np. dokonywanie wspólnych zakupów, stworzenie „centrum usług dla szpitali”)
- ✗ bardziej efektywne wykorzystanie kadr medycznych i bazy materialnej (ograniczenie „wyniszczającej” konkurencji o pacjentów, personel i zasoby materialne)
- ✗ lepsze wykorzystanie środków zaplanowanych na rozwój szpitalnictwa w kolejnych latach (m.in. z Krajowego Programu Odbudowy)
- ✗ poprawa jakości leczenia i jego efektów (w wyniku m.in. koncentracji leczenia specjalistycznego) połączona ze zwiększeniem dostępności do świadczeń, co ma poprawić poziom satysfakcji pacjentów
- ✗ wprowadzenie mechanizmów sprzyjających koordynacji opieki nad pacjentami
- ✗ uporządkowanie struktury świadczeniodawców i utworzenie scentralizowanego systemu nadzoru (Agencja Rozwoju Szpitali ma podlegać ministrowi zdrowia)
- ✗ popularyzacja nowych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia połączona z certyfikacją umiejętności kadry i utworzeniem „korpusu restrukturyzacyjnego”

REFORMA SZPITALNICTWA

Więcej niż centralizacja

Ministerstwo Zdrowia planuje coś więcej niż tylko centralizację szpitali. Coraz bardziej konkretyzuje się plan reformy systemu. Na pierwszy ogień mogą pójść zmiany w sieci szpitali. Cokolwiek nastąpi, na własnej skórze odczują to lekarze.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Mimo trwającej pandemii, dyskusja o przyszłości ochrony zdrowia zatacza coraz szersze kręgi. Kiedy gruchnęły pierwsze informacje o tym, że Ministerstwo Zdrowia planuje dokonać centralizacji szpitali, niemal natychmiast pojawiła się fala komentarzy na ogół bardzo krytycznie odnoszących się do intencji resortu.

W POWIATACH KIPI ZŁOŚĆ

Spotęgowała je szybka reakcja przedstawicieli samorządu terytorialnego, którzy na konferencjach prasowych wyliczali, ile pieniędzy z budżetów powiatów, miast na prawach powiatów i województw trafiło przez ostatnie dwie dekady do szpitali działających na ich terenie. Emocje są spore, ale od kilku tygodni niekoniecznie je widać z poziomu ogólnopolskich mediów, przez co można odnieść wrażenie, że zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia przestały elektryzować opinię publiczną. To mylne złudzenie. Temat „rozlał się” po mediach regionalnych i lokalnych, a plany resortu komentowane są w czasie sesji organów samorządów województw, powiatów, miast i gmin. W dyskusję bardzo aktywnie włączyli się samorządowcy i lokalni politycy, którzy wcześniej rzadko wypowiadali się o ochronie zdrowia. Nie bez znaczenia jest fakt, że szpitale powiatowe i wojewódzkie należą do największych pracodawców w wielu regionach. Wątpliwości budzi również czas podjęcia prac nad zmianami systemowymi – w trakcie pandemii wszystkie dostępne zasoby i instytucje powinni być raczej skoncentrowane na walce z COVID-19.

SZCZYT PIRAMIDY

Resort planowaną reformę systemu uzasadnia na m.in. pogorszeniem kondycji finansowej szpitali, co uwidacznia się we wzroście ich zadłużenia. W III kwartale 2020 r. zobowiązania SPZOZ-ów wyniosły 15,2 mld zł (dla porównania: zgodnie z „ustawą 6 procent” tegoroczne nakłady na ochronę zdrowia przekroczyły 120 mld zł). – Szpitalnictwo ma być szczytem piramidy świadczeń. Żeby je zreformować, trzeba zmienić strukturę właścicielską. Nie może być tak, że mamy 300 powiatów, z których każdy jest oddzielnym, autonomicznym tworem i prowadzi swoją politykę zdrowotną, a nie ogólnokrajową – mówi minister zdrowia Adam Niedzielski. – Być może województwo jest właściwym organem tworzącym dla szpitali, ale na pewno nie słaby powiat w województwie warmińsko-mazurskim – dodaje wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski. Te dwie wypowiedzi sporo mówią o przyczynach powołania w grudniu 2020 r. resortowego „Zespołu do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”. Założenia restrukturyzacji szpitali miały być gotowe do końca lutego br., ale niemal w ostatniej chwili wydłużono termin ich upublicznienia o miesiąc. Projekt ustawy powstanie za około dwa miesiące, ale już teraz da się zarysować plany Ministerstwa Zdrowia, wskazując na detale ułatwiające zrozumienie ich istoty.

OD ZDROWIA DO POLITYKI

Pojawiają się opinie, że „zabranie” szpitali spod kurateli powiatów stanowi zamach na zasadę pomocniczości i budzi

wątpliwości co do zgodności z konstytucją. Nie brakuje głosów, że centralizacja szpitali może być początkiem końca powiatów, a dalekosiężny plan obecnej władzy zmierza do ograniczenia kompetencji jednostek samorządu terytorialnego. Takie obawy – zostawiając na boku to, na ile są uzasadnione – wskazują, że dyskusja o przyszłości szpitali wykracza poza kwestie związane z ochroną zdrowia, a ministerstwo i rząd czeka batalia na kilku frontach. Oprócz sporu ściśle związanego z funkcjonowaniem opieki zdrowotnej równolegle rozpoczęła się bowiem dyskusja o zakresie działania i zadaniach powiatu, na co nakładają się zarzuty o ingerencję obozu władzy w fundamenty ustrojowe państwa. Wszelkie znaki na niebie i ziemi wskazują, że władza ma zakusy na dokonanie małej rewolucji w szpitalnictwie o dalekosiężnych skutkach. W największym skrócie miałyby ona objąć **cztery obszary**: strukturę właścicielską, restrukturyzację długu, jakość zarządzania i reorganizację systemu. Jeśli ktoś myślał, że resort przede wszystkim stworzy prawne ramy pod centralizację szpitali publicznych, zabierając dotychczasowy status placówkom powiatowym, i na tym poprzestanie, jest w wielkim błędzie, bo zmiany mają objąć także inne kwestie, o których wcześniej nie było mowy (np. redefinicja sieci szpitali).

ZMIANA WŁAŚCICIELI

Dotychczas najwięcej uwagi w mediach poświęcano nowej **strukturze właścicielskiej**. Wśród rozważanych przez resort wariantów zmian wspomina się o przekształceniu wszystkich szpitali publicznych w spółki medyczne



z udziałem Skarbu Państwa. Jedną z częściej wymienianych opcji zakłada, że placówki podległyby Ministerstwu Zdrowia (ewentualnie wojewodzie, Agencji Rozwoju Szpitali lub Narodowemu Funduszowi Zdrowia). Oznaczałoby to całościowe przejęcie ich od samorządów. Powołany przez ministra zdrowia zespół jest w trakcie analizy kwestii natury prawnej związanych z ewentualnym wejściem w życie przepisów umożliwiających przejęcie budynków i sprzętu. Inny wariant zakłada, że właścicielami szpitali byłiby resort i marszałkowie województw, z tym, że większość udziałów należałoby do Skarbu Państwa. Pojawiają się obawy, że przy takim podziale właścicielskim najważniejsze decyzje podejmowałaby administracja rządowa, a samorząd musiałby współuczestniczyć

w pokrywaniu strat spółek, nie mając decydującego wpływu na sposób ich zarządzania. Uregulowania wymagałby status placówek klinicznych i resortowych.

ZARZĄD KOMISARYCZNY

Trzecia propozycja polegałaby na dokonaniu zmian w powiązaniu z restrukturyzacją długu. Obawy wzbudza możliwość wprowadzenia do lecznic zarządu komisarycznego, co jest rozwiązaniem wzorowanym na sektorze bankowym. Komisarza wyznaczałby minister zdrowia m.in. w oparciu o kryteria finansowe, decydując np. o przekształceniu profilu placówki, ale – co warto podkreślić – bez przejmowania własności. W praktyce oznaczałoby to, że samorząd powiatowy dalej posiadałby pod swoimi skrzydłami szpital, ale niektóre lub nawet większość działających w nim

oddziałów mogłaby w ciągu paru miesięcy czy kilku lat zniknąć, a mówiąc precyzyjniej – zostałaby przeniesiona do jednej z okolicznych placówek. Część personelu musiałaby zapewne zmienić miejsce pracy. Widmo wprowadzenia komisarza podziało na wyobraźnię lokalnych decydentów, a zwłaszcza starostów – jak podkreśla resort zdrowia – często realizujących przesadne ambicje, a także szefów placówek zadłużonych po uszy, skłaniając ich do podejmowania pragmatycznych decyzji m.in. w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych. Która koncepcja zwycięży i jaki ostateczny kształt przybiorą rekomendowane przez zespół rozwiązania, nie wiadomo, ale w żadnej z nich nie ma najmniejszych szans na utrzymanie dotychczasowego statusu placówek powiatowych.

AGENCJA ROZWOJU SZPITALI

Wprawdzie nie wszystkie szpitale są pod kreską i nie brak placówek, które w ostatnich latach wyszły na prostą, ale – mówiąc w uproszczeniu – zadłużenie narasta. Aby przeciwdziałać temu zjawisku w niedalekiej przyszłości wiodącą rolę w zakresie **restrukturyzacji długu** może zacząć odgrywać Agencja Rozwoju Szpitali, podległa, tak jak NFZ, ministrowi zdrowia. Gdyby do tego doszło, wzrosłaby jego rola. Główny cel ARS urzędnicy resortu określają jako „zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa”. Za tymi niewinnie brzmiącymi słowami prawdopodobnie kryje się powstanie instytucji urzeczywistniającej ideę centralizacji, przekuwającej ją w system nadzoru, skoro to właśnie Agencja sprawowałaby pieczę właścicielską nad szpitalami. Do zadań ARS

Cztery lata i zmiana

Po czterech latach od uchwalenia nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w wyniku której powstał działający od ok. 3,5 roku system PSZ, Ministerstwo Zdrowia oficjalnie przyznaje, że koncepcja przeforsowana przez ówczesnego szefa resortu Konstantego Radziwiłła i jego zastępcę Piotra Gryzę wymaga istotnych zmian. Kilka lat temu obaj ministrowie przekonywali, że dzięki sieci zarządzanie szpitalami stanie się „bardziej elastyczne”, a leczenie pacjentów lepiej skoordynowane. Obecne kierownictwo resortu, choć jest zależne od tego samego obozu politycznego, uważa, że nie wszystkie założenia sprawdziły się w praktyce i zachodzi

potrzeba wprowadzenia m.in. skuteczniejszych bodźców motywacyjnych. W ocenie Ministerstwa Zdrowia sieć szpitali, stanowiąca odrębny system kontraktowania i finansowania świadczeń opieki, przyniosła pozytywne efekty m.in. w postaci poprawy stabilności finansowej placówek, przyczyniając się do poprawy koordynacji świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych. Pozwoliła też wprowadzić w ograniczonym zakresie elementy pro jakościowe w procesie finansowania świadczeń i przyczyniła się do zracjonalizowania struktury opieki szpitalnej, bo liczba zakontraktowanych profili wąskospecjalistycznych zmniejszyła się. Jedno i drugie miałyby „przyspieszyć” po wprowadzeniu planowanych zmian.

należałoby m.in. decydowanie o kierunku inwestycji, zapewnienie płynności placówkom i podział środków z Unii Europejskiej. Ponadto zatwierdzałyby programy restrukturyzacyjne i nadzorowałyby ich przebieg, nie wspominając o pozyskiwaniu środków finansowych na ten cel. Powołanie instytucji z takimi kompetencjami z pewnością zmniejszyłoby swobodę działania wielu placówek.

EGZAMINY DLA DYREKTORÓW?

Planowane przez resort zdrowia zmiany mają podnieść na wyższy poziom **jakość zarządzania**. Spore kontrowersje, nie tylko wśród dyrektorów szpitali, budzi zapowiedź certyfikacji kadry menedżerskiej i restrukturyzacyjnej, czym miałyby się zająć Agencja Rozwoju Szpitali. Mnożą się spekulacje, co kryje się za tymi deklaracjami, ale z dotychczasowych informacji wynika, że planuje się organizację egzaminów dla kadry zarządzającej, choć nie wiadomo, czy mieliby być nimi objęci wszyscy dyrektorzy i ich zastępcy, w tym ci z prestiżowymi dyplomami MBA. Gdyby wprowadzono takie egzaminy, przed koniecznością ich zdawania stanęłaby przynajmniej część lekarzy piastujących najważniejsze funkcje zarządcze w szpitalach. Ponadto mówi się o stworzeniu ram dla rozwoju ustawicznego kadry zarządzającej szpitalami w postaci szkoleń menedżerskich. To wszystko miałyby przyczynić się do poprawy zarządzania placówkami, o co od dawna toczono spory daleko wykraczające poza środowisko osób związanych z podmiotami leczniczymi.

NOWA SIEĆ SZPITALI

Jak wskazuje resort zdrowia, rozproszona struktura właścicielska utrudnia efektywne zarządzanie szpitalami, dlatego zachodzi potrzeba całościowej **reorganizacji systemu**. O potrzebie korekt w sieci szpitali, sztandarowym pomysłem ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła, mówił już jego następca, Łukasz Szumowski, tuż po objęciu urzędu na początku 2018 r., ale dopiero w sierpniu 2020 r., kilka dni przed złożeniem dymisji, powołał zespół w celu wypracowania założeń rozwiązań legislacyjnych dotyczących nowych zasad funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Prace zespołu zakończyły się kilka tygodni później, a kontynuacją jego aktywności były, jak podaje resort, „dalsze pogłębione prace analityczne, zmierzające do

wypracowania nowej koncepcji sieci”. Ich wyniki mają zostać zaprezentowane w II kwartale br. Rąbka tajemnicy uchylili niedawno zarówno minister Adam Niedzielski, jak i wiceminister Sławomir Gadomski: dojdzie do uproszczenia struktury sieci szpitali, zmienią się kryteria kwalifikacji oraz nastąpi zmiana zasad finansowania polegająca m.in. na wprowadzeniu finansowania mieszanego i „wyrzuceniu” AOS poza ryczałt. Ograniczenie roli ryczałtów można interpretować na różne sposoby, ale faktem pozostaje, że stanowi on jeden z fundamentów systemu PSZ.

PREMIA ALBO BAT

To jeszcze nie koniec planowanych zmian. Pojawiła się zapowiedź stworzenia kryteriów jakościowych, tak by premiovac najlepsze szpitale (np. brakiem limitu na wykonywanie świadczeń czy wyższą wyceną procedur), w czym ma pomóc benchmarking, choć na razie nie wiadomo, co stanowiłoby punkt odniesienia. Podnoszenie oczekiwań ze strony szefa resortu i prezesa NFZ było-

Dyskusja o przyszłości szpitali wykroczy poza kwestie związane z ochroną zdrowia.

by batem na placówki, w których – jak wskazuje Ministerstwo Zdrowia – sporo do życzenia pozostawia zarządzanie finansami, efekty leczenia są na niezadowalającym poziomie, a obsługa pacjenta kuleje. W ciągu ostatnich kilku lat przybyło możliwości porównywania niektórych danych między szpitalami, do czego walczy przyczynił się Adam Niedzielski w czasie, gdy pracował w NFZ. Na marginesie warto dodać, że w najbliższych tygodniach światło dzienne powinien ujrzeć projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia, a jeżeli w nieodległej przyszłości została by ona uchwalona, dodatkowo zmienią się systemowe reguły gry.

KIEDY USTAWA?

O ile zmiany struktury właścicielskiej miałyby zostać dokonane nie wcześniej niż w 2022 r., o tyle nowa sieć szpitali – według deklaracji kierownictwa resortu – może zacząć obowiązywać od 1 stycznia 2022 r., czyli już za kilka miesięcy. To wskazuje, że jeśli po stronie rządu i większości parlamentarnej będzie wola dokonania

zmian, czeka nas szybkie tempo prac nad uchwaleniem nowych przepisów. Jak mówi minister Adam Niedzielski, stojąc na czele NFZ, miał do czynienia z sytuacjami, gdy oddalone od siebie o kilkanaście kilometrów placówki nie potrafiły dojść do porozumienia. W jego opinii sieć tego problemu nie rozwiązała, a „wielowładztwo” połączone z rozproszeniem zasobów materialnych i kadrowych zemściło się w czasie pandemii. Po wprowadzeniu centralizacji szpitalnictwa i innych opisanych wyżej zmian, minister zdrowia mógłby nie tylko ustalać jeszcze większą część systemowych zasad gry, ale również stać się arbitrem rozstrzygającym spory na poziomie regionalnym i lokalnym. Mógłby to robić nie tylko dzięki nowym przepisom, ale również, a może przede wszystkim za pośrednictwem podległej mu Agencji Rozwoju Szpitali. Jeśli taka instytucja otrzyma znaczne kompetencje, może doprowadzić do większych zmian niż niejedna z ustaw uchwalonych w ostatnim czasie.

CO MA RADOM DO CENTRALIZACJI?

Niedawne zawieszenie dyrektora Radomskiego Szpitala Specjalistycznego Marka Pacyny dało kolejny argument do ręki przeciwnikom centralizacji. Szef resortu zdrowia odsunął go od kierowania placówką w związku z niestosowaniem się do poleceń wojewody mazowieckiego w zakresie tworzenia szpitala tymczasowego. Gdy szef NFZ wytypował na pełnomocnika szpitala kierownika lokalnej delegatury Funduszu, prace nad uruchomieniem szpitala tymczasowego ruszyły z kopyta. – W ciągu dwóch-trzech dni można osiągnąć rzeczy nieosiągalne przez ostatnie tygodnie – skomentował rzecznik ministra zdrowia, dodając, że działania pełnomocnika to dowód na wygraną pacjentów w starciu z „lokalnymi kłótniami”. Na pierwszy rzut oka sprawa szpitala miejskiego w Radomiu ma się nijak do centralizacji (minister skorzystał z zapisów ustawy covidowej), ale gdyby bliżej się przyjrzeć, to odnosi się wrażenie, że płynie z niej pewien morał – podporządkowanie podmiotów leczniczych resortowi oznacza przyspieszenie procesu decyzyjnego, a stawanie okoniem wobec poleceń „z góry” niesie za sobą oczywiste konsekwencje. W opinii części osób to pokazuje, co w praktyce oznacza przejęcie placówek samorządowych. ■

PRACA W WARUNKACH PANDEMII

Bilans nie chce wyjść na zero

Wirus SARS-CoV-2 w coraz większym stopniu demoluje system opieki zdrowotnej.

Lucyna Krysiak dziennikarz

CCOVID-19 sprawił, że zmalała dostępność do leczenia z powodu innych chorób wymagających wieloprofilowej diagnostyki i leczenia w oddziałach szpitalnych lub w poradniach specjalistycznych. W czasie trwania pandemii wyłonił się nowy obraz lecznictwa, w którym na dobre zagościły już teleporady, brak profilaktyki, słaba zgłaszalność pacjentów do lekarzy we wczesnych stadiach choroby, a zabiegi operacyjne wykonywane są w systemie ostrydyżurowym.

MOC TKWI W LUDZIACH

Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi to jedna z tych dużych placówek w Polsce, które posiadają wieloprofilowy zakres leczenia, zaplecze dydaktyczne (kształcenie studentów, specjalizantów) i naukowo-badawcze. W myśl zasady, że większy może więcej, mają one możliwości m.in. manewrowania środkami i kadrami. W sytuacji, kiedy z powodu COVID-19 część personelu medycznego okresowo musiała być wyłączona z obiegu (zakażenie SARS-CoV-2, kwarantanna), można było posiłkować się pielęgniarkami i lekarzami z innych oddziałów. Oczywiście wiązało się to z ograniczeniem przyjęć i łączeniem dyżurów na oddziałach, np. na ginekologii trzeba było przełożyć planowe zabiegi i operować wyłącznie pacjentki w trybie pilnym.

– Staramy się zachować zdrowy rozsądek i nie skupiać wyłącznie na pacjentach covidowych. Jeśli to konieczne, przeprowadzamy operacje, nawet bardzo rozległe, np. wszczepienia bajpasów, ale utrzymanie pracy w normalnym trybie nie jest łatwe. Z powodu ognisk koronawirusa musieliśmy na krótko zamykać niektóre oddziały, np. ortopedię, i przenosić pacjentów do innych placówek. Trzeba też było rozwiązać problem kontroli rozruszników serca, których nie dało się regulować za pomocą teleporad

– wylicza trudności Monika Domarecka, dyrektorka CSK UM w Łodzi. Ma jednak nadzieję, że po szczepieniach zakażenia wśród personelu będą rzadsze i sytuacja kadrowa się ustabilizuje.

Placówka ma także poradnie specjalistyczne, które przyjmują dziennie ok. tysiąca osób i mimo koronawirusa przez cały czas ich drzwi były dla pacjentów otwarte, choć część z zapisanych na wizytę w obawie przed zakażeniem się nie zgłosiła. Problemem stał się także zakaz odwiedzin. – Jesteśmy bombardowani telefonami od rodzin pacjentów. Dzwonią do dyżurek pielęgniarek, pokoiów lekarskich i do dyrektorki, sama często uczestniczę w takich sytuacjach. Nie mamy systemu informacji o pacjentach, musieliśmy więc nauczyć się być żołnierzami i decydować, co w danej chwili jest ważniejsze – leczenie czy rozmowy z rodziną, choć zdaje sobie sprawę, jak brak informacji o ich bliskich jest bolesny – tłumaczy Monika Domarecka i dodaje, że nie spodziewała się takiej mobilizacji sił i chęci do działania ze strony tak wielu osób, nie tylko pracowników szpitala, ale też samorządu lekarskiego, który przekazywał szpitalowi środki ochrony, oraz pomocy ze strony firm prywatnych oraz resortu zdrowia. Dyrektorka Domarecka podkreśla, że tylko dzięki temu można było w ciągu zaledwie pięciu dni w tym trudnym czasie otworzyć Pracownię Wirusów Oddechowych, gdzie są opracowywane wszystkie testy na COVID-19 pacjentów trafiających do CSK UM.

PRZYGNIECENI PANDEMIA

W jeszcze trudniejszej sytuacji są szpitale niewielkie, powiatowe, na których w dużej mierze opiera się walka z COVID-19, a które nieustannie borykają się z niedoborem kadry medycznej. Obliczono, że obecnie, kiedy pandemia przybiera na sile, już co trzecie łóżko covidowe znajduje się w szpitalu powiatowym.

Adam Styczeń, dyrektor SP ZOZ w Myślenicach, mówi, że szpital, którym kieruje, jest wieloprofilowy, a ponieważ znajduje się w pobliżu trasy Kraków–Zakopane (popularnie zwanej Zakopianką) i dysponuje lądowiskiem dla helikopterów, to trafiają tu ofiary wypadków komunikacyjnych i innych nagłych zdarzeń wymagających różnego rodzaju zabiegów operacyjnych.

– Na początku pandemii nasza covidowa działalność skupiała się na oddziale zakaźnym, ale wraz ze wzrostem zachorowań przekształcamy kolejne oddziały lub wydzielamy ich część i przeznaczamy je dla chorych zakażonych SARS-CoV-2. To wymaga specyficznych, trudnych zmian organizacyjnych, a także zwiększonej kadry medycznej gotowej do pracy na tych oddziałach. Same respiratory nie wystarczą, potrzebni są lekarze, pielęgniarki, specjalnie przeszkoleni do obsługi tego sprzętu medycznego. Koszty udzielanych świadczeń w pandemii są tak wysokie, że o jakichkolwiek zyskach nie może być mowy. Każde uratowane ludzkie życie i pomoc w chorobie jest jednak dla nas najważniejsze i właśnie to, a nie wymierne zyski finansowe, jest dla nas impulsem do podejmowania kolejnych wyzwań i pokonywania wszelkich trudności – mówi dyrektor szpitala Adam Styczeń.

NA LINII POZ-SZPITAL

Wielu tzw. szpitalników sygnalizuje, że kuleje współpraca na linii podstawowa opieka zdrowotna – szpital. Są zaniepokojeni tym, że odkąd teleporady stały się dominujące, zbyt wielu pacjentów, np. z zapaleniem płuc lub niewydolnością oddechową, jest hospitalizowanych o wiele za późno. W czasie trwania pandemii, a szczególnie, kiedy wzrastała zachorowalność na COVID-19, lekarze POZ często więc słyszeli słowa krytyki ze strony kolegów lekarzy pracujących w szpitalach. Głównie dotyczyły one

nadużywania teleporad, słabej dostępności pacjentów do lekarza, a co się z tym wiąże – opóźnień w diagnozowaniu chorób i podejmowaniu decyzji o kierowaniu pacjentów do szpitali.

– My również zostaliśmy przygniecieni tą sytuacją, pandemia wymusiła na nas całkowite przeorganizowanie pracy przychodni, które nie były dostosowane do udzielania tak dużej liczby porad przez telefon, musieliśmy także nauczyć się rozmawiać z pacjentem w taki sposób, aby nie widząc go, móc trafnie postawić diagnozę. To praca w dużym stresie, teleporady wbrew pozorom zabierają więcej czasu niż wizyta osobista i są zwodnicze, ponieważ zawsze wywołują w lekarzu niepokój, że może coś podczas takiej niebezpośredniej wizyty przeoczyć – mówi dr Izabela Banaś, lekarz rodzinny z Łodzi. Przekonuje jednak także, że ten problem można rozwiązać poprzez zastosowanie systemu triage, który pozwoli ocenić, kto może skorzystać z teleporady, kto potrzebuje wizyty bezpośredniej, a kto wymaga hospitalizacji. Uważa, że to poprawiłoby kontakt na linii POZ – szpital, przyspieszyło hospitalizację i podjęcie właściwego leczenia. Analizując sytuację w covidowej rzeczywistości, uważa że największą stratą dla POZ nie są dodatkowe wydatki, które poradnie musiały ponieść w związku z zakupem środków ochrony, a także wysiłek, który trzeba było włożyć w przeorganizowanie przychodni, ale uszczerbek na wizerunku, który teraz trzeba będzie odbudować. Jeśli chodzi o zyski, to doceniłaby doświadczenie, którego w rzeczywistości covidowej nabrał POZ.

POD ŚCIANĄ

COVID-19 wyrządził wiele szkód, m.in. w kardiologii, gdzie spadła liczba planowych zabiegów z zakresu hemodynamiki czy elektrofizjologii, w ortopedii, gdzie odkłada się wszczepienie endoprotez, a także chirurgii ogólnej, gdzie operuje się tylko ostre przypadki. Najbardziej ucierpiała chyba jednak onkologia. – Przechodzimy prawdziwe załamanie, którego skutki będziemy odczuwać przez wiele lat. Opóźnienia, począwszy od diagnostyki, poprzez leczenie chirurgiczne oraz radio- i chemioterapię, wielokrotnie zmniejszają szanse na przeżycie pacjentów z chorobą nowotworową. Wobec wzrostu zachorowań na COVID-19 przesuwają się też anestezjologów i pielęgniarki z chirurgii do stanowisk z respiratorami, co praktycznie odcina nam dostęp do sal operacyjnych – denerwuje się prof. Dawid Murawa, kierownik Katedry Chirurgii i Onkologii UM

w Zielonej Górze. Jest zaniepokojony tym bardziej, że liczba zabiegów wciąż spada i zamierza jako konsultant wojewódzki ds. chirurgii onkologicznej w Lubuskiem zwrócić się do ministra zdrowia o pomoc w tej sprawie. – Nie mam dokąd tych pacjentów odsyłać, a są to poważne przypadki, np. niezbędna operacja raka jelita grubego z przerzutem do wątroby u pacjenta przywiezionego do nas z Poznania, gdyż tam nikt nie chciał go zoperować – wyjaśnia profesor.

Nie lepiej sytuacja wygląda w radioterapii. Prof. Krzysztof Składowski, krajowy konsultant ds. radioterapii onkologicznej i dyrektor gliwickiego oddziału Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, informuje, że powstaje raport za 2020 r. na ten temat i chociaż za wcześnie mówić o szczegółach, z rozmów z wojewódzkimi

konsultantami wynika, że z powodu pandemii COVID-19 drastycznie spadła liczba chorych leczonych promieniami i że spadek ten dotyczy prawdopodobnie wszystkich ośrodków radioterapii w Polsce, niezależnie od tego, czy są to ośrodki publiczne, w których realizowano do tej pory ponad 80 proc. wszystkich procedur radioterapeutycznych, czy też placówki prywatne. – Główną przyczyną zmniejszonej liczby pacjentów zgłaszających się do ośrodków onkologicznych, w tym do ośrodków radioterapii, jest brak lub opóźnione rozpoznawanie chorób nowotworowych – zaznacza prof. Krzysztof Składowski i zastrzega, że zabiegi radioterapii były realizowane zgodnie z planem, ale w zmniejszonym zakresie, na co miała wpływ mniejsza zgłaszalność pacjentów. W tym wypadku lęk przed rakiem okazał się mniejszy niż przed zakażeniem SARS-CoV-2. ■

REKLAMA

TRANSPLANTACJE PŁUC

Pomagamy im walczyć o oddech

Z dr. hab. Markiem Ochmanem, specjalistą transplantologii klinicznej i chorób płuc, koordynatorem Oddziału Transplantacji Płuc w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, rozmawia Lidia Sulikowska.

Kiedy w połowie 2018 r. rozmawialiśmy na temat odbudowy zespołu transplantacji płuc w SCCS, mieliście na koncie kilkanaście takich zabiegów. Teraz jesteście wiodącym ośrodkiem transplantacji płuc w Polsce. Jak do tego doszło?

Rzeczywiście, rozwijamy się w niezłym tempie. Do końca 2018 r. wykonaliśmy 27 transplantacji. W następnym roku było kolejnych 36 – co stawiało nas w pierwszej dwudziestce najlepszych ośrodków transplantacji płuc w Europie. W ubiegłym roku chcieliśmy przekroczyć granicę 40 przeszczepień w roku, ale niestety pandemia pokrzyżowała nam plany i przeprowadziliśmy 27 transplantacji. W tym roku wykonaliśmy już 9 i osiągnęliśmy tym samym 100 przeszczepień wykonanych przez nasz zespół. Liczby to jednak nie wszystko. Liczy się przede wszystkim to, aby wynik zabiegu był pomyślny, a chory zyskał kilka kolejnych lat życia. Na tym się skupiamy, z sukcesem, co mnie ogromnie cieszy.

Co jest kluczem do sukcesu?

Siła tkwi w zespole. Wszyscy jesteśmy mocno zaangażowani i chcemy przełamywać kolejne bariery w transplantacjach płuc. Zaczynaliśmy w czteroosobowym składzie: dwóch kardiokirurgów – dr Maciej Urlik i dr Tomasz Stącel, oraz dwóch pulmonologów: dr Mirosław Nęcki i ja. Po jakimś czasie dołączyli do nas kolejni kardiokirurdzy: Remigiusz Antończyk i dr Piotr Pasek, a także rezydentka Magdalena Latos. Oczywiście nie byłoby nas w tym miejscu, gdyby nie anestezjolodzy: Dawid Borowik, Michał Kręt, Agnieszka Wiklińska, Anna Pióro oraz wspaniałe pielęgniarki z Aliną Kliczką na czele, perfuzjoniści i instrumentariuszki. Świetnie się rozumiemy, lubimy i szanujemy. W odtworzeniu programu transplantacyjnego pomogło nam doświadczenie zdobyte pod koniec 2017 r. w ośrodku w Hanowerze, gdzie dzięki uprzejmości tamtejszych specjalistów mogliśmy przyjrzeć się ich pracy – od prowadzenia chorego, po stosowane metody leczenia i samą organizację placówki.

Czy zespół jest kompletny?

Oczywiście, lecz by dalej się rozwijać i móc wykonywać więcej operacji, musimy poszerzać skład. Zapraszamy chętnych



do współpracy. Ta praca wymaga poświęcenia, ale daje wielką satysfakcję.

Mówił pan o tym, że z powodu pandemii COVID-19 w 2020 r. nie udało się wykonać tylu zabiegów, ile planowaliście. Co było największą przeszkodą?

Było kilka powodów, m.in. to, że z powodu zakażenia koronawirusem większa część zespołu była na ponad miesiąc wyłączona z pracy. Poza tym, co oczywiste, procedury związane ze zminimalizowaniem ryzyka wystąpienia SARS-CoV-2 znacznie utrudniały możliwości hospita-

lizacji. W ubiegłym roku spadła też aż o 20 proc. liczba dawców. OIOM-y były zajęte przez pacjentów covidowych i to chyba najważniejsza przyczyna.

Ostatnio media w USA rozpisywały się o pewnej kobiecie z Michigan, której przeszczepiono płuca zainfekowane koronawirusem. Ta pacjentka zmarła...

Każdy nasz potencjalny dawca jest badany w kierunku zakażenia SARS-CoV-2. I to nie tylko za pomocą testów metodą RT-PCR, ale też tomografii klatki piersiowej. Minimalizujemy ryzyko tak bardzo, jak to tylko możliwe.

Latem ubiegłego roku jako pierwsi w kraju przeszczepiliście płuca pacjentowi z COVID-19. Dlaczego podjęliście takie wyzwanie?

Kiedy dr Konstanty Szuldrzyński ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie zwrócił się do nas z prośbą, abyśmy pomogli młodemu człowiekowi chorującemu na COVID-19, prowadzonemu na ECMO, dla którego jedyną szansą na ratunek była transplantacja płuc, nie mogliśmy odmówić. Pacjent pomyślnie przeszedł kwalifikację do zabiegu, szybko pojawił się też dawca.

Operacja niewątpliwie była wyzwaniem. Zaledwie kilka ośrodków na świecie wykonało wtedy przeszczepienie płuc pacjentom, którym koronawirus zniszczył ich własne. Nie mieliśmy możliwości skonsultowania się, jak postępować z takim chorym, brakowało wytycznych Międzynarodowego Towarzystwa Przeszczepów Płuc i Serca (pojawiały się one

dopiero na początku 2021 r. – przyp. red.). Musieliśmy polegać na bardzo nielicznych publikacjach naukowych i własnym doświadczeniu. Na szczęście nasi transplantolodzy – dr Urik i dr Stącel – już wcześniej przeszczepiali płuca chorym wspomaganym przez ECMO, wprowadzając właściwie w naszym kraju taką strategię pilnych przeszczepień.

Co was najbardziej zaskoczyło podczas zabiegu?

Rozmiar płuc zniszczonych przez COVID-19. Były one tak restrykcyjnie zmienione, że trudno było zmieścić w klatce piersiowej pacjenta nowy narząd. Ostatecznie zabieg się udał, chory wrócił do zdrowia. Mamy już za sobą pięć takich transplantacji.



Kardiochirurdzy podczas transplantacji płuc: (od lewej): Remigiusz Antończyk, Maciej Urik i Tomasz Stącel

Jak wielu pacjentów chorujących na COVID-19 potrzebuje nowych płuc?

Mamy wiele zgłoszeń dotyczących pacjentów, u których COVID-19 doprowadził do masywnego uszkodzenia płuc. Niestety większość z nich nie ma szans na transplantację. Można pomóc niewielkiej grupie chorych – stosunkowo młodym, bez dodatkowych obciążeń, którym nie trzeba wykonywać wielu badań kwalifikujących do transplantacji, bo po prostu czas na to nie pozwala. Poza tym trudno jest pozyskać dawcę w tak krótkim czasie i w tak niesprzyjających okolicznościach.

Trafiają do was też chorzy na mukowiscydozę.

To nasi najmłodszy pacjenci. Pomoc im sprawia nam ogromną radość. U jednego z nich lekarze naszego zespołu wspólnie z zespołem Prof. Roberta Króla z SPSK w Katowicach wykonali jednoczesowe przeszczepienie płuc i wątroby. To była pierwsza taka operacja w krajach byłego „bloku wschodniego”.

Ile lat miał najmłodszy pacjent?

Udało nam się jako pierwszym w Polsce z sukcesem wykonać transplantację płuc u 10-letniego dziecka, które przeżyło już wcześniej operację neurochirurgiczną i kardiochirurgiczną, co jeszcze bardziej potęgowało ryzyko.

Chorzy dzięki przeszczepieniu zyskują dodatkowych kilka lat życia. Aby funkcjonować dalej, muszą przejść ponowną transplantację. Zabieg ten jest jednak rzadko wykonywany w Polsce.

To, jak długo pacjent jest w stanie przeżyć po przeszczepieniu płuc, zależy od wielu czynników, m.in. od wieku i choroby, na którą cierpi. Średnio przeszczepienie jednego płuca daje dodatkowych pięć lat życia, a obydwu płuc – nawet siedem i pół roku. W mukowiscydozie ten wskaźnik jest jeszcze wyższy. Skoro operujemy bardzo młodych pacjentów, czujemy się w obowiązku zaproponować im kolejne etapy leczenia, kiedy już i te płuca się „zużywają”. Szansą na przedłużenie ich życia jest retransplantacja. Również w tym aspekcie wykonaliśmy pionierskie w naszym kraju zabiegi, a trzeba pamiętać, że niosą one o wiele większe ryzyko niż transplantacja pierwotna.

Jak pan widzi dalszy rozwój zespołu?

Przyjmuje się, że aby placówkę zaliczyć do tych, które wykonują transplantacje płuc rutynowo, i osiągają najlepsze wyniki, musi ona wykonać co najmniej 100 zabiegów w ciągu trzech lat. Nam się to udało, ale marzyłbym, abyśmy wykonywali sto transplantacji rocznie i osiągnęli poziom czołowych ośrodków w Europie i na świecie.

Czego najbardziej brakuje? Pieniądzy? Kadry? Narządów?

Jeśli chodzi o liczbę dawców, to sytuacja z roku na rok się poprawia. To głównie zasługa dr Urika, który dzięki wiedzy zdobytej w zagranicznych ośrodkach transplantacyjnych jest w stanie precyzyjnie kwalifikować organy nadające się do przeszczepienia. Okazuje się, że narządy, które kiedyś odrzucaliśmy, dziś mogą być z powodzeniem wykorzystane i jeszcze długo posłużyć biorcom.

Bardzo brakuje nam odrębnej jednostki pulmonologicznej, która przejęłaby obowiązki związane z kwalifikacją pacjentów do zabiegu oraz zajęłaby się długoletnią opieką nad chorym po przeszczepieniu. To odciążałoby zespół, który mógłby wzorem największych światowych ośrodków w pełni poświęcić się tylko transplantacjom. Na to potrzeba jednak czasu i wyszkolenia wykwalifikowanych specjalistów.

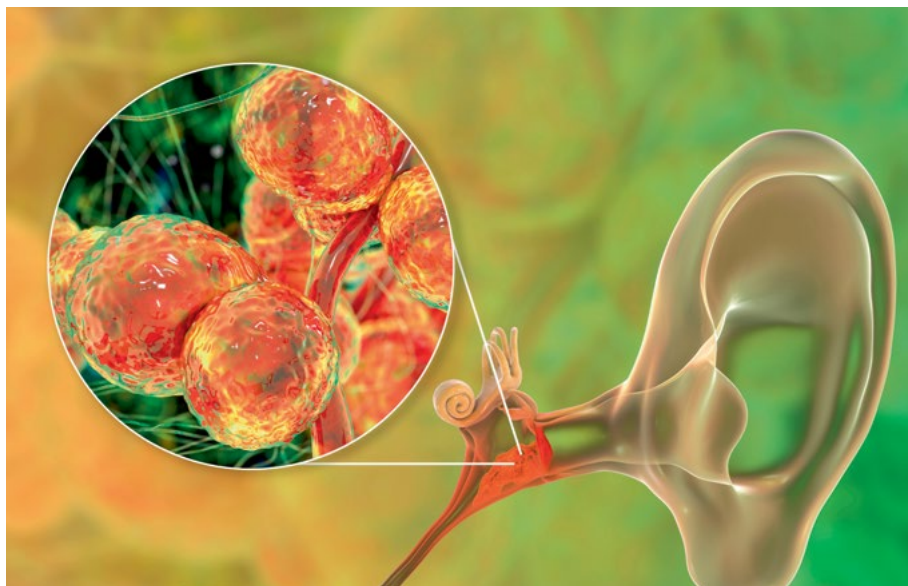
Co jest najtrudniejsze w tej pracy?

Dla mnie najtrudniejsza jest dyskwalifikacja pacjenta z przeszczepienia. Zdaję sobie również sprawę, że nie jesteśmy w stanie pomóc wszystkim chorym, którzy zakwalifikowali się jako biorcy. Nigdy nie wystarczy organów dla wszystkich. Długo pamiętam tych, którzy nie doczekali transplantacji. Ale pamiętam też tych, którzy po operacji, tuż po rozintubowaniu, unoszą kciuk do góry, dając nam znak, że wreszcie mogą oddychać. W takich momentach mam poczucie, że to, co robimy, ma rzeczywisty sens.

Nie zamieniłbym tej pracy na żadną inną. To dziedzina, która daje olbrzymie możliwości rozwoju, dotycząca wielu specjalizacji. Pomagamy chorym w jednym z najtrudniejszych stanów klinicznych – niewydolnością oddechową. Osobom, które duszą się w stanie spoczynku, walczą o każdy kolejny oddech. Cieszę się, że możemy pomóc chociaż niektórym z nich. ■

NAUKA W PIGUŁCE

Candida auris: przełomowe odkrycie



Patogenne drożdżaki *Candida auris* wyizolowano w Korei Południowej już w 1996 r., jednak opisano je po raz pierwszy dopiero w roku 2009 – gdy odkryto je u pacjenta z Japonii cierpiącego na zakażenie przewodu słuchowego zewnętrznego.

Ten superpatogen, czyli organizm odporny na wiele znanych leków przeciwgrzybiczych, uznawany jest obecnie za

zagrożenie dla zdrowia publicznego. Rozprzestrzenił się on już na całym świecie i jest odpowiedzialny za wywoływanie epidemii szpitalnych. Infekcje ran i fungemia to najczęstsze stany kliniczne powodowane przez *C. auris*. Wśród pacjentów zainfekowanych tym patogenem, z ciężką postacią choroby, śmiertelność sięga od 30 do 60 proc.

Badania prowadzone przez grupę naukowców z Holandii, Indii oraz Kolumbii, kierowanej przez dr Anuradha Chowdhary z Uniwersytetu w Delhi (Indie), wykazały, że patogen ten nie ogranicza się wyłącznie do bytowania w organizmach ssaków, lecz ma zdolność przetrwania także w środowisku naturalnym – badacze wyizolowali go z próbek pochodzących z plaży (22 izolaty) i mokradł ze słonymi bagnami (dwa izolaty) z okolicy Wysp Andamańskich.

– Izolaty, które odkryliśmy na obszarze dotkniętym ludzką aktywnością, były silniej spokrewnione ze szczepami, które obserwujemy w warunkach klinicznych – tłumaczy badaczka. – Mamy nadzieję, że przyszłe badania pomogą lepiej zrozumieć zaobserwowany przez nas związek. Jedną z hipotez, którą zakładamy, jest ta, że odkryte izolaty pochodzą ze złuszczonej skóry ludzkiej, którą jak wiemy *C. auris* może kolonizować – dodaje dr Chowdhary. Naukowcy chcą poznać mechanizmy rozwijania się grzyba w środowisku naturalnym, a także wyjaśnić, dlaczego jest tak niebezpieczny dla ludzi. ■

Źródło: mbio.asm.org

Naukowcy chcą powstrzymać przejadanie się

Według WHO częstość występowania otyłości na całym świecie wzrosła od 1975 r. prawie trzykrotnie. W 2016 r. aż 39 proc. dorosłych na całym świecie miało nadwagę, a 13 proc. – otyłość.

Międzynarodowy zespół naukowców pod kierownictwem University of Florida w Gainesville odkrył, że obszar mózgu, zwany korą podpajęczynówkową (IL), odgrywa rolę we wstępnym uczeniu się zachowań związanych z poszukiwaniem i podawaniem sobie jedzenia. Wyniki badań opublikowano w czasopiśmie „eNeuro”.

– Ludzie mają skłonność do przejadania się, gdy są narażeni na oddziaływanie bodźców środowiskowych, które przypominają im smakołyki – uważa dr Sergio Iñiguez, jeden z naukowców, który kieruje Laboratorium Neuronauki Behawioralnej Iñiguez na Uniwersytecie Tekszańskim w El Paso. Twierdzi on, że to jeden z powodów, dla których ludzie np. decydują się sięgnąć po deser nawet po zjedzeniu uprzednio sycącego posiłku. Wystarczy, że wcześniej spojrzą w sklepie na półkę z deserami, by skusić się na zjedzenie czegoś słodkiego, nawet jeśli są najedzeni.

Naukowcom, którzy badania prowadzili na szczurach, udało się powstrzymać je przed przejadaniem się, ucząc zwierzęta kojarzyć jadalne smakołyki z konkretną wskazówką. Dokonali tego, wyłączając u nich aktywność kory podpajęczynówkowej. – To znaczące odkrycie, ponieważ mamy teraz narzędzia eksperymentalne, pozwalające nam wyłączać neurony, gdy badani zaangażują się w dane zachowanie – ocenił dr Iñiguez. W dłuższej perspektywie odkrycie to może doprowadzić do opracowania nowych sposobów zapobiegania przejadaniu się ludzi. ■

Stres, lęk, depresja

19 marca w „Nature” ukazał się raport „Model mediacji łańcuchowej dotyczący objawów COVID-19 i skutków zdrowia psychicznego u Amerykanów, Azjatów i Europejczyków”. To wynik prac zespołu naukowców pod przewodnictwem Cuiyan Wang z Huaibei Normal University (Chiny).

Badanie miało na celu porównanie wyników ankiet przeprowadzonych podczas pandemii COVID-19. Wzięto w nim udział 4612 respondentów z ośmiu krajów (866 z Chin, 982 z Polski, 619 z Filipin, 651 z Hiszpanii, 571 z USA, 391 z Iranu, 419 z Pakistanu i 113 z Wietnamu). Ponad 70 proc. to osoby posiadające wykształcenie wyższe. Uczestnicy wypełnili kwestionariusze online, a pytania ankietowe dotyczyły odczuwanych objawów fizycznych, potrzeb informacji zdrowotnych, kwestionariusza wpływu rewizji skali zdarzeń (IES-R) oraz skali depresji, lęku i stresu (DASS-21).

Według otrzymanych wyników, Polska i Filipiny to kraje o najwyższym poziomie lęku, depresji i stresu; najniższy zaś wykazano w Wietnamie. Opracowany przez naukowców model mediacji łańcuchowej dowiódł, że wśród respondentów istnieje potrzeba posiadania informacji o stanie zdrowia. Wykazano też wpływ pandemii na wystąpienie u nich fizycznych objawów przypominających zakażenie COVID-19, a także ich wpływ na stan zdrowia psychicznego.



Respondenci wskazali trzy najważniejsze potrzeby: otrzymanie informacji pozwalających na zrozumienie skuteczności dostępnych leków i szczepionek (70,22%), możliwość odbycia porady dotyczącej metod leczenia (64,36%) oraz posiadanie informacji o lokalnych ogniskach (62,3%). Jednocześnie wyniki badania pokazały, że osoby, które miały mniejszy dostęp do informacji zdrowotnych, były mniej niespokojne, przygnębione i zestresowane oraz mniej martwiły się pandemią. Z kolei nadmiar informacji, zwłaszcza niedokładnych i wprowadzających w błąd, prowadził do niekorzystnych skutków dla zdrowia psychicznego.

Najczęstszymi objawami fizycznymi przypominającymi COVID-19, które zgłaszali uczestnicy badania, były: bóle głowy (28,62%), kaszel (20,73%) i ból gardła (19,7%); najrzadziej: trudności w oddychaniu (11,56%), dreszcze (11,27%) i gorączka (10,99%).

Jak pokazało badanie, respondenci z Polski zgłaszali wysoki poziom stresu, lęku i depresji. U bardziej samotnych Polaków obserwowano wzrost obaw o izolację społeczną i problemy finansowe. Dodatkowo polskie media często informowały, że służba zdrowia w Polsce nie jest przygotowana do walki z pandemią, boryka się brakami kadrowymi, deficytem lekarstw i środków ochrony indywidualnej (ŚOI) oraz problemem zamykania szpitali. Wszystko to – jak twierdzą badacze – mogło mieć negatywny wpływ na zdrowie psychiczne Polaków.

Naukowcy sugerują, że aby minimalizować negatywne skutki oddziaływania epidemii, należy zaoferować interwencje psychologiczne online, takie jak terapia poznawczo-behawioralna i terapia oparta na uważności. Ich zdaniem, pandemia COVID-19 stwarza okazję do wprowadzenia i promowania telepsychiatrii.

Badacze uważają też, że brak testów na koronawirusa dodatkowo może przyczyniać się do pogarszania kondycji psychicznej. „Istnieje pilna potrzeba opracowania dokładnych, szybkich testów diagnostycznych. Negatywny wynik testu na COVID-19 u członków populacji ogólnej, u których występują objawy fizyczne, może złagodzić lęk, depresję i stres” – napisali w raporcie. ■

Źródło: nature.com

Celowane dostarczanie leków przeciwbólowych

Europejscy naukowcy opracowali roztwór do wstrzykiwań, z którego miejscowo i w sposób kontrolowany uwalniane są leki przeciwbólowe, aby skutecznie leczyć przewlekły ból.

W ramach projektu TherGelFas został opracowany produkt do wstrzykiwań, wpływający na odbiór bodźców przez nerwy w trakcie zabiegu chirurgicznego i po nim. – Naszym celem było połączenie zaawansowanych materiałów w celu stworzenia produktu, który może uwalniać NLPZ i inne leki w kontrolowany sposób, a tym samym zapobiegać przekształcaniu bólu ostrego w przewlekły – wyjaśnia Manu Muñoz, koordynator projektu.

Roztwór składa się z nanostrukturyzowanego hydrożelu na bazie kwasu hialuronowego, w którym zawarte są różne leki. Polimer jest biokompatybilny, biodegradowalny i ma właściwości antyseptyczne. Jego główną zaletą jest to, że uwalnia leki w miejscu docelowym w kontrolowany sposób. Przedłuża to działanie terapeutyczne i obniża stężenie leku poniżej poziomu osiąganego konwencjonalnymi metodami. Poprawia również profil farmakokinetyczny leków, co przekłada się na mniejszą toksyczność i mniejszą ilość działań niepożądanych.

– Łącząc kilka technologii i zaawansowane biomateriały, uzyskaliśmy produkt leczniczy gotowy do testowania i certyfikowania pod kątem skutecznego łagodzenia bólu, który można skalować do produkcji przemysłowej – mówi koordynator badania.

Naukowcy pracują obecnie nad stworzeniem hydrożelu do wstrzykiwań zgodnie ze standardami Dobrej Praktyki Produkcyjnej, który zostanie poddany badaniom klinicznym po uzyskaniu zgody organów regulacyjnych. ■

Źródło: cordis.europa.eu

REHABILITACJA POCOVIDOWA

Ozdrowienie nie znaczy zdrowy

Pokonanie COVID-19 nie musi być równoznaczne z powrotem do zdrowia i normalnego życia.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach jako pierwszy w kraju i Europie rozpoczął rehabilitację pacjentów, którzy przeszli COVID-19. Obecnie na zabiegi usprawniające układy: oddechowy, krążenia i neurologiczny, jest tam zapisanych blisko 600 osób, ale w kolejce czeka czterokrotnie więcej ozdrowieńców.

W tej grupie znajdują się głównie ci, którzy przeszli chorobę najciężej, u których objawy utrzymywały się dłużej niż przeciętnie po zakażeniu koronawirusem. Aby skorzystać z usług tej placówki, potrzebne jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza POZ. Pobyt w oddziale pulmonologicznym szpitala, gdzie pacjenci poddawani są zabiegom i ćwiczeniom rehabilitacyjnym, trwa 21 dni. Na ozdrowieńców czeka tam 90 łóżek, których docelowo ma być około 100.

GLUCHOŁAZY TO PIŁOTAŻ

Rehabilitacja pocovidowych pacjentów w Głuchołazach odbywa się w ramach programu pilotażowego, opracowanego przez zespół tej placówki i krajowego konsultanta w dziedzinie fizjologii prof. Jana Szczepielniaka. Szpital ma długoletnie doświadczenie i osiągnięcia w rehabilitacji osób z chorobami płuc i serca, dysponuje odpowiednią kadrą specjalistów z różnych dziedzin, wyposażeniem w sprzęt i zapleczem naukowo-badawczym. Zdrowieniu pacjentów sprzyja także podgórskie położenie i klimat.

Projekt zyskał poparcie resortu zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz zapewnienie ze strony



NFZ o refundacji usług związanych z pocovidową rehabilitacją na najbliższe dwa lata. Ma on posłużyć w zebraniu informacji o długotrwałych skutkach zdrowotnych zachorowania na COVID-19. Najczęstsze z nich to zaburzenia w oddychaniu, duszność, utrata węchu i smaku, ale też m.in. zaburzenia równowagi czy przewlekłe zmęczenie. Szpital opracował dla ozdrowieńców cykl zabiegów obejmujących pięć procedur, których celem jest poprawa wydolności wysiłkowej i krążeniowej oraz sfery psychicznej (wielu chorych ma kłopoty z koncentracją, odczuwa spowolnienie, ma poczucie zagubienia).

Pierwsze grupy pacjentów, które zakończyły rehabilitację w Głuchołazach, w przygotowanej ankiecie zasygnalizowały znaczącą poprawę wydolności swojego organizmu. Jest ich jednak dopiero ponad 100, dalej idące wnioski z przebytej rehabilitacji będzie można wyciągnąć dopiero, kiedy zakończy ją minimum trzy tys. osób po przebyciu COVID-19. Ministerstwo Zdrowia zakłada, że pilotaż potrwa dwa lata.

IDĄC PO ŚLADACH

Wzorem Głuchołazów zaczynają podążać inni. W Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu w Zgierzu ostatnio także otwarto oddział rehabilitacyjny dla osób po COVID-19, mających problemy z powrotem do formy i pełnej sprawności. Placówka liczy 20 miejsc i jej działalność jest refundowana przez NFZ. Rehabilitacja jest tutaj prowadzona po skierowaniu przez lekarza POZ na podstawie programu, który przygotowali tutejsi lekarze i terapeuci. Program obejmuje usprawnianie osób z powikłaniami po przebyciu COVID-19, często związanymi z zaburzeniami ciśnienia krwi, zakrzepami zatorowymi, zmniejszeniem wydolności oddechowej oraz ogólnym osłabieniem organizmu, bezsennością. Wymienia się nawet kilkadziesiąt objawów, które kwalifikują ich do rehabilitacji.

W mediach codziennie podawane są informacje o nowych miejscach, gdzie można rehabilitować ozdrowieńców pocovidowych – w Krakowie, we Wrocławiu, w Rabce, Ustroniu, a ostatnio w podziemnym uzdrowisku w kopalni soli w Wieliczce, gdzie także realizowany jest autorski program rehabilitacyjny dla tej grupy pacjentów. Terapia jest skierowana do osób, które nie wymagają całodobowej opieki medycznej, nie były hospitalizowane po zarażeniu się koronawirusem lub od ich wypisu ze szpitala minęło 6-8 tygodni.

Rehabilitacja pocovidowa w Polsce jest coraz bardziej zróżnicowana w swojej formule, bo prowadzona zarówno w warunkach szpitalnych na oddziałach, w warunkach ambulatoryjnych, jak i w uzdrowiskach, które coraz chętniej włączają się w ten proces. ■

ŻYCIE PO KORONAWIRUSIE

COVID-19 pozostaje na długo

Z prof. Janem Szczegielniakiem, konsultantem krajowym
w dziedzinie fizjoterapii, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jak liczna grupa pacjentów pocovidowych będzie potrzebowała rehabilitacji?

Sytuacja jest dynamiczna i na razie możemy się opierać jedynie na danych szacunkowych. Przyjmuje się jednak, że u około 20-30 proc. osób, które przechorowały COVID-19, występują długo utrzymujące się objawy tej choroby, wśród tej grupy ozdowieńców mogą przedłużać się one nawet do 8-12 tygodni, a u kilku proc. utrzymywać powyżej 12 tygodni. Wszystkie te osoby mogą wymagać rehabilitacji.

Czy przeważają wśród nich seniorzy?

Byliśmy przekonani, że potrzeba rehabilitacji będzie głównie dotyczyła osób starszych, z chorobami współistniejącymi, które przebywały na oddziałach intensywnej terapii. Na COVID-19 chorują jednak także osoby młode, w wieku produkcyjnym. Duży odsetek wymagających rehabilitacji stanowią 20-30-latkowie. Przed zachorowaniem będący w pełni sił, często uprawiający różnego rodzaju sporty, aktywni zawodowo, bez obciążeń chorobami współistniejącymi. U nich zakażenie koronawirusem pozostawia objawy utrzymujące się czasem przez wiele tygodni.

Na rehabilitację trafiają także osoby, które zakażenie SARS-CoV-2 przeszły skąpoobjawowo, nie były hospitalizowane, a u których utrzymują się objawy zarówno ze strony układu oddechowego i układu krążenia, jak i narządu ruchu czy też neurologiczne lub psychologiczno-psychiatryczne.

Jaki odsetek wśród nich stanowi personel medyczny?

Porównywalny z innymi grupami zawodowymi. Wśród osób usprawnianych w szpitalu MSWiA w Głucholazach są zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, ratownicy medyczni i fizjoterapeuci. Personel medyczny będący w walce z pandemią na pierwszej linii frontu, pomimo zachowania wszelkich środków ostrożności, też niestety ulegał zakażeniom – u części z tych osób wystąpiły długo utrzymujące się objawy i konieczność ich usprawniania.

Otwierane są coraz to nowe ośrodki rehabilitacji pocovidowej, czy ich działalność jest w jakiś sposób koordynowana?

Potrzeby w zakresie rehabilitacji pocovidowej są ogromne i cieszy fakt, że takich miejsc przybywa, ale to oczywiste,

że proces ten powinien przebiegać w sposób skoordynowany. Wiąże się to jednak z koniecznością ustalenia zarówno kryteriów przyjęcia na rehabilitację jak i chociażby określeniem zakresu usług refundowanych, związanych z zakażeniem koronawirusem. Mam na myśli np. rehabilitację ambulatoryjną i szpitalną. Nad tą kwestią pochyla się zarówno Ministerstwo Zdrowia, NFZ, jak i Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Czyli problem jest złożony.

Tak, ponieważ mówimy o szeroko pojętej rehabilitacji pocovidowej. Ze względu na liczbę, różnorodność, jak i natężenie utrzymujących się objawów u ozdowieńców powinno się więc uwzględniać także rehabilitację specjalistyczną, np. narządu ruchu, neurologiczną czy psychiatryczną, co jest związane z występującymi często i utrzymującymi się lękiem, depresją, zaburzeniami pamięci i koncentracji. Zatem część z pacjentów kwalifikujących się do rehabilitacji wymaga jednocześnie specjalistycznego usprawniania, nie tylko pulmonologicznego czy kardiologicznego, ale np. psychiatrycznego.

Głucholazy to pilotaż. Co dalej?

Ten pilotaż pozwala ocenić, czy zastosowany model rehabilitacji pocovidowej jest skuteczny. Założeniem programu rehabilitacji jest zwiększenie ograniczonych możliwości wysiłkowych, poprawa czynności wentylacyjnej, zmniejszenie występującej duszności i likwidacja występującego dyskomfortu oddechowego. Również ważnym elementem tego programu jest określenie potrzeb rehabilitacji związanych z objawami dodatkowymi, np. z zaburzeniami neurologicznymi dotyczącymi zaburzeń równowagi i koordynacji czy też występującymi dolegliwościami bólowymi. Po pół roku trwania pilotażu i przyjęciu ok. 600 pacjentów można stwierdzić, że te cele zostały osiągnięte.

Wszystkie siły są zwrócone na COVID-19. Czy to może ograniczyć dostęp do rehabilitacji innych pacjentów, np. z dolegliwościami ortopedycznymi?

To dla nas wszystkich wyzwanie. Rehabilitacja pocovidowa bowiem nie może w żaden sposób ograniczać dostępności do usług rehabilitacyjnych dla pozostałych pacjentów. ■

POMOC POCOVIDOWA NA ŚWIECIE

Brakuje systemowych rozwiązań

Według szacunków co najmniej jedna na dziesięć osób zakażonych SARS-CoV-2 odczuwa odległe skutki przebytej infekcji. Jak różne kraje radzą sobie z tym problemem?

Lidia Sulikowska dziennikarz

Systemy opieki zdrowotnej na całym świecie muszą mierzyć się nie tylko z ratowaniem życia osobom, które ciężko przechodzą COVID-19, ale też pomagać tym, u których po wyzdrowieniu wystąpiły powikłania utrzymujące się nawet kilkanaście tygodni (i dłużej) od zakażenia.

Wraz z przedłużaniem się pandemii takich chorych będzie coraz więcej, a co gorsza, tzw. long COVID może pojawiać się również u tych pacjentów, którzy stosunkowo łagodnie przeszli zakażenie. Spektrum różnych dolegliwości, które pozostawia po sobie koronawirus, jest bardzo szerokie, a konsekwencje przebytej infekcji nie są jeszcze w pełni poznane. Diagnozowanie takich osób i opieka nad nimi stanowi nie lada wyzwanie i wymaga zindywidualizowanego podejścia do każdego chorego.

W USA powstaje coraz więcej ośrodków oferujących pomoc pacjentom pocovidowym. Jednym z pierwszych jest Mount Sinai's Center for Post-Covid Care w Nowym Jorku, który działa od maja 2020 r. i dotychczas pomógł już ponad 1600 pacjentom. Powołano tam multidyscyplinarny zespół składający się m.in. z internistów, pulmonologów, kardiologów, specjalistów chorób zakaźnych, nefrologów, psychiatrów, terapeutów zajęciowych i fizjoterapeutów. Z kolei w Sacramento (Kalifornia) od października działa UC Davis Post-COVID-19 Clinic. Od niedawna funkcjonuje też reCOVer Clinic należąca do Cleveland Clinic – tutaj chorzy przed spotkaniem z lekarzami

przechodzą przez trwającą nawet kilka tygodni serię testów (m.in. kardiologiczne, płucne i fizjoterapeutyczne). Dopiero z kompletem badań są umawiani na wizyty lekarskie w celu stworzenia spersonalizowanego planu opieki. Podobnych placówek, jak podaje NBC News, jest już ponad 80 w całych Stanach Zjednoczonych.

Takie ośrodki zaczynają się też pojawiać w innych krajach, m.in. w Kanadzie, oraz w Europie, choć, jak wynika z niedawno opublikowanego dokumentu opracowanego przez WHO i European Observatory on Health Systems and Policies, na razie opieka pocovidowa w państwach Starego Kontynentu jest raczej mało usystematyzowana.

Tak jak np. w Niemczech, gdzie co prawda niektóre większe szpitale uniwersyteckie oferują konsultacje specjalistów dla pacjentów z długotrwałymi dolegliwościami po przebyciu COVID-19 (tak jest m.in. w Szpitalu Uniwersyteckim w Jenie lub Hanover Medical School), ale dostęp do tego rodzaju pomocy nie jest jeszcze w tym kraju powszechny.

Z kolei we Włoszech opieka pocovidowa różni się w zależności od regionu, ale generalnie jest prowadzona przez lekarzy POZ i AOS. Niektóre szpitale, jak San Raffaele w Lombardii, oferują opiekę rehabilitacyjną dla pacjentów, którzy byli przez dłuższy czas hospitalizowani z powodu COVID-19 na oddziałach intensywnej terapii. Z kolei Poliklinika Gemelli w Rzymie utworzyła szpital dzienny dla pacjentów pocovidowych z multidyscyplinarnym zespołem specjalistów. Włosi mogą też liczyć na pomoc organizacji non

profit AbilityAmo, która pomaga dojść do lepszej sprawności osobom cierpiącym na odległe skutki COVID-19. Pojedyncze ośrodki pocovidowe są też m.in. w Belgii i we Francji, a także w Czechach i Polsce.

Wyjątkiem na tym tle pozostaje Anglia, w której w ramach NHS działa już kilkadziesiąt poradni dla pacjentów cierpiących na odległe skutki wynikające z zakażenia koronawirusem, a najbliżej chorzy mogą skorzystać z programu na platformie cyfrowej „Your COVID Recovery”. Warto też zauważyć, że brytyjski National Institute for Clinical Excellence (NICE), jako jeden z nielicznych na świecie, opracował wytyczne pomagające diagnozować tzw. long COVID i ścieżki terapeutyczne dla chorych. Wedle dokumentu takimi osobami powinni w pierwszej kolejności zajmować się lekarze POZ, a dopiero w trudniejszych przypadkach placówki pocovidowe. Wytyczne opisują też wzorcowy model leczenia pacjenta. Własne opracowanie stworzył też NHS.

W wielu innych krajach brakuje wytycznych dla lekarzy odnośnie postępowania w przypadku long COVID, szczególnie dla POZ. Wobec braku wystarczającego wsparcia ze strony systemów opieki zdrowotnej powstają w mediach społecznościowych liczne grupy samopomocowe, których członkowie – pacjenci cierpiący na odległe skutki zakażenia koronawirusem – wymieniają się doświadczeniami i wspierają nawzajem. ■

Źródło: Policy Brief 39 / In the wake of the pandemic. Preparing for Long COVID, European Observatory on Health Systems and Policy Analysis (25 luty 2021); NHS, BLOOMBERG, CNN, NBC

ZAWÓD – MOJA PASJA

Tworzy mnie medycyna i sztuka



Z Tomaszem Wiatrem, starszym asystentem w Klinice Urologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, pasjonatem rysunku, rozmawia Marta Jakubiak.

Młody lekarz ma przed sobą wybór specjalizowania się w wielu różnych dziedzinach medycyny. W pana przypadku padło na urologię. Dlaczego?

Jako student marzyłem o dyscyplinach chirurgicznych. Od zawsze wiedziałem, że chcę pracować przy stole operacyjnym. Punktem zwrotnym w mojej karierze był staż podyplomowy, kiedy miałem okazję asystować przy zabiegach urologicznych. Zobaczyłem, jakie szerokie jest ich spektrum – od endoskopowych, poprzez laparoskopowe, aż po duże, otwarte operacje. Ogromna precyzja i dokładność, która jest niezbędna przy wykonywaniu tych zabiegów, zrobiły na mnie olbrzymie wrażenie. Pomyślałem, że urologia to jest właśnie to, co chciałbym robić. Tym bardziej, że żyjemy w czasach dynamicznego rozwoju technik małoinwazyjnych, których jestem wielkim zwolennikiem. To był początek miłości do urologii, która trwa do dzisiaj.

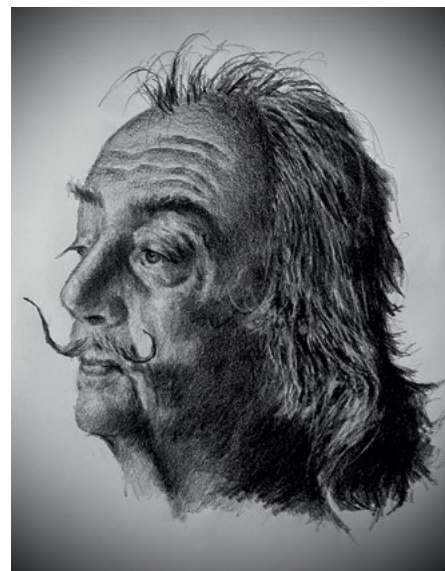
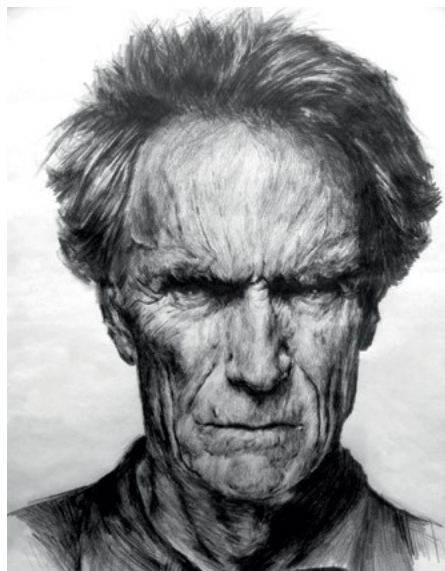
Kiedy już dostałem się na wymarzoną specjalizację, w trakcie rezydentury poznałem prof. Piotra Chłostę, który zaprosił mnie do pracy w swoim zespole.

Rozumiem, że relacja mistrz-uczeń była czymś, czego miał pan przyjemność doświadczyć. Jak ważne jest spotkanie nauczyciela i mistrza?

Medycyna zna wiele takich przypadków, że ktoś miał ogromny potencjał i zapowiadał się na świetnego fachowca, ale nie miał szansy się rozwinąć, bo nie spotkał kogoś, kto mu na to pozwolił. Prof. Chłosta dał mi taką szansę – miałem dzięki niemu pełne pole do doskonalenia warsztatu chirurgicznego. Gdyby nie udział takiego nauczyciela i mistrza w moim rozwoju zawodowym, nie byłbym tu, gdzie jestem teraz. Urologia stała się dla mnie ukochaną dyscypliną medyczną, którą praktykuję już od 11 lat. Operatywa wciąż daje mi dużo satysfakcji, cały czas się uczę, jestem ciekawy każdej operacji, każdego nowego przypadku, lubię poszerzać swoją wiedzę. To mnie pochłania.

Co daje największą satysfakcję?

Może to zabrzmie trochę banalnie, ale chyba każdy uśmiech pacjenta po udanym zabiegu, poczucie dobrze wykonanej pracy. I to, kiedy rozwiązuje się problemy, z którymi pacjenci



chodzili od lekarza do lekarza, szukając pomocy. To zastrzyk pozytywnej energii, która daje ogromnie dużo siły.

Cieszy też podnoszenie sobie poprzeczki chirurgicznej, wykonywanie coraz bardziej skomplikowanych zabiegów. Granica się przesuwa. I to jest fascynujące. Daje dodatkową motywację, żeby iść do przodu. Obecnie jest niewiele zabiegów, których nie jesteśmy w stanie przeprowadzić laparoskopowo. Techniki chirurgiczne wciąż się rozwijają, jak te z asystą robota, a naszym marzeniem jest, by procedury te weszły do codziennej praktyki.

Z jakimi trudnościami borykają się zabiegowcy?

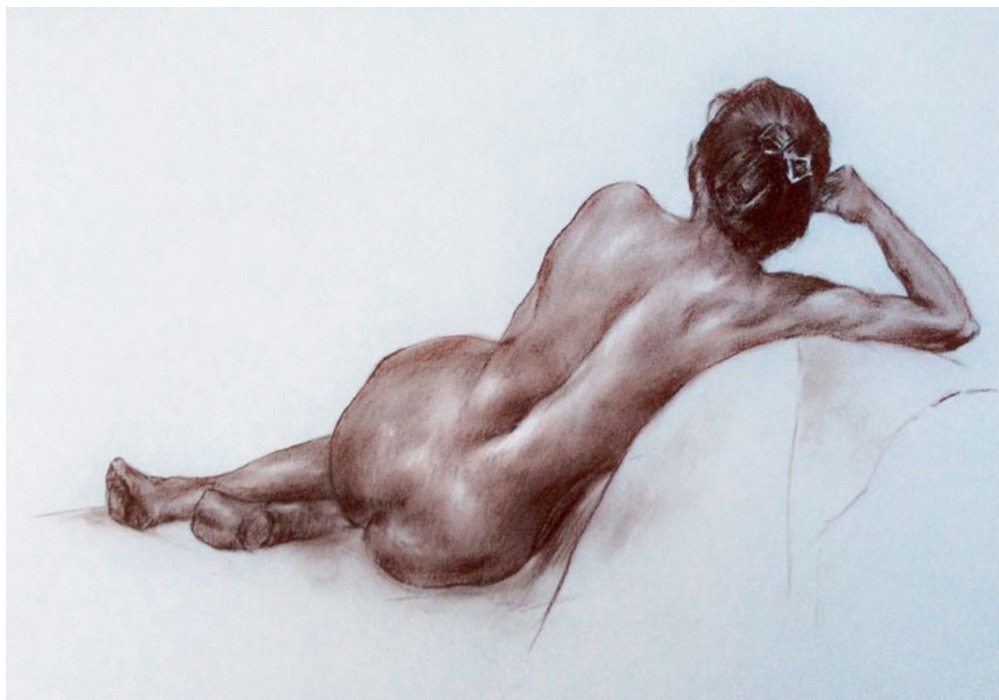
Pandemia nie pozwala nam pracować normalnie, bowiem przez ograniczenie dostępu do bloku operacyjnego mocno zmniejszyliśmy zakres wykonywanych zabiegów. Liczę, że wszystko już wkrótce się ustabilizuje, mimo że pandemia jeszcze się nie skończyła, to staramy się powoli wracać do normalnego rytmu.

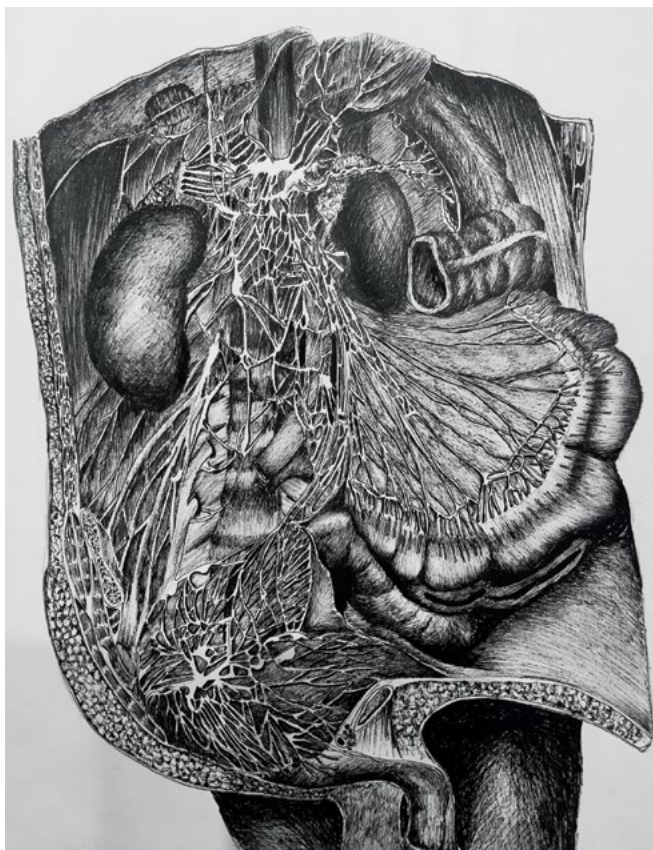
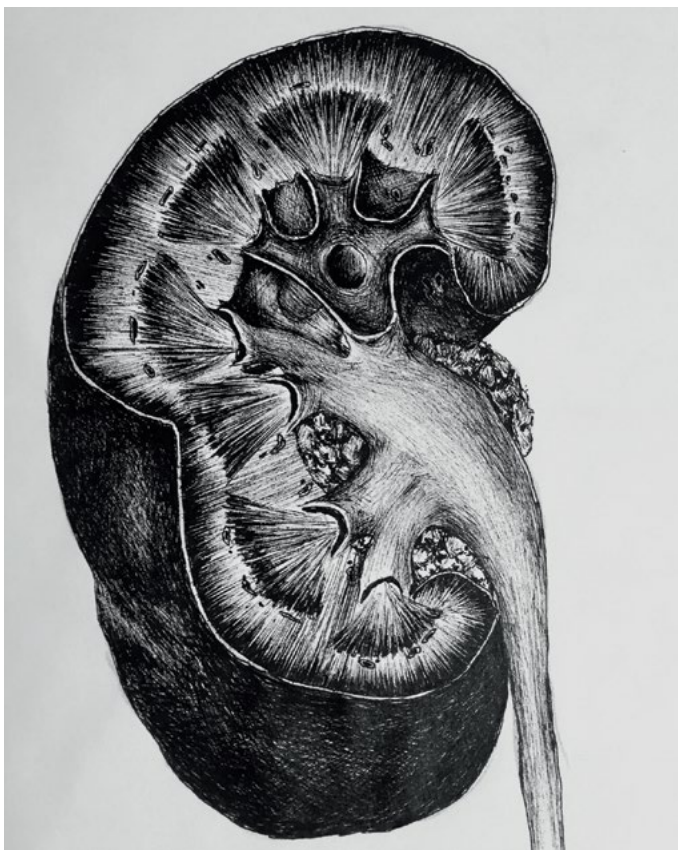
Przez koronawirusa zostały też wstrzymane szkolenia stacjonarne. Wcześniej można było się dokształcać i rozwijać zawodowo podczas takich spotkań, teraz zostały tylko webinaria i konferencje online. To jedynie pozorny substytut tych prawdziwych szkoleń. Bezpośredni kontakt z ludźmi, wymiana doświadczeń, okazja do wyjazdu i podglądanie tego, co się dzieje na świecie, to według mnie niezastąpiona forma rozwoju zawodowego.

Najważniejsze jest, żeby kochać to, co się robi i żeby robić to, co się kocha. Często młodzi ludzie są niejako zmuszeni, by rozpocząć nie tę specjalizację, którą by chcieli, bo na tych wymarzonych nie ma miejsca. Nie wolno się poddawać.

Wielu ludzi, zaczynając swoją przygodę z medycyną, nie ma do końca sprecyzowanej drogi zawodowej. Co by im pan odpowiedział?

Najważniejsze jest, żeby kochać to, co się robi i żeby robić to, co się kocha. Często młodzi ludzie są niejako zmuszeni, by rozpocząć nie tę specjalizację, którą by chcieli, bo





na tych wymarzonych nie ma miejsca. Nie wolno się poddawać. Trzeba walczyć. A jeżeli już podejmie się decyzję, aby zacząć coś innego, zawsze trzeba szukać w sobie tej iskry, dzięki której swoje zaangażowanie będzie można rozwinąć w pasję. To ogromnie ważne.

Trzeba też pamiętać, by praca nie pochłaniała życia prywatnego, ale je dopełniała i wzbogacała. Trzeba znaleźć zdrowy balans pomiędzy tym, co jest pracą, a tym, co po niej. Trzeba też mieć energię i wolę ciągłego rozwoju. Obecnie młodzi ludzie, którzy zaczynają specjalizację, tym bardziej teraz – w czasie pandemii, nie mają łatwej sytuacji. Ale trzeba próbować, bo inaczej zabijemy w sobie to, co było w nas, kiedy decydowaliśmy się na wykonywanie zawodu lekarza.

Pan chyba znalazł ten balans. Poza salą operacyjną jest coś jeszcze. Stronę internetową Tomasza Wiatra odwiedziło niemal 190 tys. osób. Przyznam, że jest oryginalna: są zakładki „gabinet”, „galeria”, „wystawa”...

To moje dwie pasje: urologia i sztuka. Kiedy zacząłem specjalizację, nastąpiła eksplozja emocji i potrzeby przełania ich na papier. Nie wiem, czy to była chęć odreagowania, czy wyrażenia w rysunkach swoich uczuć. Skupiłem się głównie na portrecie, aktach, anatomii i studium ciała.

Ma pan na swoim koncie 29 wystaw indywidualnych i zbiorowych, głównie w Polsce, ale były też te zagraniczne – na Słowacji, na Węgrzech. Jak powstają prace?

Są sytuacje, które inspirują mnie do tworzenia. Najsilniejszym bodźcem są wystawy, a zwłaszcza te ukazujące sztukę

młodopolską nurtu malarstwa realistycznego. Jestem miłośnikiem dzieł z tego okresu i zawsze po obejrzeniu takiej ekspozycji mam mnóstwo nowych pomysłów. Wracam do domu i rysuję.

Czasem odreagowuję, rysując po ciężkim dniu pracy. Arteterapia działa kojąco, a kiedy powstaje portret albo rysunek, który mi się podoba, czuję olbrzymią satysfakcję i motywację do dalszego rozwoju artystycznego.

Leczenie przez sztukę?

Dokładnie tak. Arteterapia jest pewną formą odreagowania, leczenia stresu przez doznania artystyczne. Rysunek jest dla mnie taką terapią, bo stres jest nieodłącznym elementem pracy zawodowej lekarza.

Rysowanie to także forma doskonalenia warsztatu chirurgicznego, uczy precyzji i cierpliwości, która przekłada się na kunszt leczenia operacyjnego.

Wiem, że rysowanie bardzo mi w tym pomogło. Cały wysiłek włożony w wierne odwzorowanie portretów przekłada się na precyzję moich ruchów, gdy operuję. I jeśli ktoś pyta, czy próbować sił w różnych dyscyplinach artystycznych, zawsze do tego zachęcam. Jestem zwolennikiem różnych form aktywności, gdyż przynoszą w życiu wymierne korzyści.

Jest pan osobą bardzo pozytywną...

Zwłaszcza, kiedy jest mowa o medycynie i sztuce. To moje dwie ukochane dziedziny, które mnie tworzą. To pasje, które są we mnie. Każdy ma indywidualną wrażliwość i ważne, by ją w sobie odnaleźć, bo to niezwykle istotne i potrzebne w tak wymagającym zawodzie lekarza. ■

Wielka fala

W kolekcji sztuki Dalekiego Wschodu Muzeum Mazowieckiego w Płocku znajduje się odbitka drzeworytu Hokusai „Wielka fala w Kanagawie”. Pan Hokusai Katsushika rozpoczął nim w latach 30. XIX w. cykl malarski „36 widoków na górę Fudzi”.



Joanna Sokołowska pediatra, felietonista

Podobno odbitka „Wielkiej fali”, znajdująca się w kolekcji Feliksa Jasieńskiego, zainspirowała Stanisława Wyspiańskiego do cyklu rysunków z krakowskim Kopcem Kościuszki w tle. No cóż – jaki kraj, taka i święta góra (nic nie ujmując oczywiście ani Kościuszcze, ani Wyspiańskiemu)...

Kanagawa jest mi równie daleka, jak moje miasto bliskie. Z okna pokoju lekarskiego płockiego szpitala przez odmetry, wyjątkowo niespokojnej w tym roku, Wisły widzę jedynie wypiętrzenie moreny czołowej – żadnego stożka (czy choćby kopca), Boże broń! I nic zapewne – nawet możliwość codziennego podziwiania cennej ryciny w lokalnej kolekcji sztuki orientальной, nie usprawiedliwia mojej – co tu ukrywać – bardzo dowolnej i zmanipulowanej na potrzebę chwili interpretacji obrazu. Dlatego proszę wszystkich dotkniętych tym nadużyciem – a przede wszystkim ducha pana Hokusai – o wybaczenie.

Nie ma chyba jednak lepszej ilustracji na podsumowanie minionego roku i tego, z czym stanęliśmy oko w oko po roku pandemii. Wszystko wskazuje przecież na to, że właśnie nadciąga wielka fala....

Na rysunku Hokusai, w tle – zgodnie z tytułem cyklu – majaczy stożek wulkanu. Ale to nie on – choć dla Japończyków stanowi sacrum – wydaje się tu istotny. Tym, co przyciąga wzrok i zapada w pamięć, jest wielka fala dosłownie pożerająca trzy łódzie, zmagające się z morskim żywiołem. W każdej z nich grupka, doświadczonych zapewne, żeglarzy chowa głowy w ramionach i odwraca twarz przed ogromem nadciągającej, i chyba nieuchronnej, zagłady. Niebo jest bezchmurne – pewnie żaden z marynarzy nie przewidział, że codzienny połów ryb może skończyć się walką na śmierć i życie z niewiarygodnym żywiołem. Ktoś z nich może kiedyś słuchał bajania o fali tsunami wyrastającej niespodziewanie z morskogo dna. Ale dlaczego miałyby się to zdarzyć właśnie im i to w taki zwykły dzień?!

Żałoga każdej z łodzi szuka innego sposobu na uniknięcie katastrofy. Jedni – ci, którzy dostrzegli ją najwcześniej, próbują wykorzystać swe żeglarskie umiejętności – ustawić łódź w odpowiedniej pozycji i tym sposobem uniknąć spotkania

z najwyższym punktem fali albo po prostu dać się ponieść morskim prądom na spokojne wody. Wierzą, że wiedza i doświadczenie pozwoli im – przy wsparciu duchów świętej Fudzi – wyjść cało z opresji. Druga łódka pruje morskie fale, jakby wyzywając je na pojedynek. Będzie, co ma być – myślą rybacy. Z naturą nie ma co walczyć. Może kilku z nas utonie, ale ktoś tam się uratuje.

I jednych, i drugich możemy przecież później okrzyknąć bohaterami...

Są też tacy – to ci na trzeciej krypie – którzy spokojnie odwracają twarze od fali wielkiej, jak dom. Zwrócili się do niej plecami, spuścili głowy tak, że widać tylko charakterystycznie sterczące z tysiąch głów koczki japońskich mężczyzn. Jaka fala?! – przekonują siebie nawzajem. Nie ma o co robić hałasu – jak jest morze (ba, ocean!), to muszą być fale! A to, że ta jest jakaś wyjątkowa, to zwykła dziennikarska kaczka! Albo (co gorsza) ktoś – ciekawe kto i w jakim celu? – usiłuje nas nastraszyć. Ale my się nie damy! Pewnie śpiewają sobie japońską wersję „Piętnastu chłopów na umrzyka skrzyni” – jo-ho-ho i butelka... sake!

„Wielka fala” powstała prawie dwieście lat temu. Pandemia, która ogarnęła świat rok temu, zaskoczyła ludzkość tak samo, jak wzburzone morze rybaków na obrazie Hokusai. Wirus zakpił z ludzkiego zadufania i przekonania o panowaniu nad siłami przyrody. Natura okazała się sprytniejsza. Ostrzegła pierwszą falą epidemii, uderzyła drugą – jakby grożąc palcem – za brak należytego szacunku, teraz piątą z wściekłością trzecią. A my, jak rybacy na starej japońskiej rycinie, ratujemy się na różne sposoby. Jedni wybierają wiedzę opartą na faktach, inni liczą na szczęśliwe zrządzenie losu, pozostali chronią się w ułudzie spiskowych teorii i negacji obecności wirusa.

Utrzymując się w marynistycznej metaforze, na pokonanie epidemicznego tsunami mamy tym większe szanse, im więcej nas wsiądzie do łodzi sterowanej przez mądrych i doświadczonych. Trzeba tylko pamiętać, że ta nasza łajba od dawna jest dziurawa i reperowana doraźnie – wiemy to doskonale – wszak nie raz już nabierała wody. Szalupy ratunkowej raczej nie ma. ■

WPIGUŁCE

Końca nie widać

Lidia Sulikowska dziennikarz

11 marca ubiegłego roku dyrektor generalny WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus ogłosił pandemię COVID-19.

Wówczas było ok. 120 tys. zakażonych koronawirusem w 110 krajach, w tym zdecydowana większość w Chinach. Nieco ponad rok później liczba zakażeń przekroczyła 120 mln na całym świecie, a prawie 3 mln osób zmarło z powodu COVID-19. Obecnie w wielu krajach obowiązuje całkowity lub częściowy lockdown. Końca kryzysu nie widać.

Najwięcej zgonów z powodu COVID-19 (stan na 20 marca) odnotowano w USA (ok. 554 tys.), Brazylii (293 tys.), Meksyku (197 tys.), Indiach (159 tys.), Wielkiej Brytanii (126 tys.), we Włoszech (104 tys.), w Rosji (95 tys.), we Francji (92 tys.), w Niemczech (75 tys.). Jeśli jednak spojrzeć na liczbę zgonów w przeliczeniu na liczbę mieszkańców danego kraju, to zdecydowanie najtrudniejsza sytuacja jest w m.in. Czechach, Belgii, a także na Węgrzech.

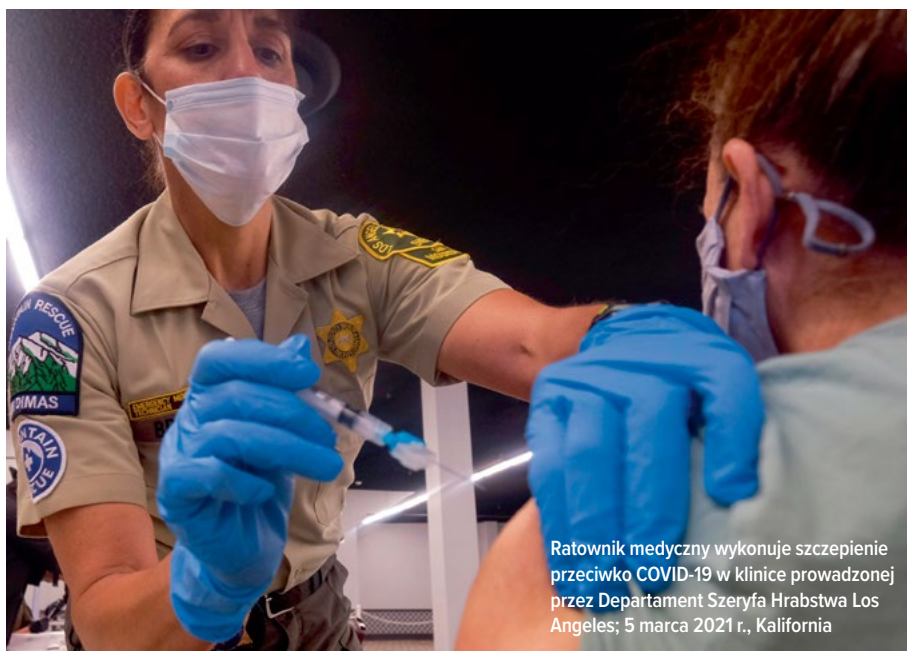
W marcu duże przyrosty zakażeń można było zaobserwować m.in. w Europie Środkowo-Wschodniej, we Francji, we

odnotowano największą dzienną liczbę zgonów spowodowanych zakażeniem od początku wybuchu pandemii w tym państwie, a dzień później padł rekord dobowych zakażeń.

W Polsce do 20 marca potwierdzono ponad 2 mln zakażeń koronawirusem (14. miejsce na świecie, przyrost w ciągu ostatnich czterech tygodni o prawie 400 tys.), z czego ok. 347 tys. to przypadki aktywne. Niemal 50 tys. osób zmarło (16. miejsce na świecie).

Coraz więcej ekspertów potwierdza, że trwający od kilku miesięcy program szczepień przeciw COVID-19 nie będzie w stanie zapobiec rozwojowi kolejnej fali pandemii, bo nie jest on realizowany w wystarczająco szybkim tempie. Szczepionki są aplikowane już w 139 krajach, ale w zdecydowanie różnym tempie, co wynika przede wszystkim z ograniczonej dostępności produktów na rynku.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Our World in Data (statystyki opracowywane przez badaczy z Uniwersytetu Oksfordzkiego), do 19 marca podano ponad 420 mln dawek szczepionek na świecie (cztery tygodnie wcześniej zaaplikowano 205 mln dawek). Co najmniej jedną dawką zaszczepiono już niemal 60 proc. obywateli Izraela, ok. 40 proc. mieszkańców Wielkiej Brytanii, a 35 proc. – Zjednoczonych Emiratów Arabskich. Całkiem sprawnie program szczepień realizuje Chile (niemal 30 proc. zaszczepionych co najmniej jedną dawką) oraz USA (23 proc.). Z kolei Europa wypada o wiele gorzej – w sumie do 19 marca co najmniej jedną dawką zaszczepiono ok. 10 proc. mieszkańców Starego Kontynentu (m.in. na Malcie – 22 proc., w Serbii – 19 proc., ale już w Grecji i Czechach – po 9 proc., a w Niemczech – 8,5 proc.). Patrząc jednak na dane dotyczące Afryki, gdzie jedynie 0,2 proc. populacji otrzymało chociaż jedną dawkę szczepionki, perspektywa nieco się zmienia. ■



Ratownik medyczny wykonuje szczepienie przeciwko COVID-19 w klinice prowadzonej przez Departament Szeryfa Hrabstwa Los Angeles; 5 marca 2021 r., Kalifornia

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, do 20 marca br. potwierdzono ok. 123 mln zakażeń wirusem (z czego 20 mln to przypadki aktywne) – o 10 mln więcej niż było pod koniec lutego.

Dotychczas najwięcej osób zakażonych było w USA – 30,5 mln. Na drugim miejscu znalazła się Brazylia (11,9 mln), a dalej Indie (11,6 mln) i Rosja (4,4 mln). Kolejne pozycje zajęły Wielka Brytania (z liczbą 4,3 mln zakażonych), Francja (4,2 mln), Włochy (3,3 mln), Hiszpania (3,2 mln).

Włoszech, w Turcji, Czechach, Kuwejcie, Iraku, a także w Brazylii, gdzie w większości oddziały intensywnej terapii są przepełnione lub bliskie zapewnienia i brakuje kadry do obsługi specjalistycznego sprzętu. Sytuacja jest bardzo dynamiczna. W Bułgarii jeszcze 11 marca tamtejszy minister zdrowia Kostadin Angelov mówił, że sytuacja epidemiczna w kraju jest trudna, ale pod kontrolą. Tydzień później z powodu wzrostu liczby zakażeń, hospitalizacji i zgonów z powodu COVID-19 zdecydowano się na wprowadzenie lockdownu. 17 marca na Ukrainie

Źródło: WWW.WORLDMETERS.INFO, WWW.OURWORLDINDATA.ORG, REUTERS

Ranking najlepszych szpitali

W marcu poznaliśmy najlepsze szpitale na świecie według najnowszego rankingu **World's Best Hospitals**, opracowanego przez magazyn „Newsweek” i firmę Statista. To już trzecia edycja tego zestawienia – na liście, wzorem lat poprzednich, dominują placówki amerykańskie.

Podczas opracowywania listy pod uwagę wzięto dwa tysiące szpitali z 25 krajów*. W rankingu globalnym uwzględniono 200 z nich.

Pierwsze trzy miejsca zajmują ośrodki z USA: Mayo Clinic – Rochester, Cleveland Clinic oraz Massachusetts General Hospital (Boston). Czwarta lokata należy do kanadyjskiego Toronto General – University Health Network, a piąta ponownie do amerykańskiej placówki – The Johns Hopkins Hospital w Baltimore. Kolejne miejsca zajęły: Charité – Universitätsmedizin (Berlin, Niemcy), Karolinska Universitetssjukhuset (Solna, Szwecja), Singapore General Hospital (Singapur), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Lozanna, Szwajcaria), Sheba Medical Center (Ramat Gan, Izrael), AP-HP – Hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière (Paryż, Francja).

W sumie w pierwszej setce znalazły się szpitale z 21 krajów (poza Indiami, Meksykiem, Tajlandią i Polską) – najwięcej z USA (22), Niemiec (11), Francji (8), Japonii (7), Włoch (7), Korei Południowej (7) i Hiszpanii (6). Do drugiej setki dostała się jedna polska placówka – Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W rankingu krajowym (kategoria „najlepszy szpital w Polsce”) uwzględniono 48 szpitali. Tuż za UCK WUM znalazło się Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, a dalej: Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie, Centralny



Mayo Clinic Rochester Minnesota

Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Przy tworzeniu listy World's Best Hospitals 2021 pod uwagę brane były dane z trzech źródeł: rekomendacje ekspertów medycznych (międzynarodowa ankieta internetowa, w której wzięło udział ponad 70 tys. lekarzy, kierowników szpitali i pracowników ochrony zdrowia), opinie i oceny pacjentów oraz medyczne wskaźniki efektywności (bezpieczeństwo pacjenta, środki higieny i jakość leczenia).

* USA, Niemcy, Japonia, Korea Południowa, Francja, Włochy, Wielka Brytania, Hiszpania, Brazylia, Kanada, Indie, Australia, Meksyk, Niderlandy, Polska, Austria, Tajlandia, Szwajcaria, Szwecja, Belgia, Finlandia, Norwegia, Dania, Izrael oraz Singapur. Kraje wybrano na podstawie standardu życia/średniej długości życia, wielkości populacji, liczby szpitali i dostępności danych. ■

Źródło: NEWSWEEK.COM, STATISTA, WUM

Eutanazja zalegalizowana w Hiszpanii

18 marca hiszpańscy parlamentarzyści przegłosowali ustawę legalizującą eutanazję i samobójstwo wspomagane przez lekarza. Prawo ma wejść w życie za trzy miesiące.

Tym samym Hiszpania dołączyła do kilku krajów na świecie (m.in. po Niderlandach, Belgii, Luksemburgu, Albanii, Japonii*), w których umożliwiono nieuleczalnie chorym osobom, które doznają nieznośnego cierpienia, na zwrócenie się o pomoc do lekarza w celu zakończenia życia (pod określonymi warunkami).

„Dziś staliśmy się bardziej ludzkim, sprawiedliwszym i bardziej wolnym krajem” – napisał po przegłosowaniu ustawy premier Hiszpanii Pedro Sanchez na Twitterze.

W ostatnim czasie podobne rozwiązanie próbowano wprowadzić w Portugalii, ale tamtejszy parlament się na to nie zgodził, odrzucając projekt ustawy jako niezgodny z konstytucją.

Źródło: DW.COM

Operacji i przesłuchania nie da się połączyć?

Dr Scott Green, chirurg plastyczny z Kalifornii (USA), znalazł się w ogniu krytyki po tym, gdy próbował uczestniczyć w rozprawie sądowej online (dotyczącej wykroczenia drogowego), jednocześnie przeprowadzając zabieg na sali operacyjnej.

Gdy sędzia zobaczył lekarza w stroju chirurgicznym (czepek, fartuch, maska

etc.) i uzyskał potwierdzenie, że jest on w trakcie operacji, przełożył rozprawę.

Zachowaniu lekarza ma przyrządzić się Medical Board of California, lokalna instytucja zajmująca się wydawaniem licencji lekarskich i odpowiedzialnością zawodową lekarzy w swoim regionie.

Zdaniem dr. Greena sytuacja została niepotrzebnie wyolbrzymiona. Chirurg

zapewnia, że jego zachowanie nie stwarzało zagrożenia dla pacjenta, bo najtrudniejsze momenty zabiegu były już za nim, a na czas jego udziału w rozprawie pacjentem zajmował się inny chirurg, który dotychczas asystował przy operacji. ■

Źródło: CNN, NBC

OPIEKA LEKARSKA DLA UCHODźCÓW W NIDERLANDACH

Chorym nieść pomoc bez żadnych różnic

Z czym przychodzą? Jak w zwykłej przychodni: z bolącym kolaniem, bólem głowy, cukrzycą, bezsennością. Czego nie mówią? Przemilczają, że są ofiarami handlu ludźmi, że zostali zgwałceni, że bomba beczkowa zamieniła ich dom w miejsce wiecznego spoczynku ojca i matki.

Barbara Wauben-Czekalska lekarz rodzinny

Z czym wychodzą? Z paracetamolem, listą ćwiczeń na kręgosłup, metforminą i dobrym słowem – oraz obowiązkowo skierowaniem do psychologa, który przyjmuje w ośrodku trzy dni w tygodniu.

W Niderlandach żyje prawie 28 tys. osób rozmieszczonych w 72 ośrodkach dla uchodźców (stan na styczeń 2021 r.). Placówka w Assen, gdzie pracuję jako lekarz rodzinny nieprzerwanie od pięciu lat, liczy tysiąc mieszkańców. Najwięcej z Syrii, Iranu i Erytrei, lecz po drugiej stronie lekarskiego biurka spotkałam już osoby z Chin, Sudanu, Arabii Saudyjskiej, Ukrainy, Myanmaru, Bahrajnu, Wenezueli, Jemenu, Pakistanu, Kolumbii, Wietnamu, Brazylii, Nigerii, Rosji oraz wielu innych krajów.

TAM TRZY MERCEDESY, TUTAJ TRZY ROWERY

Pacjenci zmieniają się jak kolory w kalejdoskopie. Są niemym echem wydarzeń na świecie i decyzji politycznych niezależnych od nich samych, a często mających wpływ na ich całe życie: możliwość zarobkowania, kontynuację edukacji czy po prostu poczucie bezpieczeństwa. Dla przykładu – wydarzenia w Turcji z 2016 r. zaowocowały przyływem tureckiej elity, często wykształconej na zagranicznych uniwersytetach i mówiącej płynnie po angielsku. Personel naszego ośrodka, przyzwyczajony



Konsultacja lekarska w ośrodku w Assen

do słabej znajomości jęz. angielskiego uchodźców z Afganistanu czy Kurdów zamieszkujących góry północnej Syrii (często to osoby bez umiejętności czytania i pisanie), musiał się zmierzyć z zupełnie innym typem pacjenta.

Wykształcenie nie jest żadną ochroną przed uchodźczym losem – każdy może stać się ofiarą niekorzystnych przemian w swoim rodzinnym kraju. Są wśród nich lekarze, dziennikarze, wojskowi, pisarze, inżynierowie, filmowcy. Lecz najczęściej jest zwykłych ludzi – rodzin z małymi dziećmi, rolników i hydraulików. Ci, którzy przed ucieczką z kraju

mieli więcej, jedynie cierpią głębiej. Jak ujął to jeden z moich pacjentów, 51-letni lekarz ortopeda: „w Syrii miałem trzy mercedesy, a tutaj trzy rowery. I jestem za nie wdzięczny, choć pewnie już nigdy nie dorobię się niczego więcej”.

ANTROPOLOGIA FARMAKOLOGICZNA

Pewnego dnia przychodzi do mnie na wizytę lekarską trzydziestolatek o szarej twarzy i z kilkudniowym zarostem. Przybył do Niderlandów tego samego ranka po dość krótkiej, tygodniowej podróży z Jemenu. Powoli wyciąga insulinę

z plastikowej, zużytej reklamówki. Przyglądam się tej egzotycznej fiołce – Bovine Insulin (insulina wołowa) – brzmi tekst z wytartej trudem drogi etykiety. Poza pustą fiolką w reklamówce pełno jest leków z nazwami wyłącznie w jęz. arabskim oraz zestaw igieł i strzykawek. Pacjent podciąga do góry rękaw i ukazuje przetokę dializacyjną. Łamaną angielszczyzną próbuje mi wytłumaczyć, że ostatnią dializę odbył pięć dni temu – w Turcji, choć w Jemenie musiał być dializowany co dwa dni. Opieka zdrowotna w Jemenie jest na bardzo niskim poziomie, o ile jest dostępna. Leki, jeśli w ogóle są, można kupić w aptece bez recepty.

Często widuję różnego rodzaju fiołki, ampułki i opakowania w najróżniejszych językach świata – ot, swoista antropologia farmakologiczna. Na szczęście nasz pacjent już tego samego dnia po południu jest dializowany w lokalnym szpitalu i zaopatrzony w ludzką insulinę analogową.

BUKRA

System w Niderlandach działa sprawnie: opieka zdrowotna dla uchodźców nie różni się tutaj wiele od tej oferowanej obywatelom kraju. W każdym ośrodku pracują minimum pielęgniarka i asystentka medyczna, od poniedziałku do piątku w godz. 8-17. W większych ośrodkach, jakim jest także centrum azylantów w Assen, zazwyczaj jest też lekarz przez kilka dni w tygodniu. Pacjenci nie płacą za leki ani za opiekę lekarza rodzinnego czy specjalisty. W razie potrzeby można skorzystać z pomocy telefonicznego centrum tłumaczeń (czynnego całą dobę 7 dni w tygodniu), dostarczającego symultaniczne tłumaczenia w najbardziej egzotycznych językach świata, takich jak paszto czy kurmandzi. Choć w miejscu takim jak to, słowa arabskie same „wchodzą do głowy” – zwłaszcza „bukra”, co oznacza „jutro”. To najważniejsze słowo, którym asystentka dyscyplinuje nowoprzybyłych. W zorganizowanym, holenderskim społeczeństwie nie ma załatwiania spraw od ręki. Trzeba się umówić na wizytę, na ogół na kolejny dzień.

PANI W FIOLETOWEJ SUKIENCE

Pacjentka z Nigerii, z niemowlęciem przy piersi, zna jęz. angielski lepiej niż niejeden Holender, jednak nie ukończyła ani jednej klasy w szkole – została wydana za mąż za starszego pana, gdy miała osiem lat i musiała przerwać



Budynek ośrodka dla uchodźców w Assen

dopiero co rozpoczętą naukę. Gdy mąż umarł, uciekła. Przemysłowcy obiecywali jej naukę, pracę i wolność. W rzeczywistości przemysłownik zmuszał ją do prostytucji, wykorzystując rozpowszechnioną w Nigerii wiarę w Voo Doo. Przed wyjazdem z kraju pobrał od niej kawałek tkanki z przedramienia, a pacjentka do tej pory wierzy, że jeśli jej nie odzyska, to przemysłownik będzie miał nad nią kontrolę i z odległości nawet setek kilometrów będzie jej zadawał ból i powodował koszmary sennie, na które nie pomoże nawet dwadzieścia miligramów temazepamu. Ma na sobie fioletową suknię i pasującą do niej chustę, w której sprawnym ruchem zawija dziecko,

słowa „anemia sierpowata” wzdyga się w przerażeniu – które na szczęście natychmiast znika, gdy wyjaśniam, że dziecko jest zdrowe. W końcu porównuję jej sytuację zdrowotną do osoby, która ma jedno oko – czyli że nadal widzi, nie jest niewidoma.

Lęk przed anemią sierpowatą w Afryce jest dość duży, choroba ta jest tam bardzo rozpowszechniona, a w samym ośrodku w Assen jest dwóch mieszkańców z ciężkim wariantem tego schorzenia. Ponadto bardzo dużo jest tutaj osób z talasemią beta, które często niezbadane otrzymują niepotrzebnie żelazo. Mniejszości etniczne z Pakistanu w bardzo młodym wieku chorują na cukrzycę. Warunki higienicz-

Szczegółów dotyczących trasy migracyjnej, motywu ucieczki z kraju czy sytuacji z przeszłości, gdy spotykali się oko w oko ze śmiercią, dowiaduję się później – czasem na trzeciej, a częściej na piątej, a nawet dopiero podczas dziesiątej konsultacji.

by je nosić na plecach. Jest u mnie, bo wynik skriningu postnatalnego z piąty wykazał, że niemowlę jest nosicielem anemii sierpowatej, więc zapewne matka również. Pacjentka jednak nie rozumie ani słowa „nosiciel”, ani „gen”, ani „dziedziczność”, ani nawet słów „wariant” czy „rodzaj”. Na sam dźwięk

ne w trakcie przepawy do Europy powodują, że wiele osób ma świerzb. Gruźlica, HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C są również często diagnozowane. Wielu pacjentów ma na ciele ślady po torturach, niezrośnięte złamania kości (np. po pobytach w więzieniu), blizny po oparzeniach z przykurczami kończyn czy

utracone kończyny jako rezultat przeżytych bombardowań.

WSZYSTKO, CO TKWI W MOJEJ GŁOWIE

Osobnym problemem jest zdrowie psychiczne, a zwłaszcza zespół stresu pourazowego, depresje i uzależnienia. Szczegółów dotyczących trasy migracyjnej, motywu ucieczki z kraju czy sytuacji z przeszłości, gdy spotykali się oko w oko ze śmiercią, dowiaduję się później – czasem na trzeciej, a częściej na piątej, a nawet dopiero podczas dziesiątej konsultacji, gdy prawie już całe ciało pacjenta zostało utrwalone na kliszy rentgenowskiej. Ci ludzie pochodzą z krajów, gdzie nikomu nie można ufać, więc trwa to trochę, zanim odważą się opowiedzieć, co ich najbardziej nęka.

Pamiętam pacjenta, który przychodził co tydzień przez długi czas. Wymienił już chyba wszystkie możliwe dolegliwości z książki ICD-10. Dopiero po paru miesiącach wyznał, że jego rodzina, żona i trójka dzieci, była dosłownie uwięziona w oblężonym

Aleppo. W końcu udało im się zbiec do Turcji. Dopiero po tym wyznaniu dowiedziałam się, jakie było źródło psychosomatycznych doznań mojego pacjenta. Około połowa dorosłych mieszkańców ośrodka cierpi na zespół stresu pourazowego. Część z nich była w dobrej wierze leczona w kraju pochodzenia dużą dawką benzodiazepin.

Psycholog w ośrodku z reguły prowadzi tylko lekkie przypadki, osoby wymagające terapii EMDR (Eye Movement Desensibilisation and Reprocessing) czy Narrative Therapy są kierowane do specjalistycznego, transkulturowego centrum leczenia psychotraumaty, do którego okres oczekiwania wynosi jednak około roku. Regularnie widzimy w gabinecie osoby z myślami samobójczymi, zdarzają się też pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi. Niektórzy decydują się na strajk głodowy z najróżniejszych powodów, lecz często przyczyną jest odmowna decyzja w sprawie przyznania azylu. Najwytrwalszy przeżył trzy tygodnie bez jedzenia i osiągnął swój cel.

Każdy dzień tej pracy jest inny i wyjątkowy – tak, jak i pacjenci, z którymi mam kontakt. Świat jest pełen konfliktów, które napędzają migrację, ale też rozmaitych kultur i niestety uprzedzeń – w końcu nikt nie jest od nich wolny. Jednak codziennie co piętnaście minut z drugiej strony biurka widzę drugiego człowieka, którego staram się poznać i traktować tak, jak sama chciałabym być traktowana – zwyczajnie, po ludzku. Mimo różnic wszyscy należymy do jednego gatunku, jesteśmy podmiotem tych samych praw natury i psychologii.

Kiedy w 2010 r. odbierałam swój dyplom lekarski od mojej poznańskiej Almy Mater, nie spodziewałam się, że dziesięć lat później będę leczyć tak zróżnicowaną grupę pacjentów. Wtedy słowa przysięgi lekarskiej: „chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek” były jedynie wyuczoną formułką. Dopiero teraz dociera do mnie ich prawdziwa waga. ■

• REKLAMA •

Sito pod lupą



Sławomir Badurek

diabetolog,
publicysta medyczny

Choć to tylko obiegowa opinia, trudno się nie zgodzić, że nie wszyscy studenci medycyny mają wystarczające predyspozycje, by zostać lekarzami. Problem w tym, jak zidentyfikować tych, którzy do zawodu się nie nadają.

Do refleksji na ten temat skłoniła mnie upubliczniona rozmowa profesorów anatomii z Bydgoszczy i Gdańska, której głównym tematem była bardzo wysoka zdawalność prowadzonych zdalnie kolokwium i egzaminów.

Trudno się dziwić studentom, że wykorzystują możliwości, jakie daje udzielanie odpowiedzi na pytania z domu i bez nadzoru. Trudno się dziwić profesorom, że reagują, gdy naraz wyniki sprawdzianów zdecydowanie odbiegają od ukształtowanych przez dziesięciolecia wzorców. Tyle logika. Z punktu widzenia etyki, rozstrzygnięcia, które zapadły kilka dni po „wycieku” nagrania, mogą zaskakiwać. Oto studenci, którzy bez cienia wątpliwości podczas zdawanych zdalnie sprawdzianów ściągają, nie zostali nawet słownie napiętnowani. Oto profesorowie, którzy – także nie ma co do tego wątpliwości – zastanawiali się, co zrobić, by weryfikacja wiedzy odzwierciedlała poziom przygotowania zdających, zostali zmuszeni do złożenia wyjaśnień, a jednego z nich nawet zawieszono.

Oczywiście egzaminy, nawet zdalne, można zorganizować w taki sposób, by korzystanie z jakiegokolwiek pomocy, oprócz tej z własnej głowy, nie było możliwe. Są na to techniczne i organizacyjne sposoby, choć z pewnością nie tylko zdający, ale i weryfikatorzy wiedzy musieliby się znacząco bardziej natrudzić. Można też, przynajmniej w przypadku kluczowych egzaminów, zorganizować je w tradycyjnej formie z zachowaniem dodatkowych sanitarnych rygorów. Tak jak ma to miejsce podczas egzaminów specjalizacyjnych i końcowych dla lekarzy, których nawet minionej jesieni, czyli podczas drugiej fali pandemii i przed wprowadzeniem szczepień, nikt nie zwolnił ze stacjonarnego rozwiązywania testów.

Clou problemu nie wiąże się jednak z przyjęciem takiej czy innej formy zaliczenia z anatomii. Pierwszoplanowe znaczenie ma odpowiedź na pytanie, czy anatomia, zgodnie z liczoną w dziesięcioleciach tradycją, nadal ma pełnić rolę najważniejszego sita, oddzielającego przyszłych lekarzy od tych, którzy powinni wybrać inny zawód. Nie ulega wątpliwości, że lekarz musi mieć pojemną pamięć i dobrze rozwiniętą zdolność przyswajania wiedzy. Akurat

te elementy nauka anatomii dobrze weryfikuje. O wiele gorzej jest w przypadku sprawdzania tak w medycynie potrzebnej umiejętności kojarzenia faktów. Można wreszcie poddać w wątpliwość zasadność opanowywania przez studentów najdrobniejszych anatomicznych szczegółów. Nie tylko z mojego punktu widzenia niczemu to nie służy. Po egzaminie wiedza bardzo szybko idzie w zapomnienie, a jeśli trzeba ją odświeżyć w ramach wybranej specjalizacji, to robi się to w sposób odpowiednio sprofilowany, który najczęściej ma niewiele wspólnego z wkuwaniem Bochenka na pierwszym roku.

Trzeba też zwrócić uwagę na rozwój wiedzy medycznej w ostatnich 20-30 latach. Nawet systematycznie doksztalający się specjalista nie ma w głowie wszystkich szczegółów ze swojej specjalizacji,

Profesorowie z dziedzin klinicznych mają znacznie większą niż anatomowie możliwość takiego konstruowania sprawdzianów, by mało kto zdał. Na szczęście tego nie robią!

bo tych przybywa w lawinowym tempie. Profesorowie z dziedzin klinicznych mają znacznie większą niż anatomowie możliwość takiego konstruowania sprawdzianów, by mało kto zdał. Na szczęście tego nie robią! Nie ma zresztą sensu uczyć się wszystkiego, skoro są komputery i smartfony, a korzystanie z wiedzy dostępnej za pomocą tych urządzeń to żadna ujmą. Wyzwaniem są używający tych narzędzi pacjenci. Jak rozmawiać z tymi, których lekarzem pierwszego kontaktu jest doktor Google? I kiedy uczyć się kontaktu z chorym i jego bliskimi? Samemu, dopiero po studiach? Tak jest obecnie, zgodnie zresztą z długą tradycją. Tyle że mało kto dobrze sobie z tym radzi. Większość spraw trafiających do prokuratur, a następnie sądów wynika z braku odpowiedniej komunikacji lekarza z pacjentem. Czyż nie pora mocniej na to zareagować już podczas studiów? Czy nie czas zmienić stuletnie sito na bardziej przystające do współczesności? ■

Opera Medica



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Pandemia każe się spieszyć. W szczególny sposób dotyczy to wydarzeń kulturalnych, które z dnia na dzień przerywane są przez decyzje o zamknięciu kin, teatrów, sal koncertowych i muzeów.

Tymczasem powstają dzieła niezwykle i tym większy jest żal, że publiczność, w zrozumiąły sposób zajęta walką o zdrowie, nie może korzystać z i tak ograniczanej oferty. Za wiele lat: programy, nagrania i wydawnictwa 2020/21 będą miały wartość dodaną. Artefakty, jakimi się staną, oznaczone będą znakiem maseczki ochronnej, szczególnych zasad organizacyjnych i niskiej frekwencji.

W krótkiej przerwie między przyjęciami chorych i szczepieniami przeciw COVID-19 dostałem zaproszenie do archiwum Towarzystwa Naukowego Płockiego, którego zbiór „białych kruków” jest imponujący. Przyszedłem zatem na prywatną audiencję do świata cymeliów zgromadzonych w salach sąsiadujących z niedostępnym dla nieupoważnionych, bogatym skarbem zawierającym m.in.: kopernikańskie obrotory sfer niebieskich, „Metamorfozy” Owidiusza i ilustrację „Inferno” Dante Alighieri oraz jedyny polski komplet kaprysów Francisco Goi. Zapach książek i map przypomniał mi zamkniętą przez pandemię wystawę dwustuletniego TNP w Muzeum Mazowieckim z rękopisem „Karty Mądrości” ze Starego Testamentu i listem sygnowanym przez Stanisława Augusta. Do tego liczne inkunabuły (podoba mi się określenie „pierwociny grafiki”), wyimki z kartografii i przykłady opraw książkowych.

Moja niezwykle wizyta pośród skatalogowanego księgozbioru związana była z przeglądem starych tekstów poświęconych medycynie. Pani dyrektor przygotowała kilka bardzo ciekawych książek. „Opera Medica” z 1695 r. zachęcała podtytułem o teoretycznej i praktycznej zawartości wnętrza. O piętnaście lat starsze „Anatomicum vivum” radziło „poznanie samego siebie”. Tysiącstronicowa „Practica Medicinalis” okazała się podręcznikiem z 1554 r. Kolejne opasłe dzieło, ułożone lekcjami zapisanymi drobną czcionką, uczyło chirurgii. Na koniec wyłożono atlas anatomiczny z 1685 r. z miedziorytniczymi planszami Govarda Bidlői, którego

digitalizację, zgodnie z wolą Prezesa Ryszarda Mońdziela, sponsorować będzie Okręgowa Izba Lekarska w Płocku. Dzięki temu siedemnastowieczne ryciny obejrzą wszyscy chętni, a nie tylko nieliczni. W przyszłości także w formie reprintu.

Katalog nieobecnych jest niewyobrażalnie rozległy. Mimo okresowej anoreksji słowa pisanego i spadku czytelnictwa, warto podjąć próbę i pozostawić po sobie kilka linijek.

W 2002 r. rozpoczęto w USA „Project Ocean” z zadaniem odszukania u źródeł i sporządzenia cyfrowych kopii istniejących książek. Początkowo zebrano ponad miliard tytułów, ale po zastosowaniu algorytmów masa ta zmniejszyła się do 129 864 880. Liczba woluminów w oczywisty sposób urosła, jeśli wziąć pod uwagę dzieła zaginione: zakopane pod ziemią i wyrzucone z pamięci pokoleń; pożarte przez pożary; zatopione w powodziach i ideologicznych potopach; oddane na przemiał i wysypane w podbudowę angielskich autostrad. Katalog nieobecnych jest niewyobrażalnie rozległy. Mimo okresowej anoreksji słowa pisanego i spadku czytelnictwa, warto podjąć próbę i pozostawić po sobie kilka linijek. Możliwe, że będzie to jedyny ślad naszej dzisiejszej pracy lekarskiej, artystycznej i kronikarskiej.

Przeglądając stare księgi, przywołałem utwory lekarskich konkursów literackich, zdjęcia, obrazy i ceramikę z samorządowych wystaw, nagrania instrumentalne i wokalne, solistów i chórów. I pomyślałem przedświadczeni, mimo koszmarnego zmęczenia, że nie powinniśmy tracić ani weny, ani nadziei. Opera Medica w naszym wykonaniu stanie się wówczas inspiracją dla kolejnych pokoleń. ■

PROZA

Krótką opowieść o Początku

(fragmenty)

*jest wyznaczona godzina
na wszystkie sprawy pod niebem*
[Koh, 3,1]

Chciałam Ci opowiedzieć o Początku.
Czego nas może nauczyć Początek?
Może tego, kim jesteśmy?
Nie wiem, po prostu opowiem Ci, jak to było.

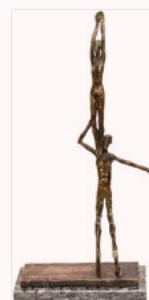
Mama zachorowała w maju.
Zadzwoiła do nas i powiedziała:
„Coś się stało z moją głową. Ledwo udało mi się do was dodzwonić. Czy moglibyście przyjść?”
Pobiegliśmy oboje. Była przemęczona. Może odwodniona?
Ale zdecydowaliśmy, że szpital.
Było gorąco. Poszła z nami – piechotą – bo to przecież blisko.
Pamiętam żółty pokój w izbie przyjęć szpitala i neurologa, który dokładnie ją badał.
Nie umiała powiedzieć, na jakiej mieszka ulicy, ale kiedy słyszała „Krótką”, to – „Tak”,
kiwała głową i dopowiadała dalsze szczegóły.
„To może być udar – ale sprawdzimy, bo wywiad jest długi”.
Szpital. Przyjęcie.
Pomagałam jej się umyć i przebrać w piżamę – tę w białe i niebieskie paski.
Granatowy, do stóp długi szlafrok.
Mama w szpitalu.
Błada, senna, słabo uśmiechnięta.
A Ty BYŁEŚ już – we mnie.
Chociaż była to jeszcze tajemnica dla wszystkich.
Powiedziałam jej o Tobie na szpitalnych schodach, przy oknie. Dzień był pochmurny,
niebo białe jak pościel. Uśmiechnęła się lekko.
„Tego się spodziewałam” – powiedziała.
Potem zaczęła umierać.
Senność zamieniła się w śpiączkę.
Zapadała się w przepaść.
Obrzmiały mózg odmawiał najbardziej podstawowych czynności.
Ale wyciągnęli ją.
Obrzęk przepędzono lekami, zgromadzona w głowie woda odpłynęła.
Choroba jednak nie została wyleczona. Już wiedzieliśmy, z czym walczymy.
Guz, dwa guzy – po jednym z każdej strony głowy.
Pojechaliśmy więc, Ty i ja, żeby ją ratować ze zdjęciami tych guzów do Krakowa.
Chodziłam z nimi przed gabinetem profesora, tam i z powrotem.
Miły, starszy pan w złotych okularach i białym fartuchu.
Wysłuchał, zgodził się.
„Najpierw wytniemy ten większy, po prawej stronie”.
Operacja.
Rozsiew.
Koniec.
Koniec leczenia i koniec nadziei.
Ostatnie tygodnie w ogrodzie za miastem i niby wakacje w domu dla starych
pracowników uczelni, z cicią Mirą.
Mama w zielonym dresie, na alejkach wokół tego domu, pięknego i strasznego
jednocześnie. Nigdy do końca nie przestała być sobą – chociaż z krótkimi włosami i
szczupłą jak nigdy dotąd, ale zawsze wychylona ku ludziom – tym starym i chorym, i ku
nam – dzieciom i wnukom.
Próbowała pisać dla nich bajki, uczyć się na nowo czytania...
Nie dało się. (...)



HALINA BOGUSZ

**Laureatka IX edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”.
III miejsce w kategorii Proza.**

Lekarz medycyny paliatywnej z Poznania, obecnie adiunkt Katedry Historii i Filozofii Nauk Medycznych UM w Poznaniu. Szczególnym obszarem jej zainteresowania w ciągu ostatnich kilkunastu lat była opieka hospicyjna i paliatywna, czego owocem są książki: „Hospicjum – drzewo życia” oraz „Moje Palium” (książka napisana wspólnie z dr Martyną Tomczyk). Zamiłowanie do poezji i pisania zaszczepił jej ojciec – także lekarz i rodzinny „tekściarz”. Dotychczas wydała jeden tomik wierszy „Nie codzienność”. Ma czworo dzieci. Lubi podróże, sztukę średniowieczną i muzykę jazzową. Jej literackie fascynacje to Joseph Conrad, Antoine de Saint Exupéry i Konstanty Ildefons Gałczyński.



Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

GazetaLekarska.pl

HISTORIA I MEDYCYNĄ

Transfuzja wymienna u noworodka

– 95 lat historii

Jeszcze do lat 40. XX w. konflikt serologiczny między matką a dzieckiem często kończył się dla noworodka tragicznie. Przełomem było zastosowanie transfuzji wymiennej krwi.

Dr n.med. **Magdalena Mazurak** Oddział Kardiologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Na świecie ten zabieg po raz pierwszy wykonano w 1925 r., ale upowszechnił się on dopiero 21 lat później – po wprowadzeniu przez Louisa Diamonda techniki z zastosowaniem kaniulacji żyły pępowinowej przy pomocy polietylenowego cewnika. W Polsce podobną metodę zastosowano w 1949 r., we Wrocławiu.

SUKCES, ZA KTÓRYM NIKT NIE PODĄŻYŁ

Cofnijmy się jednak o kilka dekad – do momentu, od którego wszystko się zaczęło. Otóż, w 1908 r. Johannes Pfannenstiel przedstawił pierwszy opis choroby hemolitycznej noworodków¹. 17 lat później zespół doktora Alfreda Purvisa Harta ze szpitala w Toronto pochwalił się swoim sukcesem w leczeniu dziecka z *icterus gravis*. Noworodek pochodził z ciąży ósmej, ważył 8 funtów i tuż po urodzeniu żółtaczka nie była widoczna. Siedmioro dzieci z poprzednich ciąż tej matki urodziło się żywych, ale sześcioro z nich zmarło w przebiegu ciężkiej żółtaczki. U wspomnianego noworodka żółtaczka pojawiła się w 4. dobie życia. W tym dniu podjęto decyzję o wykonaniu transfuzji wymiennej w celu „usunięcia toksyn oraz zapobieżeniu progresji choroby”. 300 ml krwi pobrano od noworodka z zatoki strzałkowej, a 335 ml krwi od dawcy (z dodatkiem 60 ml 5% glukozy) podano dziecku do żyły odpiszczelowej.



Halina Górszczyk ze swoją mamą, niedługo po przeprowadzonym zabiegu transfuzji wymiennej

Cztery dni po tym zabiegu żółtaczka ustąpiła całkowicie. Co prawda choroba pojawiła się ponownie w 3. tyg. życia dziecka, ale ustąpiła po kolejnych czterech dniach. Mimo tego spektakularnego sukcesu nie ma danych na to, by Hart kiedykolwiek powtórzył zabieg lub znalazł naśladowców. Podejrzewa się, że przyczyną był fakt, że procedura nie była tak prosta, jak to przedstawiono w publikacji naukowej. Ponadto nie znano wówczas patomechanizmu związanego z czynnikiem Rh, co mogło

odpowiadać za niekorzystny przebieg kolejnych przypadków.

PRZYPADEK LWOWSKI I INNI

11 maja 1939 r. dr Stanisław Progulski razem z dr Ireną Lille-Szyszkowicz w Klinice Pediatrycznej we Lwowie u noworodka z ciężką żółtaczką i niedokrwistością wykonali zabieg polegający na pobraniu 100 ml krwi i przetoczeniu mu 180 ml krwi dawcy grupy 0. Noworodek pochodził z ciąży siódmej (sześcioro dzieci tej matki zmarło). Niestety, publikacja opisująca ten przypadek ukazała się dopiero 10 lat później, już po śmierci dr. Progulskiego.

Tymczasem w 1940 r. Karl Landsteiner i Alexander Wiener wyizolowali czynnik Rh. Siedem lat później ukazał się tekst, w którym Wiener, I. B. Wexler i T. H. Grundfast opisali swój eksperyment przeprowadzony na dziecku z zespołem Downa, któremu wymienili 90 proc. objętości krwi krążącej (upusty/iniekcje po 275 ml) – z powodu zakrzepicy konieczna była zmiana naczynia z tętnicy udowej na zatokę strzałkową, a następnie na tętnicę promieniową. Kolejnym pacjentem był noworodek z ciężką żółtaczką, niestety u chorego transfuzję wymienną trzeba było przerwać z powodu zakrzepicy (po pobraniu 50 ml i przetoczeniu 120 ml), ostatecznie dziecko zmarło z powodu *kernicterus*. Dlatego u kolejnych pacjentów autorzy stosowali heparynę.



Dr Halina Kwiatkowska (z domu Górszczyk) nieoczekiwanie spotyka lekarza, który uratował jej życie – prof. Kazimierza Jabłońskiego (lata 80. XX w.)



Dr Halina Kwiatkowska jako ordynator oddziału noworodkowego w Brzegu Dolnym

PRZEŁOMOWY DOSTĘP NACZYNIOWY

W 1947 r. ukazała się publikacja Louisa Diamonda, który opisał technikę polegającą na zastosowaniu do transfuzji krwi cewnika z polietylenu, który umieścił w żyłę pępowinowej. Ten sposób jest stosowany do dziś i to zapewne dlatego w wielu źródłach nazwisko Diamonda jest wymieniane jako tego, który pierwszy wykonał transfuzję wymienną u noworodka.

Stawało się coraz bardziej oczywiste, że jedynym sposobem leczenia noworodków z erytroblastozą jest wymiana krwi w celu usunięcia uszkodzonych krwinek czerwonych i przeciwciał matki oraz obniżenia poziomu bilirubiny. To właśnie Louis Diamond zaproponował dostęp naczyniowy do tego zabiegu.

Louis Diamond po ukończeniu studiów medycznych na Uniwersytecie Harvarda odbył staż pediatryczny i rezydenturę w Szpitalu Dziecięcym w Bostonie. W 1932 r. on i jego mentor, dr Kenneth Blackfan, stwierdzili że kilka różnych chorób występujących we wczesnym okresie noworodkowym, tj. obrzęk płodu, ciężka żółtaczka i niedokrwistość, stanowią w istocie manifestację jednej choroby – zespołu, który nazwali *erythroblastosis fetalis*. Jednak dopiero na początku lat 40. XX w. stwierdzono związek między tą jednostką chorobową a niezgodnością

w układzie Rh. Po tym odkryciu w Bostonie powstało jedno z pierwszych na świecie laboratoriów hematologicznych, tam zaczęto oznaczać grupę krwi i poziom przeciwciał u kobiet w ciąży i ich partnerów.

Stawało się coraz bardziej oczywiste, że jedynym sposobem leczenia noworodków z erytroblastozą jest wymiana krwi w celu usunięcia uszkodzonych krwinek czerwonych i przeciwciał matki oraz obniżenia poziomu bilirubiny. To właśnie Diamond

została powszechnie przyjęta. W 1963 r. William Liley z Nowej Zelandii dokonał pierwszej wewnątrzmacicznej transfuzji krwi u płodu ze zrealizowanym konfliktem serologicznym w układzie Rh.

HALINKA

W 1949 r. mieszkający w Nowym Sączu Helena i Marian Górszczykowie natrafili przypadkiem na artykuł z dziedziny medycyny opublikowany w popularnonaukowym miesięczniku „Problemy”. Autorem tej pracy był prof. Ludwik Hirszfeld, bakteriolog i immunolog, który interesował się szczególnie mechanizmami odporności i krzepiwością krwi. W latach 1910-11 wraz z niemieckim lekarzem Emilem von Dungernem odkrył mechanizmy dziedziczenia grup krwi. To właśnie oni zaproponowali rozpowszechnione dziś na całym świecie nazewnictwo grup krwi: AB i O-zero (O-ohne). Po II wojnie światowej prof. Hirszfeld przybył do Wrocławia, gdzie zajął się szczególnie problemem konfliktu serologicznego.

W 1949 r. 42-letnia wówczas Helena Górszczyk była po raz ósmy w ciąży. Ale państwo Górszczykowie nie mieli gromadki dzieci, bo z nieznanym lekarzom powodów jedynie najstarsza córka urodziła się zdrowa, natomiast dwoje dzieci zmarło tuż po porodzie, a pozostałe ciąży pani Górszczyk zakończyły się poronieniami (dziś wiemy, że działo się tak z powodu zrealizowanego konfliktu serologicznego: matka miała grupę krwi AB Rh–, a ojciec B Rh +). Lekarze byli bezradni, odradzali rodzicom kolejną ciążę. Oni jednak bardzo

zaproponował dostęp naczyniowy do tego zabiegu, wiedząc, że żyła pępowinowa pozostaje drożna przez wiele dni po porodzie i stanowi niemal idealne, a jednocześnie łatwo dostępne dojsię. Wpadł też na pomysł, by wykorzystać jako cewnik pępowinowy plastikowe cewniki używane przez neurochirurgów ze szpitala w Bostonie do leczenia wodogłowa. W październiku 1946 r. Diamond razem z Fredem Allenem z powodzeniem zastosowali tę technikę w leczeniu noworodka ze zrealizowanym konfliktem serologicznym, wymieniając jego krew w ciągu kilku dni. Metoda ta

chcieli mieć jeszcze jedno dziecko. Po przeczytaniu wspomnianego artykułu rodzice, pełni obaw o swoje kolejne nie narodzone dziecko, za pośrednictwem swojego znajomego skontaktowali się z prof. Hirszfeldem.

Tym znajomym był hematolog Jan Hasso – Agopsowicz (ale też bibliofil, twórca i kolekcjoner ekslibrisów²), który pobrał krew od Heleny Górszczyk i wysłał do Wrocławia na badania. Wkrótce ze stolicy Dolnego Śląska dotarła informacja, że życie dziecka jest zagrożone z powodu zrealizowanego konfliktu serologicznego: we krwi matki wykryto wysoki poziom przeciwciał przeciwko krwinkom jej dziecka, z tego powodu matka powinna jak najszybciej przyjechać do Wrocławia. 16 lipca 1949 r. Helena Górszczyk urodziła w klinice przy ul. Chałubińskiego dziewczynkę, u której zespół lekarzy, którym kierował doc. Kazimierz Jabłoński

(ginekolog) przeprowadził transfuzję wymienną krwi.

Halinka dobrze zniosła zabieg, rozwijała się później zupełnie prawidłowo. Dorosła już Halina Górszczyk skończyła medycynę. Została neonatologiem i do emerytury pracowała jako ordynator oddziału noworodkowego w Szpitalu w Brzegu Dolnym. „Nie wiem, czy to przypadek, czy przeznaczenie, ale lekarzem chciałam być od zawsze. Rodzice wychowywali mnie w szacunku do tego zawodu, podkreślali, komu zawdzięczałam swoje życie. Nic więc dziwnego, że poszłam na medycynę w Krakowie. Na studiach poznałam swojego przyszłego męża Leszka, za którym przenieśliśmy się w okolice Wrocławia, tam, gdzie zaczęło się moje życie” – opowiadała Halina Kwiatkowska w wywiadzie kilkanaście lat temu. To prof. Elżbieta Gajewska z Wrocławia, nestorka polskich neonatologów,

odkryła, że uratowana wówczas dziewczynka jest lekarzem i zajmuje się noworodkami. W drugiej połowie lat 80. w czasie jednej z konferencji doszło do niezwykłego spotkania pacjenta i lekarza. Zaskoczony prof. Jabłoński na sali wykładowej zobaczył neonatologa, któremu kilkadziesiąt lat wcześniej wykonał transfuzję wymienną.

Transfuzja wymienna u noworodków urodzonych ze zrealizowanym konfliktem serologicznym to dziś stosunkowo rzadko wykonywany zabieg. Sprawia to powszechna immunoprophylaktyka (podanie do 72. godzin po porodzie immunoglobuliny anty-RhD matce z grupą krwi Rh- w przypadku, gdy dziecko dziedziczy po ojcu grupę Rh+). Immunoglobulina anty-D została wprowadzona na rynek w 1967 r. Dzięki temu u kobiet rzadko wytwarzają się przeciwciała, które mogłyby niszczyć krwinki czerwone dziecka w kolejnej ciąży. ■

¹ Od 1887 r. J. Pfannenstiel pracował we Wrocławiu, tu też w 1890 r. habilitował się, zyskując stanowisko Privatdozenta. Od 1896 r. był lekarzem na oddziale położniczym wrocławskiego Szpitala Elżbietanek (Krankenhaus der Elisabethinerinnen, dziś: Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc).

² Jego prace były prezentowane na wielu wystawach krajowych i zagranicznych. Kilkutysięczny zbiór ekslibrisów Hasso-Agopsowicza (polskich i zagranicznych) zaginął po jego śmierci w 1982 r.



PhotoArtMedica

GazetaLekarska.pl



**„Uśmiech”,
Magdalena
Kłaput
(stażystka,
Złotniki),
Złoty Medal
Fotoklubu RP –
PhotoArtMedica
2014**



www.photoartmedica.pl



Agata Morka
historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Co dolega?

W czasach teleporad, gdy na sakramentalne pytanie „co dolega”? odpowiedź znaleźć trzeba w sposób bezdotykowy, tęskno trochę do diagnostyki à la doktor House. Takiej z niezliczoną ilością opukań, zaglądań do gardła, patrzenia w oczy czy wykonywania badań.



Obraz: Folio z Kodeksu Magliabecchi, połowa XVI w.



Jeśli diagnozować chcielibyśmy się zaś na terenach XVI-wiecznego Meksyku, to zamiast teleporady zaoferowano by nam seans tak dla ciała, jak i duszy.

Folio z Kodeksu Magliabecchi, pochodzące z czasów świetności kultury azteckiej, dla widza, którego oko wytrenowano na zachodnioeuropejskich standardach renesansu, z ich perspektywicznym ujęciem przestrzeni, wydać się może dość „naiwne”. Przypominać może niemalże komiksowe ujęcia, z postaciami ułożonymi w pasy zorganizowane wokół scen, których bohaterowie mówią do siebie dymkami.

U góry przedstawienia dwie postacie zwrócone są w stronę osoby, która wyciąga w ich kierunku dłoni, jakby zachęcając do rozmowy. Tę samą osobę odnajdujemy na dole przedstawienia, tym razem siedzi na dywanie, naprzeciwko kolejnej postaci. I tym razem zwrócone są do siebie, a pomiędzy nimi dzieją się rzeczy dość niezwykle: na dywanie lewituje przedmiot podobny do tacy, nad którym wolnym strumieniem leją się bliżej niezidentyfikowane obiekty w kolorach kremowym i czarnym. Wszystkiemu przygląda się fantastyczna figura w masce opatrzonej czerwonymi piórami. Ciężko zgadnąć, że jesteśmy świadkami azteckiego procesu

diagnostycznego, któremu daleko do naiwności.

Postać z obu scenek to ticitl: lekarz specjalizujący się w diagnostyce i ziołolecznictwie. Ci uzdrowiciele do leczenia podchodzili w sposób spirytualny, tak samo ważne były dla nich materialne symptomy pacjenta, jak i te mające miejsce w sferze duchowej. Proces diagnostyki opierał się zatem tak na wnikliwej obserwacji, jak i na interpretowaniu układów rzucanych muszli czy ziaren kukurydzy w czasie spotkania z pacjentem. W zależności od tego, jak do siebie dolegały, ticitl był w stanie rozpoznać, co naprawdę dolega samemu pacjentowi. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 03/2021

1. Usunięcie kresek na krześle.

Artystka użyła pasteli do wykonania tego przedstawienia, całość zrealizowano techniką nakładających się na siebie kreseczek.

2. Dodanie sportowych butów leżącej kobiecie.

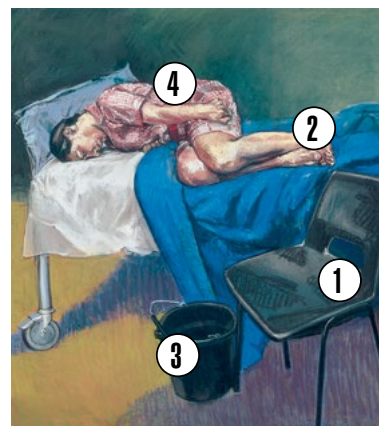
Na innym przedstawieniu Rego pochodzącym z cyklu o aborcji widać kobietę leżącą w podobnej pozycji jak ta z omawianego obrazu, tym razem jednak ma ona na sobie sportowe buty.

3. Usunięcie wiadra z obrazu.

Wiadro jest ważnym bohaterem tego przedstawienia, pojawia się również na drugim bocznym panelu tryptyku.

4. Zmiana koloru paska sukienki kobiety z czerwonego na zielony.

Oryginalna czerwień paska pojawia się na przedstawieniu nie bez przyczyny, rezonuje bowiem z paskiem kobiety z centralnego panelu i odbita zostaje w głębokim bordo fotela na lewym panelu.

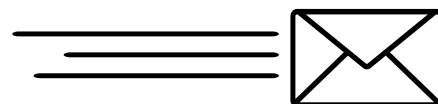


Obraz: Paula Rego, „Bez tytułu”,
Tryptyk, panel boczny, 1998

NAGRODZENI Z „GL” 03/2021: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Monika Zasuwik z Węgrowa**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Aneta Czubińska (Świnoujście), Marta Rechenek-Białkowska (Łódź), Anna Szady-Szarmach (Kościerzyna)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 19 kwietnia 2021 r. W temacie maila należy wpisać GL04 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.



Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

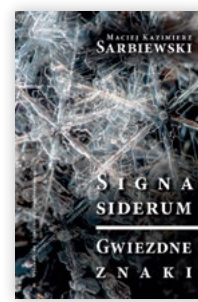
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju ufundował voucher obejmujący m.in.:

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego ufundowało książki:

- 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



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; 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.

SPORT

Mimo pandemii

W dniach 26-27 lutego OIL w Łodzi wraz z NIL oraz stowarzyszeniem Polskimed zorganizowała XXIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim w Jurgowie, zgłoszone oficjalnie do kalendarza imprez sportowych NRL. Te zawody cieszą się dużym zainteresowaniem środowiska medycznego z całego kraju. W tym roku, pomimo pandemii, wystartowało 47 zawodników. Pełna relacja z wydarzenia, a także galeria zdjęć na www.gazetalekarska.pl ■

Od lewej: Michał Dyrda, Adam Dyrda, Kasia Płóceniak, Mariusz Smolik, Grzesiek Siteń



GazetaLekarska.pl



FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

NASZA CZYTELNICIA

Vademecum materiałoznawstwa protetycznego

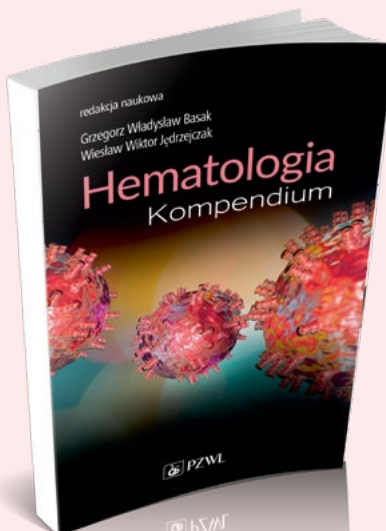
Mariusz Pryliński



Postęp technologiczny oraz wprowadzane nowe materiały wymuszają ciągłą aktualizację wiedzy oraz nabywanie kolejnych umiejętności. Ta książka to obszerne źródło najnowszych informacji w zakresie materiałoznawstwa stomatologicznego, zaś sposób ich przedstawienia pozwala bez trudu poszerzyć wiedzę z tego zakresu. Dokładny opis materiałów, obejmujący analizę właściwości wraz z ich zastosowaniem, połączono z omówieniem szeregu praktycznych aspektów i procedur.

Hematologia Kompendium

Redakcja naukowa: Grzegorz Władysław Basak,
Wiesław Wiktor Jędrzejczak



Publikacja w sposób zwięzły i przejrzysty prezentuje zagadnienia związane z hematologią. Można tu znaleźć wiele danych odnoszących się do fizjologii, patologii, diagnostyki oraz leczenia wybranych jednostek chorobowych krwi i układu krwiotwórczego. Są informacje na temat niedokrwistości, neutropenii i małopłytkowości, limfadenopatii, nowotworów mieloidalnych i limfoidalnych, zaburzeń krzepnięcia krwi oraz przeszczepiania komórek krwiotwórczych.

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

ABSOLWENCI AMG 1974-1980

W związku z pandemią COVID-19 przekładamy bal na 11.09.2021 r. Informacje: Anna Skuratowicz-Kubica, tel. 513 773 028, e-mail: a.skuratowicz@wp.pl lub Janusz Sędzikowski, tel. 601 682 979, e-mail: pean@tlen.pl

ABSOLWENCI WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1985

W związku z obecnym stanem epidemiologicznym w Polsce oraz niestety pogłębiającą się pandemią SARS-CoV-2, podjęliśmy decyzję o odwołaniu spotkania Rocznika 1985. O nowym terminie spotkania, który przewidujemy w roku 2022, poinformujemy w późniejszym okresie.

Komitet Organizacyjny

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1977

W związku z obecnym stanem epidemiologicznym w Polsce oraz niestety pogłębiającą się pandemią SARS-CoV-2, podjęliśmy decyzję o odwołaniu spotkania Rocznika 1977. O nowym terminie spotkania, który przewidujemy w roku 2022, poinformujemy w późniejszym okresie.

Komitet Organizacyjny

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1990

W związku z obecnym stanem epidemiologicznym w Polsce oraz niestety pogłębiającą się pandemią SARS-CoV-2, podjęliśmy decyzję o odwołaniu spotkania Rocznika 1990. O nowym terminie spotkania, który przewidujemy w roku 2022, poinformujemy w późniejszym okresie.

Komitet Organizacyjny

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I STOMATOLOGICZNEGO AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1971

W związku z obecnym stanem epidemiologicznym w Polsce oraz niestety pogłębiającą się pandemią SARS-CoV-2, podjęliśmy decyzję o odwołaniu spotkania Rocznika 1971. O nowym terminie spotkania, który przewidujemy w roku 2022, poinformujemy w późniejszym okresie.

Komitet Organizacyjny

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I STOMATOLOGICZNEGO AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1970

W związku z obecnym stanem epidemiologicznym w Polsce oraz niestety pogłębiającą się pandemią SARS-CoV-2, podjęliśmy decyzję o odwołaniu spotkania Rocznika 1970. O nowym terminie spotkania, który przewidujemy w roku 2022, poinformujemy w późniejszym okresie.

Komitet Organizacyjny

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

Umysł – mózg – gen. W kierunku zintegrowanej psychoterapii

John B. Arden



Autor pokazuje wzajemne zależności między umysłem, mózgiem a genami. Udowadnia, że konkretne doświadczenia oraz reakcje na nie zmieniają strukturę mózgu, układ odpornościowy, a nawet wpływają na ekspresję genów. Stany zapalne i zaburzenia immunologiczne są związane z zaburzeniami lękowymi i depresją. Mikroflora bakteryjna oraz sposób odżywiania wpływają na kondycję psychiczną, a pozytywne relacje społeczne – na neuroplastyczność mózgu.

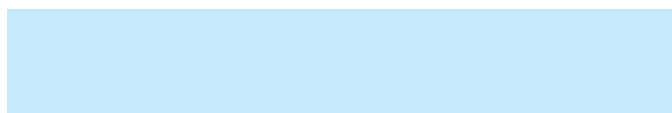
Umysł w ogniu

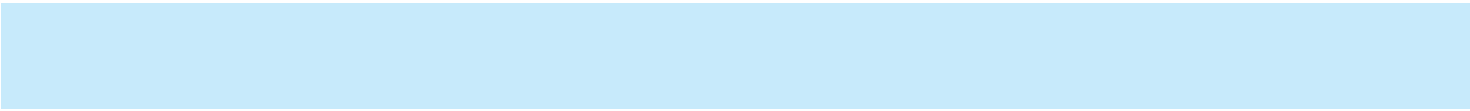
Susannah Cahalan



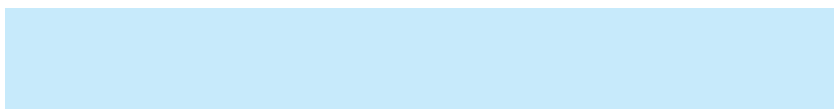
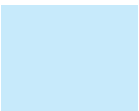
Wspomnienia dziennikarki, która opowiada o swojej wyczerpującej walce z zagadkową, przerażającą chorobą. O tym, jak z dnia na dzień przestała panować nad umysłem. Jak zaczęła zauważać pluskwy, których nie było, zdradę chłopaka, do której nigdy nie doszło, aż po stwarzanie sytuacji zagrażających jej własnemu życiu. Gdy jest o krok od umieszczenia jej w oddziale zamkniętym, dochodzi do spotkania z lekarzem, który nie wierzy w chorobę psychiczną pacjentki i za pomocą krótkiego testu ratuje jej życie.

Ogłoszenia



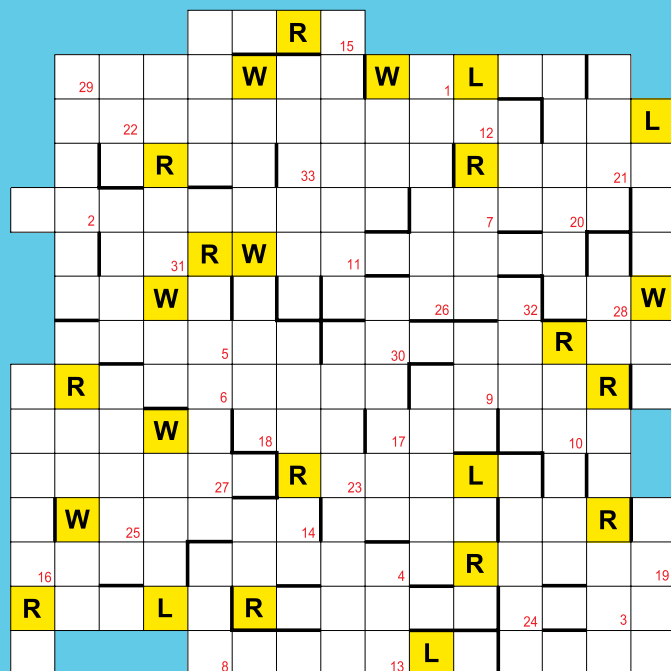


Ogłoszenia





**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści,
wiedza i zaangażowanie.**
Zachęcamy do odwiedzenia strony pzwl.pl i zapoznania się
z nowościami wydawniczymi oraz ofertami specjalnymi.



Objaśnienia 68 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: L, R i W. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to cytat z Moliere. Hasło należy przesłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 kwietnia 2021 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* imię wybitnego chirurga, patrona OIL w Warszawie * Birkenau
* okolica przyłączenia ramienia do tułowia * największe jezioro Etiopii
* sławny matematyk, patron ulicy w WUM * człowiek śniegu * singultus
* uczeń, stażysta * kość promieniowa (łac.) * ogrodowy rozpylacz wody
* chłodziarka * pierwszy w świecie środek opatrunkowy L. Bierkowskiego
* dźwięk e podwyższony o krzyż * angielskie harcerstwo * jama (łac.)
* atrofia * kobieciarz, podrywacz * inhalacja * największe z delfinowatych * dobre zwyczaj * brzuszny, plamisty lub powrotny * prezes UPR
* mieszka w Bilbao * adenozyndiofosforan * carski akt prawny * prestiż, szacunek * exfoliatum * płynie z Łodzi do Warty * główne białko mleka
* torbiel * ruch posuwisto-zwrotny * echosonda * convulsiones * domena Euterpe * banda, gang * półóg (łac.) * poziom rozumienia pacjenta co do własnej choroby (psychiatria) * imię perkusisty The Beatles * niedowład połowiczny (łac.) * lennik feudalny * hinduskie powściągnięcie

zjawisk świadomości * żelazoporfiryna * papież czasu II wojny światowej
* wpada w Lyonie do Rodanu * bardzo zdrowa rokieta siewna * Muscari ze szparagowatych * w Assuanie * kości (łac.) * lud w Turcji, Syrii, Iraku i Iranie walczący o wolność * Baskonia i Wolność * zęby (łac.) * grecki bóg wiatrów * jednostka poziomu głośności dźwięków * ukochana doktora Żywago * miasto i rzeka wpadająca do Dżwiny * ostatnia twierdza krzyżowców w Ziemi Świętej * putrefactio * między Golańczyką a Szubinem * opiekun życia, partner Brahmy i Śiwy * po wiederisku z kofeiną * Edgar Allan, amerykański romantyk * Stowarzyszenie Narodów Azji Pd-Wsch. * zniekształcone wrażenia wzrokowe * koleczasty sukulenta na szał * ruchomy wyrostek w okolicy otworu gębowego * uzdrowicielka, święta, patronka Gruzji * saudyjskie złotówki * Josef, niemiecki lekarz, zbrodniarz w Auschwitz

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 261 („GL” nr 02/2021)
Niesmaczne lekarstwo lepsze od słodkiej trucizny.**

Nagrody otrzymują:

Aleksandra **Konwicka** (Warszawa), Waldemar **Kucaj-Solecki** (Wałbrzych), Kamila **Myszel** (Dołuje), Iwona **Stobińska** (Kraków), Anna **Walawender** (Żółńca). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody przesyłamy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 177 500 egz.

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

naczelny@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska; sekretarz redakcji; Tel. 668 854 344

l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak; dziennikarz; Tel. 696 48 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.tarczynska@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 Sokotowska (Płock), Jarosław Wanecki (Płock)

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

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 skróć, adustacji, 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 recept 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).

