

SAMORZĄD: Spór o chleb i godność



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

05 | 2020

Raport specjalny

NA DRUGIEJ LINII FRONTU

NAKAZ PRACY

KOGO DOTYCZY
I JAKIE SĄ WYŁĄCZENIA?

■ Siewca śmierci

CZY MOŻLIWY BĘDZIE POWRÓT
DO ŻYCIA SPRZED EPIDEMII?

■ Pora się obudzić

WYWIAD Z PROF. ROBERTEM FLISIAKIEM,
PREZESEM PTEILCHZ

■ Fundusz pomocowy NIL

ZAKUP ŚRODKÓW OCHRONY DLA MEDYKÓW

Temat numeru

POLSKA W OBLICZU EPIDEMII

WALKA Z COVID-19

50

BEZ TARCZY, BEZ PRZYŁBICY

Środowisko lekarzy dentystów zostało pozostawione bez wsparcia ze strony decydentów.



STR. 8

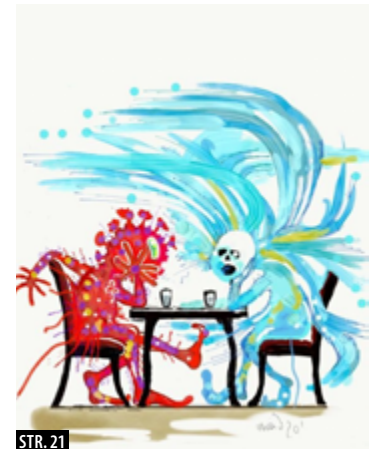
70

SAM ZE SOBĄ

Rzadko która czynność wymaga tak wielkich pokładów odwagi jak być z samym sobą.



STR. 74



STR. 21

Spis treści

Maj 05/2020

SAMORZĄD

- 4 | Korona lekcja
- 6 | 57 ton sprzętu dla medyków
- 32 | Spór o chleb i godność

TEMAT NUMERU

- 10 | Kwiecień z koronawirusem
- 11 | W ogniu walki
- 14 | W cieniu pandemii

RAPORT SPECJALNY

- 16 | Wirus jak koń trojański
- 21 | Apokaliptyczny siewca śmierci
- 26 | Pora się obudzić
- 29 | Kto testuje?
- 30 | Ku pamięci

PRAWO I MEDYCyna

- 35 | Postawy lekarzy w czasie epidemii

- 36 | Nakaz pracy
- 38 | Biuletyn
- 39 | Poradnik - komunikacja z pacjentem
- 44 | Kilka porad na trudne czasy
- 45 | Określanie przyczyn zgonów w czasie pandemii
- 46 | Zobowiązanie do pracy w DPS
- 47 | Spokojnie, to nie gronkowiec
- 48 | Nowe rozporządzenia

PRAKTYKA LEKARSKA

- 49 | Odmrażanie
- 50 | Bez tarczy, bez przyłbicy
- 54 | Instalekarze - chwilowy trend czy *signum temporis*?

- 58 | Uzależnieni
- 59 | Choroba demokratyczna
- 61 | Wódko, pozwól leczyć
- 63 | Chodzi o możliwości
- 64 | COVID-19 a rak
- 66 | #kulawydiabeł

PO GODZINACH

- 68 | Prawda pierwszą ofiarą
- 69 | Zaraz wracam
- 70 | Sam ze sobą
- 72 | Zbrodnia katyńska - milczenie i pamięć
- 74 | Muzyka i medycyna, czyli sztuka i cierpienie
- 77 | Kultura
- 79 | Zjazdy koleżeńskie
- 80 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Z SOBIESKIEGO 110

Korona lekcja

Około pół roku temu podczas jednej z prestiżowych konferencji przysłuchiwałem się dyskusji na temat: „Zdrowie – koszt czy inwestycja”. Grono panelistów, kamery, media, wiele przykładów o profilaktyce, zdrowiu publicznym i ogólnie słusznych tez. Wszyscy ze wszystkimi się zgadzają... A pół roku później – chwila prawdy.

Podawane kilka miesięcy temu przykłady dziś wydają się nawiązane. W czasie epidemii przechodzimy przyspieszone kursy, czym jest szeroko rozumiane zdrowie publiczne i boleśnie odczuwamy skutki wieloletnich zaniedbań. Czego nauczyliśmy się na korona lekcji?

Zatrzymana gospodarka to gigantyczne nakłady na zachowanie przy życiu firm, na obronę przed masowym bezrobociem i całą falą negatywnych następstw społecznych. Wszystkie opóźnienia, potknięcia, błędne decyzje dotyczące walki z epidemią pociągają za sobą koszty – być może, od pewnego momentu, zbyt głębokiej i za długiej w stosunku do innych krajów – hibernacji. Jeśli ktoś jeszcze miał wątpliwości, że nakłady na zdrowie to inwestycja w przyszłość, to już się chyba ich pozbył. Eksperci wskazują, że kraje o lepiej zorganizowanej i dofinansowanej ochronie zdrowia i lepszej kondycji społeczeństwa najprawdopodobniej poniosą mniejsze długofalowe koszty epidemii i szybciej się z nią uporają.

Na pełne oceny przyjdzie czas. Po szczególne kraje mają różne doświadczenia, co wynika z ich struktury demograficznej, kultury, ale przede wszystkim poziomu opieki zdrowotnej – jej zorganizowania, sprawnych procedur na czas zarządzania w kryzysie, przygotowania do sytuacji ekstremalnych.

Nie trafiają do mnie argumenty, że na taką epidemię nikt nie był przygotowany. Kryzys zawsze zaskakuje, bo inaczej nie byłby kryzysem. Sztuka polega na tym, by mieć dobre procedury, ćwiczyć je, modyfikować, dbać o zapasy strategiczne, przygotować kadry itp. A wszystko po to, by zminimalizować straty. Teoretycznie wiedzą to wszyscy.

Teoretycznie wszyscy też wiedzą, że kryzys może przynieść korzyści. Teraz, gdy powstaje ten tekst, jeszcze trudno tak myśleć, ale mam nadzieję, że po zakończeniu pandemii – oby to nastąpiło jak najszybciej – zostanie przeprowadzony solidny i uczciwy przegląd tego, co się udało, co się nie udało, co mogło być inaczej i lepiej. Ważne jest, aby ten kryzys czegoś nas nauczył na przyszłość.

Dobrze, aby zamiast plenarnych debat, eksperci w trybie roboczym przeanalizowali sytuację, ocenili przyjęte strategie, wyciągnęli wnioski. Dotyczy to każdego szczebla. Centralnego i niższych poziomów – szpitala, przychodni, gminy, powiatu, województwa.

Dziś widać, że dyskusja o wielkości udziału nakładów na zdrowie w PKB to za mało. Ten miernik jest ważny, ale oprócz mizerii finansowej nasz system ochrony zdrowia (jeśli w ogóle można go nazwać systemem) wymaga budowy od podstaw.

Musi wreszcie nastąpić radykalna zmiana w myśleniu o ochronie zdrowia. Dziś jeszcze decydenci skupieni są na zarządzaniu kryzysem, pod silną presją czasu, w stresie. W dłuższej perspektywie to może być pułapka – blokada na nowe argumenty, syndrom obłożonej twierdzy, czasem w odruchu obronnym zamknięcie się w wąskim kręgu najbliższych współpracowników. To bardzo niebezpieczna faza. Może pociągać za sobą niepotrzebne koszty, i to nie tylko w wymiarze finansowym.

Nasze uwagi, kierowane do Ministerstwa Zdrowia i innych organów administracji publicznej, przypominają rzućcie grochem o ścianę. Sygnalizujemy konkretne problemy, podpowiadamy rozwiązania. Odpowiedzią jest często

“

Musi wreszcie nastąpić radykalna zmiana w myśleniu o ochronie zdrowia.



cisza lub odzew po długim oczekiwaniu, i to też mało konkretny. Zdarzają się pozytywne reakcje, ale okazuje się, że one nie wystarczają, bo inny urząd musi wydać kolejne, uszczegóławiające przepisy. A czas płynie, ludzie narażają zdrowie i życie. Mało tego – topnieje kredyt zaufania, którym na początku sytuacji kryzysowej cieszą się kluczowi decydenci. Jeśli jednak ich decyzje są spóźnione, nieprzejrzyste, czasem sprzeczne, to zapala się czerwona lampka.

Jako samorządowcy mamy informacje z pierwszej ręki. Zbieramy opinie, oceniamy propozycje i ich wdrożenie. Uważamy, że naszym obowiązkiem jest dzielić się tą wiedzą. Występujemy w interesie publicznym, co zapisano w konstytucji. Mając za sobą ten mandat, nie zrażamy się, apelujemy, sygnalizujemy, postulujemy. Mamy już długą listę interwencji kierowanych do najwyższych organów władzy państwowej, administracji rządowej, władz lokalnych. Wspierają nas sojusznicy, tacy jak Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Pacjenta.

Okazuje się, że takie wielostronne oddziaływanie odnosi oczekiwany skutek. Cieszą różne inicjatywy poparcia, również materialnego, które zasilają naszą Fundację Lekarze Lekarzom. Przykładem jest ogromne wsparcie w wysokości 20 mln zł udzielone przez Fundację pani Dominiki Kulczyk. Przeistoczyło się ono w dziesiątki ton sprzętu ochronnego, który przez okręgowe izby lekarskie dociera do lekarzy.

To wspaniale, że w sytuacjach trudnych możemy liczyć na społeczne wsparcie i hojność darczyńców. Ale nie możemy stawiać na pospolite ruszenie. Polska potrzebuje sprawnego systemu ochrony zdrowia na miarę społecznych ambicji i cywilizacyjnych wyzwań. Z jednym z nich właśnie się mierzymy od marca br.

To, co tu i teraz, nie zwalnia nas z myślenia o tym, co dalej. Czy jest już na to pomysł? Czy rządzący, skupieni na gaszeniu pożarów, już myślą o tym, co po epidemii? My dziś do tego nawołujemy. Przestrzegamy, aby nie okazało się, że decyzje znów będą spóźnione, niepełne i niejasne.

Dziś jeszcze decydenci skupieni są na zarządzaniu kryzysem, pod silną presją czasu, w stresie. W dłuższej perspektywie to może być pułapka – blokada na nowe argumenty, syndrom oblężonej twierdzy, czasem w odruchu obronnym zamknięcie się w wąskim kręgu najbliższych współpracowników. To bardzo niebezpieczna faza.

Jako Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej działamy w trybie kryzysowym, czyli praktycznie bez przerwy. Dzięki temu możemy na bieżąco reagować. Ale też – z myślą o przyszłości – podjęliśmy wysiłek niezależnego gromadzenia informacji o lekarzach poszkodowanych w walce z epidemią, o niedomaganiach w systemie ochrony zdrowia, które w czasach epidemii ograniczają dostęp do diagnostyki i leczenia chorych, dramatycznie zmniejszając ich szanse na poprawę zdrowia lub wręcz przeżycie.

Zapraszamy do współpracy ekspertów, by docierać do niezależnych opinii i już dziś tworzyć platformę, gdzie będą się klarować pomysły na przyszłość. Przed nami fundamentalne wyzwania. Towarzyszą nam od dawna, ale epidemia nadała im nowy kontekst. Trudno będzie zwlekać z odpowiedzią na chociażby takie pytania:

1. Jak ma wyglądać finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, zwłaszcza w sytuacji osłabienia gospodarczego?
2. Jakie przyjąć priorytety? Gdzie i w jaki sposób przemieszczać środki w osłabionym pandemią systemie?
3. Jak wykorzystać szczupłe kadry w sytuacji nowych wyzwań zdrowotnych?
4. Jak ma wyglądać szpitalnictwo w Polsce?
5. Jakie wnioski po doświadczeniach pandemii wynikają dla przyszłego kształtu podstawowej opieki zdrowotnej?
6. Czego dowiedzieliśmy się o naszym profesjonalnym przygotowaniu i jakie wnioski z tego wynikają dla systemu kształcenia?
7. Czy doświadczenia z pandemią każą nam zweryfikować podejście do regionalizacji w ochronie zdrowia?
8. Czy jesteśmy właściwie przygotowani do zarządzania kryzysowego na różnych poziomach państwa i systemu ochrony zdrowia?
9. Jaki ma być udział samorządu zawodów medycznych w kształtowaniu i monitorowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce?
10. Jak skutecznie i szybko porzucić myślenie o penalizacji zawodu lekarza, a w to miejsce w polskim systemie ochrony zdrowia wprowadzić system no fault?

Celowo nie nazywam tego zestawu dekalogiem, bo już za dużo mamy górnołotnych haseł. Z pokorą zejźmy na ziemię. Zadajmy też pragmatyczne pytanie, jak skutecznie przeprowadzić polską ochronę zdrowia przez niezwykle trudny proces zmiany, aby stała się rzeczywistym priorytetem państwa.

Pytanie to towarzyszy nam od dawna. Odpowiedzi i propozycje już się trochę na ten temat zebrało. Teraz potrzeba eksperckiej, twórczej dyskusji oraz śmiałych wyborów, z dala od świateł jupiterów i kamer.

Apeluję do rządzących: nie zmarnujmy korona doświadczenia! Łatwiej wam będzie, jeśli wyjdziecie z gabinetów. Otwórzcie się na opinie profesjonalistów i zrozumcie, że system można zmieniać, angażując w ten proces lekarzy i inne środowiska medyczne oraz pacjentów, a nie wbrew nim. ■



SKRINING

Ważne przesłanie



W chaosie, jaki pojawił się wraz z pierwszymi zakażeniami SARS-CoV-2, i w obliczu dotkliwego braku sprzętu ochrony osobistej, lekarze i pozostali personel medyczny z ofiarnością nieśli pomoc chorym. „Oburzają nas pojawiające się w ostatnim czasie w dyskusji publicznej twierdzenia o tym, że

personel medyczny jest współodpowiedzialny za rozszerzanie się epidemii” – napisał w połowie kwietnia prezes NRL Andrzej Matyja w liście otwartym. W jego opinii przypisywanie medykom współodpowiedzialności za rozwój epidemii jest niegodziwe i podważa zaufanie społeczeństwa do grup zawodowych, których praca jest niezwykle ważna nie tylko w czasie trwającej pandemii. „To lekarze i lekarze dentyści oraz inny personel medyczny narażają zdrowie i życie własne oraz swoich bliskich, pracując często bez odpowiedniego wyposażenia, które od czasu pojawienia się wirusa w Europie powinny zapewnić nam władze państwowe” – podkreślił prezes NRL. ■

Apel do zakażonych lekarzy

W związku ze skierowaną do okręgowych izb lekarskich prośbą o zgłaszanie przypadków zarażenia lekarzy oraz lekarzy dentyistów SARS-CoV-2, NIL informuje, że istnieje możliwość indywidualnego przekazywania takich informacji za pośrednictwem anonimowego formularza: <https://wer-ankiety.hipokraty.org/ankiety/548184>. Jak wyjaśnia dr hab. Andrzej Wojnar, członek Prezydium NRL i przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej, umożliwi to samorządowi lekarskiemu oszacowanie skali problemu oraz podjęcie działań mających na celu egzekwowanie od władz państwowych zabezpieczenia warunków pracy lekarzy i lekarzy

dentyistów. Ankieta jest anonimowa, a podanie numeru PWZ nie jest zapisywane w systemie i służy tylko do celów weryfikacyjnych. Prezydium NRL apelowało do ministra zdrowia i GIS o regularne publikowanie aktualnych danych statystycznych dotyczących liczby zarażonych koronawirusem członków personelu medycznego, z podziałem na poszczególne zawody. „Informacje takie są publikowane w zdecydowanej większości państw dotkniętych pandemią” – podkreślono w jednym z apeli. Zdaniem Prezydium NRL, niepublikowanie takich danych jest nietransparentne i niezrozumiałe, wzbudzając obawy o zatajanie ich przed opinią publiczną. ■



Tu znajdziesz link do ankiety

Ograniczenie pracy

W związku z pandemią resort zdrowia ogranicza lekarzom możliwość pracy w różnych miejscach. Pojawiają się wątpliwości i obawy związane z przepisami dotyczącymi tej kwestii. Jak wskazuje Prezydium NRL, zamiast wprowadzać dla personelu medycznego zakaz pracy poza placówką leczącą pacjentów z COVID-19, należy wprowadzać i stale poszerzać dostęp do testów na obecność SARS-CoV-2. „Dałoby to znacznie lepsze efekty dla całej służby zdrowia niż wiązanie personelu z jednym podmiotem leczniczym i pozbawianie tym samym innych pacjentów dostępności do świadczeń zdrowotnych” – czytamy w stanowisku Prezydium NRL dotyczącym projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym

niż z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem. W ostatnich tygodniach samorząd lekarski wielokrotnie zwracał uwagę m.in. na to, że restrykcje doprowadzą do istotnego braku lekarzy w wielu placówkach ochrony zdrowia, w tym ambulatoryjnych, a część lekarzy może zostać pozbawiona swojego głównego miejsca pracy, ponosząc z tego powodu spore koszty finansowe. Zgodnie z zapowiedziami ministra zdrowia, lekarze mają mieć prawo do dofinansowania w związku z utracą dochodów, ale – jak zawsze – diabeł tkwi w szczegółach. Samorząd lekarski zgłosił swoje zastrzeżenia do projektu rozporządzenia oraz propozycje rozwiązań, tak aby przepisy nie uderzyły w lekarzy. ■

Tarcza antykryzysowa

Tarcza antykryzysowa to pakiet rozwiązań, który zdaniem rządu ma ochronić polskie państwo i obywateli przed kryzysem wywołanym pandemią koronawirusa. Czy można łączyć pomoc z tytułu zwolnienia ze składek z innymi formami pomocy (np. z tytułu przestoju)? Czy było zasadne występowanie w kwietniu, po złożeniu deklaracji za marzec, z wnioskiem o zwolnienie ze składek za cały trzymiesięczny okres? Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Gertruda Uścińska udzieliła odpowiedzi na pismo prezesa NRL mające rozwiązać m.in. te wątpliwości. Wnioski będą rozpatrywane w terminie 30 dni od złożenia dokumentów rozliczeniowych za ostatni wskazany w nim miesiąc, a ZUS musi najpierw poznać wysokość wszystkich należności do umorzenia. Więcej na stronie internetowej NIL. ■

Choroba zawodowa

Ministerstwo Zdrowia uznało chorobę zakaźną wywołaną wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zawodową, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy – tak można streścić odpowiedź resortu na apel Prezydium NRL z 30 marca skierowany do premiera Mateusza

Morawieckiego. To niezwykle ważne, bo ryzyko zakażenia wywołanego koronawirusem podczas wykonywania obowiązków zawodowych jest w środowisku lekarskim znacznie wyższe niż w przypadku innych grup zawodowych, w szczególności w sytuacji braku środków ochrony indywidualnej. „Po odpowiedzi ministerstwa należy uznać, że w przypadku lekarza lub lekarza dentystry zakażonego wirusem SARS-CoV-2 istnieją przesłanki do wydania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej” – podano na stronie NIL. ■



gazetalekarska.pl

Dziedziny priorytetowe

Do konsultacji publicznych został skierowany projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny. Resort zdrowia zaproponował, aby do obowiązującego wykazu dodać choroby zakaźne, medycynę paliatywną i chirurgię dziecięcą, ale chce wykreślić z niego ortodoncję, co spotkało się z zaniepokojeniem Prezydium NRL. Samorząd lekarski zwrócił uwagę również na to, że

w dziedzinach takich jak: medycyna nuklearna, rehabilitacja medyczna i transfuzjologia kliniczna, rysuje się luka pokoleniowa, której nie zdoła się zapełnić przy dalszym spadku zainteresowania tymi specjalizacjami. W projekcie nie zostały wzięte pod rozważenie także inne specjalizacje, w których średnia wieku lekarzy jest wysoka (m.in. położnictwo i ginekologia), a potrzeby w zakresie dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych są duże. ■

Staż podyplomowy

Prezydium NRL zaapelowało o pilne uregulowanie sytuacji osób studiujących na ostatnim roku studiów na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, tak aby absolwenci mogli bez przeszkód rozpocząć planowany staż podyplomowy. „Osoby te muszą mieć zagwarantowane w szczególności, że będą mogły uzyskać na czas zaliczenie wszystkich egzaminów i otrzymają dyplomy lub

zaświadczenia o ukończeniu studiów w terminie umożliwiającym rozpoczęcie stażu podyplomowego” – czytamy w apelu skierowanym do ministra zdrowia. Zdaniem samorządu lekarskiego należy wdrożyć niektóre rozwiązania zawarte w procedowanej w Sejmie nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w tym m.in. możliwość dopuszczenia do LEK i LDEK studentów ostatniego roku studiów. ■

Bezpłatne porady

Dzięki porozumieniu NIL i TU INTER Polska, ubezpieczyciel zapewnia wszystkim lekarzom i lekarzom denty stom w Polsce możliwość korzystania z bezpłatnych porad i opinii prawnych związanych z pandemią SARS-CoV-2. Przez 7 dni w tygodniu 24 godziny na dobę pomoc zapewniają doświadczeni prawnicy specjalizujący się w prawie medycznym, którzy od lat współpracują z TU INTER w ramach ubezpieczeń ochrony prawnej. – Zdajemy sobie

sprawę, że w sytuacji panującej obecnie w naszym kraju i na świecie pojawia się sporo wątpliwości, również tych dotyczących obszaru prawa medycznego – mówi Andrzej Matyja, prezes NRL. Aby skorzystać z bezpłatnych porad prawnych, wystarczy zadzwonić pod numer 22 333 77 00. Porady świadczone są w formie telekonsultacji, istnieje możliwość otrzymania opinii prawnej na piśmie, sygnowanej przez adwokata lub radcę prawnego. Więcej na stronie www.interpolska.pl. ■

Szarlatani

W reakcji na pismo prezesa NRL Andrzeja Matyi, Rzecznik Praw Obywatelskich Adam Bodnar przytoczył się do walki z propagowaniem niesprawdzonych metod „leczenia” koronawirusa, głównie poprzez media społecznościowe. RPO zwrócił się do władz m.in. Twittera, Facebooka i Google o przedstawienie informacji na temat szczególnych środków podejmowanych przez nie w tym zakresie (np. moderacja nieprawdziwych treści). Samorząd lekarski niezmiennie podkreśla, że propagowanie metod pozbawionych jakiegokolwiek uzasadnienia naukowego, szczególnie w czasie panującej pandemii, jest wysoce szkodliwe dla społeczeństwa. ■

Hejt STOP!

W związku z pandemią koronawirusa coraz częściej pojawiają się przypadki zakażeń wśród pracowników ochrony zdrowia, w tym lekarzy. W społeczeństwie wzbudza to strach, ale to nie może być wytłumaczeniem dla przejawów słownej lub fizycznej agresji, przypadków ostracyzmu i dyskryminacji, rozpowszechniania nieprawdziwych informacji, insynuacji i opinii uderzających w lekarzy i ich dobre imię. Kilka tygodni temu NIL zaapelowała do lekarzy o zgłaszanie takich nagannych zachowań. Można to zrobić, wysyłając e-mail z opisem sytuacji na adres: rpl_skargi@hipokrates.org. ■



LIDIA
SULIKOWSKA

dziennikarz

SAMORZĄD

57 ton sprzętu dla medyków

1 mln masek chirurgicznych, 1,5 mln masek FFP2 N95, 100 tys. kombinezonów klasy II, 100 tys. gogli i 100 tys. przyłbic już trafiło lub lada moment zostanie rozdanych przez samorząd lekarski medykom walczącym na pierwszej linii frontu z SARS-CoV-2.

© L.SULIKOWSKA@GAZETALEKARSKA.PL

Dzięki donacji Kulczyk Foundation w wysokości 20 mln zł, przekazanej na specjalny fundusz pomocowy w ramach Fundacji Lekarze Lekarzom przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, dla lekarzy w całym kraju zakupiono środki ochrony indywidualnej, które ważą w sumie aż 57 ton.

ALARMUJEMY, GDZIE SIĘ DA, I JAK SIĘ DA

Naczelna Izba Lekarska od tygodni apelowała do polskich władz o zaopatrzenie lekarzy w niezbędny ekwipunek do ochrony przed zakażeniem nowym koronawirusem. Równolegle starała się także samodzielnie pozyskać choć część niezbędnego zaopatrzenia. W marcu Prezydium NRL utworzyło fundusz, który ma wspierać finansowo lekarzy i lekarzy dentystów w walce z epidemią SARS-CoV-2.

„Z determinacją alarmujemy, gdzie się da i jak się da. Robimy wszystko, by wymuszać na decydentach konieczne decyzje. Ale nie oglądając się na władze, bierzemy sprawy w swoje ręce, by zadbać o nasze Koleżanki i Kolegów, którzy mierzą się z ekstremalnymi wyzwaniami. Dlatego powołaliśmy fundusz” – pisał



prezes NRL Andrzej Matyja na łamach poprzedniego numeru „GL”. Na starcie fundusz zasilono kwotą 3,3 mln zł (2 mln zł ze środków własnych NIL oraz 1,3 mln zł z odpisu składki za marzec przekazywanej do NIL przez okręgowe izby lekarskie). Ma on być wspierany dodatkowo przez darczyńców. Pierwszy donator pojawił się błyskawicznie. Dzięki zaangażowaniu dra Tomasza Karaudy Fundacja Dominiki Kulczyk zdecydowała

o przekazaniu aż 20 mln zł na wsparcie medyków w walce z koronawirusem. Prezydium NRL upoważniło Fundację Lekarze Lekarzom do rozdyktowania tych środków.

ZAKUPY NA WAGĘ ZDROWIA

15 kwietnia na lotnisko Ławica w Poznaniu przyleciał pierwszy samolot wyładowany środkami ochrony indywidualnej zakupionymi w Chinach. W następnych dniach odbyły

15.04

Na poznańskim lotnisku Ławica wylądował pierwszy z czterech samolotów transportujących środki ochrony osobistej zakupione w Chinach.

się kolejne dostawy. Transport ufundowała Kancelaria Prezesa Rady Ministrów. Sprzęt już trafił do potrzebujących medyków w całej Polsce albo lada moment zostanie im przekazany. Dystrybucją w poszczególnych regionach kraju zajęły się okręgowe izby lekarskie i Fundacja Lekarze Lekarzom przy wsparciu logistycznym (pro bono) prywatnych przedsiębiorców.

– Te środki zaspokoją być może niewielkie potrzeby, ale pozwolą przynajmniej na ten moment udzielać bezpiecznych porad naszym pacjentom. Gest pani Dominiki Kulczyk ma nie tylko wymiar materialny, ale przede wszystkim wymiar moralny dla nas wszystkich – komentuje prezes Matyja.

– Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że potrzeby są większe niż to, czym dysponujemy, dlatego towar trafi tam, gdzie są największe braki. Decydować o tym będą prezesi ORL, którzy mają największe rozeznanie dotyczące potrzeb w swoich regionach. Na pewno będzie to pierwsza linia frontu walki z koronawirusem, to jest priorytet. Co ważne, kupiony sprzęt zakwalifikowano jako transport humanitarny, a więc jesteśmy zwolnieni z opłat celnych i VAT-u. Dodatkowo, z pomocą przyjaciela łódzkiej izby, dr Joanny Kopcińskiej, posłanki do Parlamentu Europejskiego



obecnej kadencji, a wcześniej sekretarz stanu w KPRM, udało się zorganizować transport, za który nie zapłaciliśmy nawet złotówki. Dzięki temu cała kwota przekazana przez darczyńcę mogła być wykorzystana na zakup środków ochrony osobistej – tłumaczy prezes Okręgowej Rady Lekarskiej OIL w Łodzi Paweł Czekalski, przewodniczący zespołu NIL odpowiedzialnego za zakup i dystrybucję sprzętu.

– Zespół ludzi, z którymi miałem zaszczyt pracować przy tym projekcie, był fantastyczny, a Tomasz Karauda to *spiritus movens* całego

przedsięwzięcia. Włożył on mnóstwo energii, aby ta akcja zakończyła się z powodzeniem – dodaje prezes łódzkiej izby.

To jednak nie koniec. Fundusz NIL działa dalej. Wszyscy, którzy chcą pomóc, mogą to uczynić poprzez wpłatę darowizny na konto Fundacji Lekarze Lekarzom: PKO SA 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541. Można także wesprzeć FLL, odpisując 1 proc. podatku na jej rzecz (KRS: 0000409693). – Mamy, jak na razie, 4,5 mln zł do wykorzystania. Pracujemy dalej i dyskutujemy, na co przeznaczyć te pieniądze – podsumowuje Paweł Czekalski. ■

Tomasz Karauda,
Paweł Czekalski,
Grzegorz
Krzyżanowski,
Andrzej Matyja

KOMENTARZ



**TOMASZ
KARAUDA**

pełnomocnik NRL,
przedstawiciel Kulczyk
Foundation

Cieszę się, że darowizna Kulczyk Foundation trafiła właśnie do samorządu lekarskiego. To gwarancja, że zostanie ona właściwie spożytkowana na rzecz polskiej ochrony zdrowia.

Za przekazane pieniądze kupiliśmy potrzebne środki ochrony indywidualnej w Chinach, bo w Polsce ten sam towar był nawet kilkadziesiąt razy droższy. W całym procesie zakupowym bardzo pomogła nam Polsko-Chińska Rada Biznesu. Dzięki jej działaniom uzyskaliśmy fantastyczne ceny. To kontrakt na bardzo dużą kwotę – zazwyczaj tego typu zakupy to miesiące negocjacji, ale na szczęście udało się wszystko dopiąć na przysłowiowy

„ostatni guzik” w rekordowym czasie. To jednak nie był koniec pracy. Sprzęt trzeba było dostarczyć do Polski. Baliśmy się transportu kolejowego i drogowego, ponieważ groziło to tym, że zatrzyma go nam Rosja czy inne kraje. Z kolei drogą morską trwałby zbyt długo. W grę wchodził więc tylko samolot, ale ceny za taką usługę sięgały nawet kilku milionów złotych. Na szczęście udało się zorganizować transport, który zrealizował LOT Cargo, a który opłaciła Kancelaria Prezesa Rady Ministrów. Z kolei władze samorządowe Poznania udostępniły nam halę, w której mogliśmy przechować zakupy, a przyjaciele Kulczyk Foundation, Lions Club Pilory oraz firma Raben, wzięli na siebie ciężar logistyczny związany z przewiezieniem sprzętu do okręgowych izb lekarskich. Łańcuch ludzi dobrej woli sprawił, że cała akcja mogła się zakończyć sukcesem.

Bardzo dziękuję całemu zespołowi NIL, powołanemu do realizacji tego przedsięwzięcia – to fantastyczni ludzie, współpraca układała nam się świetnie. Chciałbym podkreślić rolę przewodniczącego Pawła Czekalskiego – tak duże zaangażowanie, jakie włożył w ten projekt, jest nie do przecenienia. Był ogromnym wsparciem dla nas wszystkich. ■

KWIECIEŃ Z KORONAWIRUSEM

Polska, tak jak wiele innych krajów, mierzy się z dramatyczną sytuacją. Nie wiadomo, kiedy zakończy się pandemia, a na domiar złego na całym świecie pojawiają się symptomy kryzysu gospodarczego. Ten miesiąc na długo utkwi w naszej pamięci.

1.04.

Rząd wprowadził kolejne, coraz większe restrykcje (np. osoby do 18. r.ż. mogą wyjść z domu tylko pod opieką dorosłego, zakaz wstępu do lasów i parków, obowiązek utrzymania co najmniej dwumetrowej odległości między pieszymi), za złamanie których grożą kary w wysokości 5-30 tys. zł. Zmieniły się wytyczne dotyczące określania przyczyn zgonów w czasie pandemii, w oparciu o które w pewnych przypadkach kod przyczyny śmierci pacjenta może nadać jeden z 16 wyznaczonych lekarzy-koderów.

3.04.

Prezydium NRL zwróciło się do premiera z wnioskiem o niezwłoczne odwołanie sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemara Kraski oraz skierowało do OROZ OIL w Warszawie skargę dotyczącą podejrzenia popełnienia przewinienia zawodowego przez wiceministra (W. Kraska jest lekarzem). Wszystko to w związku z wywiadem, w którym m.in. stwierdził, że pracownicy medyczni bagatelizują procedury związane z koronawirusem.

8.04.

Przed południem bilans osób zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2 w Polsce wzrósł do 5 tys., a liczba ofiar śmiertelnych zwiększyła się do 136; wieczorem było już ponad 5,2 tys. zakażonych, spośród których 159 zmarło.

9.04.

Do kraju powróciła grupa 15 polskich lekarzy i ratowników, którzy przez 10 dni we włoskiej Lombardii pomagali miejscowym medykom w walce z pandemią. Tego dnia łączny bilans zgonów we Włoszech wzrósł do prawie 18,3 tys.

15.04.

Wylądował pierwszy z samolotów transportujących środki ochrony zakupione w Chinach dzięki darowiźnie Kulczyk Foundation przekazanej na fundusz pomocowy NIL w ramach Fundacji Lekarze Lekarzom. Dzięki temu do okręgowych izb lekarskich, a następnie do lekarzy, trafi 57 ton sprzętu za 20 mln zł.

16.04.

Fizjoterapeuta ze szpitala w Radomiu pierwszą śmiertelną ofiarą koronawirusa wśród pracowników ochrony zdrowia w Polsce. Początek rządowego nakazu zasłaniania ust i nosa w miejscach publicznych ma obowiązywać aż do odwołania. Cztery dni później zniesiono zakaz wstępu do lasu, a bez opieki osoby dorosłej mogą przemieszczać się osoby powyżej 13. r.ż., ale większość pozostałych restrykcji utrzymano.

17.04.

Przekazanie premierowi przez ministra zdrowia rekomendacji, w której Łukasz Szumowski uznał drogę korespondencyjną za jedyną bezpieczną w obecnej sytuacji formę przeprowadzenia wyborów prezydenckich. Na świecie poruszenie wywołało doniesienie z Chin: państwowe media poinformowały, że 50 proc. więcej osób niż podawano dotychczas zmarło w mieście Wuhan z powodu COVID-19. Rosną wątpliwości co do prawdziwości oficjalnych statystyk na temat epidemii, publikowanych przez chińskie władze.

19.04.

GIS poinformował, że dotychczas 11,5 proc. spośród wszystkich zakażonych koronawirusem w Polsce wyzdrowiało, a zgony spowodowane chorobą COVID-19 stanowią 3,9 proc. w odniesieniu do wszystkich osób zakażonych. Trochę częściej chorują mężczyźni niż kobiety.

22.04.

Łączna liczba zakażeń w Polsce przekroczyła 10 tys., a dotychczas wyzdrowiało 1,5 tys. osób. Już dzień wcześniej liczba zgonów w naszym kraju wyniosła ponad 400. Przypomnijmy, że o obecności „pacjenta zero” resort poinformował 4 marca.

27.04.

Łączna liczba zakażeń SARS-CoV-2 na świecie to już ponad 3 mln, liczba wszystkich zgonów zbliża się do 211 tys., odnotowano również ok. 917 tys. wyzdrowień. Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że liczba zakażonych koronawirusem w Polsce wzrosła do prawie 11,8 tys., a zmarły 539 osoby (dla porównania: 1 kwietnia liczba zakażonych przekroczyła 2550 osób, z czego 43 zmarły).

MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

W ogniu walki

SARS-CoV-2 zaatakował zniemacka. Na początku stycznia mało kto interesował się tajemniczym „wirusem z Wuhan”. Jeszcze w lutym niewielu wyobrażało sobie, co będzie ich czekać w marcu i kwietniu. Co dalej?

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Walka z koronawirusem trwa, a jednocześnie toczy się dyskusja, jak bardzo byliśmy i wciąż jesteśmy nieprzygotowani do stawienia czoła pandemii, zaognianej dodatkowo wyborami prezydenckimi. Mnożą się spekulacje, czy pandemię można było przewidzieć. Obserwujemy też wysyp samozwańczych ekspertów od epidemiologii i internetowych pseudomedyków.

„Polak przewidział tę epidemię” – w ten sposób jeden z tabloidów określił prof. Krzysztofa Pyrcia, krakowskiego biotechnologa, który od prawie 20 lat zajmuje się koronawirusami. Kiedy go pytam, czy to prawda, uśmiecha się. – To, że w ostatnich latach wiele razy publicznie mówiłem, że nowy koronawirus pojawi się około lat 2020-2022, nie wynikało z posiadania kryształowej kuli. Wielu specjalistów spodziewało się, że czeka nas epidemia, ale nie znaliśmy jej skali i nie wiedzieliśmy, jak dużym będzie zagrożeniem – tłumaczy prof. Pyrc, twórca Laboratorium Wirusologicznego BSL3 w Małopolskim Centrum Biotechnologii UJ (więcej na s. 14).

W obliczu pandemii braku kadrowe, zwłaszcza wśród „zakaźników”, uwydatniają się jeszcze bardziej. W 38-milionowej Polsce 1122 lekarzy wykonujących zawód posiada specjalizację z chorób zakaźnych (średni wiek specjalisty przekracza 60 lat), a w trakcie

szkolenia specjalizacyjnego jest 124 lekarzy. – Od dłuższego czasu oddziały zakaźne marginalizowano. Mamy województwa nieposiadające ani jednej takiej jednostki z prawdziwego zdarzenia. Obecnie gasimy pożary i rozwijamy zakaźnictwo naprędce – wylicza prof. Miłosz Parczewski, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM w Szczecinie. Zgodnie z projektem rozporządzenia ministra zdrowia, skierowanym na początku kwietnia do konsultacji publicznych, choroby zakaźne dołączą do grona priorytetowych dziedzin medycyny, ale pożytek z tej decyzji będzie wtedy, gdy prawdopodobnie uporamy się z SARS-CoV-2.

BRAK WSZYSTKIEGO

Niewystarczająca liczba respiratorów niezbędnych pacjentom z ciężkim przebiegiem COVID-19 to tylko czubek góry lodowej. – Anestezjologów nie ma, pielęgniarek brakuje, co z tego, że będzie urządzenie, którego nie ma kto obsługiwać? – pyta prof. Krzysztof Simon, ordynator Oddziału Chorób Zakaźnych WSS we Wrocławiu. Równie oczywiste, co dramatyczne, jest niedostatek środków ochrony osobistej. Pracownikom ochrony zdrowia, w sytuacji braku odpowiedniego wyposażenia, trudno jest leczyć pacjentów bez narażania siebie i innych. – Jeszcze przed wystąpieniem pierwszych zakażeń w kraju ostrzegaliśmy o nieprzygotowaniu systemu ochrony zdrowia do intensywnej walki z epidemią – mówi prezes NRL Andrzej Matyja. Z brakiem rękawiczek, fartuchów, gogli czy środków dezynfekujących szybko zderzyli się chyba wszyscy, którzy są zawodowo związani z ochroną zdrowia, szczególnie boleśnie odczuły to szpitale. Od kilku tygodni niedostatki próbuje się załatać na różne sposoby, m.in. dzięki darczyńcom. Na tysiąc sposobów pomagają zwykli ludzie, wsparcie zaoferowały firmy i instytucje, a dzięki darowiźnie Kulczyk Foundation za pośrednictwem Fundacji Lekarzy Lekarzom zakupiono 57 ton sprzętu za 20 mln zł dla medyków (więcej na s. 8-9).

1122

w Polsce
tylu lekarzy
wykonujących
zawód posiada
specjalizację
z chorób
zakaźnych

Spór o testy

Można odnieść wrażenie, że od kilku tygodni jesteśmy świadkami nie do końca zrozumiałej gry związanej z testami na obecność koronawirusa. Na początku pandemii brakowało testów i laboratoriów mogących analizować próbki, ale kiedy możliwości się zwiększyły, władze zaczęły wysyłać komunikaty, że laboratoria mają niewykorzystany potencjał, a testów jest pod dostatkiem. Resort zdrowia tłumaczy, że odpowiada nie za liczbę wykonywanych badań, lecz za zapewnienie odpowiedniej liczby samych testów, a z wypowiedzi ministra Łukasza Szumowskiego wynika, że dostępnej puli nie wykorzystują... lekarze. – Nie reglamentujemy testów w żaden sposób. Ilość badań zależy od ilości próbek przekazywanych do laboratoriów – zapewnia szef resortu zdrowia. W środowisku wrze, bo wiele osób nie może się doprosić o przeprowadzenie testu. Medycy mogą przechodzić COVID-19 i zarażać innych, a do testów mają de facto ograniczony dostęp. Senacką poprawkę zakładającą m.in. wprowadzenie obowiązkowych testów dla medyków odrzuciła większość posłów. Jeszcze w drugiej połowie kwietnia nie określono jednoznacznie, który lekarz może wystawić zlecenie na wykonanie testu na obecność koronawirusa i na podstawie jakich kryteriów klinicznych lub epidemiologicznych powinien to zrobić. W ostatnich dniach kwietnia trwały również prace nad opracowaniem wytycznych dotyczących zlecenia testów w placówkach medycznych. To ważne, bo na tej podstawie NFZ rozlicza i finansuje koszty testów poniesione przez placówki medyczne.

Już na początku pandemii, na skutek szybkiej zmiany ustawy Prawo farmaceutyczne, praktykom lekarskim uniemożliwiono nabywania w hurtowniach farmaceutycznych niezbędnych produktów i wyrobów medycznych. Prezydium NRL wskazuje, że skrajne niedobory środków ochrony osobistej w większości placówek są główną przyczyną zakażeń wśród personelu medycznego.

Tymczasem sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska udzielił wywiadu, w którym stwierdził, że medycy bagatelizują procedury bezpieczeństwa związane z koronawirusem, a niektórzy podchodzą do nich z nonszalancją, i stąd te zakażenia. Te słowa wywołały oburzenie. Prezydium NRL zaapelowało do premiera Mateusza Morawieckiego o niezwłoczne odwołanie wiceministra oraz skierowało do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej skargę dotyczącą podejrzenia popełnienia przewinienia zawodowego (wiceminister jest lekarzem).

KTO MA KORONAWIRUSA?

Pierwszą ofiarą śmiertelną koronawirusa w Polsce była 57-letnia pacjentka, która przebywała na oddziale zakaźnym Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego w Poznaniu. Zmarła 12 marca, wówczas w kraju potwierdzono obecność SARS-CoV-2 u niespełna 50 osób. Dzień później odnotowano pierwszy przypadek lekarza zakażonego koronawirusem. W związku z zaistniałą sytuacją, UCK w Katowicach, należące do Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, wstrzymało planowe przyjęcia i zabiegi w obu swoich lokalizacjach. Dość szybko podobne działania zaczęły podejmować inne placówki medyczne.

Tego, że lekarze, pielęgniarki, ratownicy i pozostali przedstawiciele zawodów medycznych są bardzo narażeni na kontakt z wirusem, nikomu nie trzeba tłumaczyć, a dane napływające z innych krajów dobitnie to potwierdzają. Do 2 kwietnia we Włoszech liczba zakażonych pracowników ochrony zdrowia przekroczyła ponad 10 tys. (co piąty to lekarz). Tego samego dnia GIS podał dane z naszego kraju: badania potwierdziły zakażenie koronawirusem u 461 osób z personelu medycznego, a 4,5 tys. było w kwarantannie. Ta informacja wywołała burzę. – Jeśli 461 pracowników medycznych zarazi trzy osoby z otoczenia, to w ciągu 5-7 dni jest 1380 nowych przypadków wśród pacjentów oraz koleżanek i kolegów z pracy – wylicza prezes Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń Paweł Grzesiowski,



Nieprzygotowanie

Z podobnymi problemami, co my, zmagają się inne kraje. W styczniu i lutym internet obiegły zdjęcia chińskich dzieci, którym z powodu braku maseczek rodzice zakładali na głowy duże plastikowe butelki. Z Europy Zachodniej co rusz dochodzą wieści o ponownym wykorzystywaniu jednorazowych fartuchów i używaniu worków na śmieci zamiast kombinezonów ochronnych. Nawet potężnym Stanom Zjednoczonym w ostatnich tygodniach brakowało masek za 75 centów, ale to nie najważniejsza przyczyna, z powodu której w kwietniu w USA umierało nawet 2,6 tys. osób w ciągu doby, z czego w samym stanie Nowy Jork, który jest w połowie tak liczny jak Polska – ok. 800.

apelując, by personel medyczny traktować jak grupę najwyższego ryzyka zakażeń. – Każdy medyk musi żyć, jakby był na kwarantannie – podkreśla.

Ponad tydzień później na stronie GIS pojawiły się dane dotyczące struktury zakażeń SARS-CoV-2. Okazało się, że prawie 1/3 przypadków mają stanowić zachorowania poprzez kontakt w szpitalu lub przychodni, co ma dotyczyć zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego. Wiceprezes NRL Krzysztof Madej określił komunikat GIS jako „oburzający i bałamutny”. – Nie znamy metodologii jego powstania, a nie mamy też możliwości poznania statystyki zdarzeń, która posłużyła do jego opracowania, bo płaszczyzna komunikacji została zlikwidowana. Nie znamy danych z tzw. wywiadu epidemiologicznego, wyjaśniającego, skąd wzięły się konkretne przypadki zakażenia. Wrzucono do jednego worka zupełnie różne sytuacje kliniczne i epidemiologiczne, gdzie paleta środków zapobiegawczych i odpowiedzialności za przeniesienie zakażenia przedstawia się zupełnie odmiennie – punktuje. Samorząd lekarski wielokrotnie apelował o regularne publikowanie aktualnych danych statystycznych dotyczących liczby zarażonych koronawirusem wśród personelu medycznego, z podziałem na poszczególne zawody, ale póki co bezskutecznie. Resort zdrowia początkowo dziennikarzy informował, że nie posiada takich statystyk, a później odsyłał do GIS, ale ten

30 TYS.

pracowników ochrony zdrowia w Hiszpanii było zakażonych koronawirusem 21 kwietnia

takimi danymi dzieli się niechętnie. Nie buduje to atmosfery zaufania, a raczej potęguje strach.

WOJEWODA PROSI, ALE MA BAT

Po serii zachorowań na COVID-19 wśród medyków, Nowe Miasto nad Pilicą ochrzczono, choć zapewne na wyrost, polskim Wuhan. W tym niespełna czterotysięcznym miasteczku na Mazowszu kilkaset osób zostało objętych kwarantanną i nadzorem epidemiologicznym. Z kolei dyrekcja jednego ze śląskich szpitali miała zamknąć na oddziale kilku medyków wraz z zakażonymi pacjentami, tłumacząc, że to kwarantanna, i nakazując pracę przez tydzień. Miliony Polaków z niepokojem słuchało doniesień z Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu, gdzie pierwszy przypadek SARS-CoV-2 pojawił się w połowie marca. Zachorował lekarz. Dość szybko placówka stała się największym ogniskiem epidemii w regionie, a trzy tygodnie później potwierdzono ponad 180 przypadków zachorowań zarówno wśród personelu, jak i pacjentów, a do pracy przestało przychodzić ok. 600 pracowników. Tydzień później liczba chorych z powodu koronawirusa wzrosła do 210, z czego ponad połowa to medycy. W drugiej połowie kwietnia zmarł 46-letni fizjoterapeuta z tego szpitala, pierwsza ofiara COVID-19 wśród zawodów medycznych w Polsce, kilka dni później kolejną ofiarą wśród medyków była zakażona pielęgniarka ze szpitala z pobliskich Kozienic. Kilka tygodni wcześniej na wieczny dyżur odszedł zarażony koronawirusem prezes elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników prof. Wojciech Rokita (miał popełnić samobójstwo z powodu hejtu, który wylał się na niego po powrocie z zagranicznego urlopu).

Na mocy ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, do pracy przy zwalczaniu skutków epidemii może zostać skierowana bardzo szeroka rzesza osób w wieku 18-60 lat. Nie trzeba być lekarzem, aby od ministra zdrowia lub wojewody otrzymać decyzję obwarowaną rygorem natychmiastowej wykonalności, co oznacza, że jeśli ktoś chciałby się od niej odwołać, i tak musi

zgłosić się w wyznaczonym miejscu, bo w przeciwnym razie czeka go kara. Zdarza się, że dyrekcja szpitala zwraca się do wojewody o wydanie nakazu pracy lekarzom. W pierwszej połowie kwietnia wojewoda mazowiecki Konstanty Radziwiłł nałożył kilka kar po 5 tys. zł. Inni, przynajmniej na razie, są bardziej wstrzemięźliwi. Gdy podniosło się słuszne larum, że delegowane do pracy są matki karmiące piersią i rodzice samotni wychowujący małoletnie dzieci, wojewodowie zaczęli pisać „uprzejmą prośbę” o przekazanie lekarzom zapytania „o gotowość podjęcia się” pomocy w zwalczaniu pandemii. Mimo to w połowie kwietnia z zawiadomienia wojewody mazowieckiego wszczęto pierwsze postępowanie, które ma zbadać, czy nie doszło do rażącego naruszenia procedur związanych z gwarantowaniem bezpieczeństwa dla zdrowia i życia w niektórych domach pomocy społecznej. – Wyzwania weryfikują lekarza i wszystkich ludzi związanych z obszarem zdrowia i opieki właśnie wtedy, kiedy jest ryzyko związane z prowadzeniem działalności – mówi minister sprawiedliwości i prokurator generalny Zbigniew Ziobro.

NAKAZY, ZAKAZY I STRACH

Z powodu rządowego nakazu, aby w związku z pandemią pracować tylko w jednym miejscu, nieomal z dnia na dzień pogorszyła się sytuacja materialna wielu lekarzy i lekarzy dentystów, a przecież zjawisko wielozatrudnienia w tych grupach zawodowych jest bardzo rozpowszechnione. Znaczną część dochodów straciło wielu lekarzy zatrudnionych w formie kontraktu (m.in. z powodu kwarantanny lub przymusowej izolacji). Mnóstwo gabinetów, zwłaszcza stomatologicznych, od tygodni jest zamkniętych na cztery spusty. Rządowa „tarcza antykryzysowa” nie wychodzi naprzeciw licznym oczekiwaniom profesjonalistów medycznych i przedsiębiorców branży medycznej.

Wielu lekarzy będących na pierwszej linii frontu krytykuje działania władz i poczynania kadry zarządzającej w swoim miejscu pracy, ale coraz rzadziej mówi o tym pod swoim

NIL apeluje

NIL apeluje o przekazywanie wszelkich nieprawdziwych informacji, insynuacji i opinii uderzających w lekarzy i ich dobre imię. Jak wskazuje prezes NRL, przypisywanie medykom współodpowiedzialności za rozwój epidemii jest nie tylko „nieuprawnione i krzywdzące”, ale również „niegodziwe”. – To lekarze i lekarze dentyści oraz inny personel medyczny narażają zdrowie i życie własne oraz swoich bliskich, pracując często bez odpowiedniego wyposażenia, które od czasu pojawienia się wirusa w Europie powinny zapewnić nam władze państwowe – argumentuje Andrzej Matyja.

nazwiskiem. Dyrektorzy szpitali czy kierownicy oddziałów przypominają, że jedyną osobą upoważnioną do kontaktu z mediami jest rzecznik prasowy, a gdzieś tam wprost ostrzegają, że wypuszczanie w przestrzeń publiczną informacji czy zdjęć (np. za pośrednictwem mediów społecznościowych) może skończyć się karą lub zwolnieniem dyscyplinarnym. Jeszcze w marcu sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko rozesała do krajowych konsultantów krajowych pismo, w którym „poprosiła o zobowiązanie” konsultantów wojewódzkich do „zaprzestania samodzielnego wydawania opinii” o koronawirusie. Podkreśliła, że powinni to robić tylko konsultanci krajowi po wcześniejszym uzgodnieniu z resortem zdrowia i GIS.

Póki co rząd łagodzi niektóre obostrzenia, których wprowadzenia kilka tygodni temu nikt się nie spodziewał. Minister Łukasz Szumowski apeluje o zasłanianie twarzy w miejscach publicznych, dezynfekowanie rąk, zachowywanie dystansu od innych, przebywanie na kwarantannie i w izolacji, jeśli sytuacja tego wymaga. – To są zasady, z którymi musimy się nauczyć żyć przez najbliższy rok, być może półtora roku, jeżeli nie dwa lata – mówi. Nad głową ministra zebrały się czarne chmury po udzieleniu premierowi rekomendacji w sprawie wyborów prezydenckich, ale to już zupełnie inny temat. ■

17 TYS.

przekroczyła łączna liczba zakażonych pracowników ochrony zdrowia we Włoszech (dane z 21 kwietnia).

W cieniu pandemii

Od kilkunastu tygodni tematy związane z szeroko rozumianym zdrowiem przykuwają uwagę całego świata. Niestety w pogoni za sensacją i szybkością w przekazywaniu informacji nie zawsze przebija się głos ekspertów.



**PROF. KRZYSZTOF
PYRC**

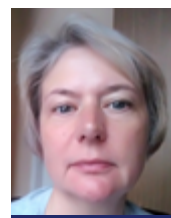
twórca Laboratorium
Wirusologicznego BSL3
w MCB UJ

Przy wykorzystaniu danych statystycznych i modeli matematycznych można przewidzieć, w jaki sposób rozwinie się epidemia, ale przyszłe okoliczności mogą mocno wpłynąć na taką prognozę. Nie da się prognozować zachowania samego wirusa, np. czy latem zniknie, jak będą na niego wpływały warunki zewnętrzne etc. Wirusy są nieprzewidywalne. Koronawirusy to głównie wirusy zwierzęce. Ich podstawowym rezerwuarem są nietoperze. To zwierzęta, wśród których występuje najczęściej nieustannie zmieniających się gatunków. Od czasu do czasu pojawia się wariant wirusa nietopieziego mający zdolność przekraczania bariery gatunkowej i zarażania np. jenotów, wielbłądów czy innych ssaków. Taki wirus zaczyna się rozprzestrzeniać i po pewnym czasie ma szansę „przejsć” na ludzi. Bazując na danych historycznych z ostatnich dwóch dekad, wiemy, że statystycznie dochodzi do czegoś takiego raz na 10 lat. W 2002 r. zidentyfikowano wirusa SARS, który jednak szybko zniknął. W 2012 r. pojawił się MERS, który jest z nami cały czas, lecz bardzo trudno przenosi się między ludźmi.

Epidemie SARS i MERS pokazują gigantyczny potencjał zoonotyczny do rozwoju koronawirusów. Gdy w populacji ludzkiej pojawia się nowy wirus o odpowiednich parametrach, ryzyko, że dojdzie do pandemii, jest bardzo duże. Cała ludzkość jest wrażliwa na zakażenie. Nie mamy przeciwciał, więc organizm nie potrafi się obronić. Wiele osób porównuje zakażenia SARS-CoV-2 do innych chorób zakaźnych, mówiąc, że z powodu grypy umiera więcej osób niż z powodu koronawirusa. To jednak zupełnie inny rodzaj epidemii. Jeśli chodzi o śmiertelność w przypadku SARS-CoV-2, to w marcu w skali ogólnosiwiatowej nie była ona wielka, ale spoglądając na miejsca, gdzie doszło do wybuchu bomby epidemiologicznej, np. w Lombardii, liczba zgonów była gigantyczna. Musimy patrzeć lokalnie, bo ta choroba rozprzestrzenia się powoli, ale kiedy już w danym miejscu się rozwinie, sytuacja staje się poważna. Kwestionowanie oficjalnych danych zgonów w Chinach nie wydaje się mieć teraz większego znaczenia, bo coraz więcej mówi się o tym, że również rządy europejskich państw mogą zaniżać te liczby. W tej chwili nie potrafię powiedzieć, czy jakiś kraj walczy z pandemią skuteczniej od Polski. Trudno to porównać. W każdym kraju szczyt epidemii występuje w innym czasie. My mieliśmy więcej szczęścia niż np. Włochy, gdzie epidemia zaczęła się wcześniej niż u nas, mieliśmy więcej czasu na przygotowania. O tym, kto poradził sobie najlepiej, przekonamy się w czerwcu, lipcu lub jeszcze później. ■

Na początku marca nasz zespół wykrył pierwszy w kraju przypadek zakażenia SARS-CoV-2. Z jednej strony to była zła wiadomość dla pacjenta i jego otoczenia, a także dla wielu służb czekających na potwierdzenie, że ten wirus już jest w Polsce, ale z drugiej strony cieszyliśmy się, że to, co robimy, ma sens. Postawienie właściwej diagnozy jest niezwykle ważne. Nie mieliśmy żadnych wątpliwości, że to SARS-CoV-2, potwierdziliśmy wyniki na wszystkie możliwe sposoby. Następnie próbkę wysłaliśmy do Krakowa do dalszych badań. Naukowcy z Małopolskiego Centrum Biotechnologii UJ wyizolowali wirusa z próbki „pacjenta zero”. Kiedy okazało się, że nowy koronawirus może pojawić się na naszym kontynencie, stanowiąc realne zagrożenie, w bardzo krótkim czasie wszystkie europejskie laboratoria zarzuciły firmy produkujące odczynniki swoimi zamówieniami. Pracowaliśmy po 12-13 godzin dziennie, jeszcze zanim trafiły do nas pierwsze próbki do badania na obecność SARS-CoV-2. Kiedy zaczęły spływać, wielu z nas przychodziło do laboratorium rano i wychodziło nawet o drugiej w nocy. Pracowaliśmy w oparciu o wytyczne WHO, co

jest pracochłonne, bo na każdą próbkę trzeba nastawić try reakcje. Aby zwiększyć tempo, zaczęliśmy pracować w trybie zmianowym. Na początku czuliśmy wielką presję, a telefon z pytaniami m.in. od lekarzy dzwonił non stop. Tamten czas odespałam na kwarantannie, na którą trafiłam w połowie marca, gdy koronawirusa wykryto u jednej z pracownic naszego instytutu, choć nie z mojego laboratorium. Na szczęście wynik badania okazał się ujemny i po dwóch tygodniach wróciłam do pracy. W początkowym okresie nawet do 10 proc. próbek na mojej zmianie było w złym stanie, co uniemożliwiało ich zbadanie, ale z biegiem czasu to się zmieniło i od kwietnia zdarzają się już tylko pojedyncze takie przypadki. Myślę, że błędy wynikały z niewiedzy i stresu, a w pewnych przypadkach może z nadmiaru ostrożności. Na początku dostawaliśmy trochę próbek nieszczelnych – wówczas nie ma pewności, co znajduje się w środku, nie wspominając o tym, że tak nieodpowiednio zabezpieczony materiał stanowi zagrożenie dla osób mających styczność z taką przesyłką. SARS-CoV-2 powoduje dużo zachorowań bezobjawowych, więc są niewielkie szanse na wykrycie wszystkich takich przypadków i ich odizolowanie. ■



**DR HAB. KATARZYNA
PANCER**

kierownik
Laboratorium BSL3
w NIZP-PZH

**PROF. MIŁOSZ
PARCZEWSKI****kierownik Kliniki
Chorób Zakaźnych,
Tropikalnych i
Nabytych Niedoborów
Immunologicznych
PUM w Szczecinie**

Pomimo że wiele osób ostrzegało przed ryzykiem zakażenia dużej części populacji jakimś nowym, zupełnie nieznanym patogenem, a modele matematyczne wskazywały, że prędzej czy później to nastąpi, nie dało się przewidzieć, co to będzie za czynnik chorobotwórczy, jaka będzie jego wrażliwość na leki przeciwwirusowe, a także ryzyko transmisji i zakaźność. Na możliwość pojawiania się choroby X zwracała uwagę m.in. Światowa Organizacja Zdrowia. Epidemia koronawirusa jest skutkiem tego, że w pewnych częściach świata ludzie żyją dość blisko zwierząt, co zwiększa ryzyko transmisji międzygatunkowych. Z całą pewnością SARS-CoV-2 będzie mutował, bo każdy wirus RNA charakteryzuje się dość dużą zmiennością molekularną, ale mówienie o jego mniejszej bądź większej patogenności to obecnie tylko spekulacje. Polska jako kraj stosunkowo mało innowacyjny boryka się z ograniczeniami w zakresie diagnostyki i leczenia. Takiego problemu nie mają nasi zachodni sąsiedzi – część firm biotechnologicznych i farmaceutycznych jest zlokalizowana

w Niemczech. Niemcom jest łatwiej również dlatego, bo są bogatsi i dysponują silnym krajowym przemysłem farmaceutycznym. Nie wszystkie kraje świata mają specjalistów chorób zakaźnych. W niektórych państwach Europy nie ma nawet takiej specjalizacji, a zakaźnictwo traktuje się czasami jako część interny. Są jednak i państwa z doskonałymi centrami zakaźnymi czy chorób tropikalnych, dysponujące dobrze wyposażonymi laboratoriami, które są w stanie opracować nowe technologie wykrywania patogenów. Nie wierzę w pojawiające się głosy, jakoby liczba zgonów związanych z zakażeniami SARS-CoV-2 była bardzo mocno zanizowana. Pojedyncze przypadki nieuwzględnienia zgonu spowodowanego COVID-19 w statystykach są możliwe, ale po to jest weryfikacja kodów zgonów, żeby wszystko należyście zliczać i byśmy mieli pewność, co jest związane z infekcją koronawirusową, a co nie jest. Trwająca epidemia nauczy nas m.in. korzystania z telemedycyny i konsultacji przez telefon, co zaoszczędzi wiele czasu lekarzom i pacjentom. ■

Nasza misja miała charakter zarówno praktyczny, jak i solidarnościowy. Jedno i drugie było ważne. Pojechaliśmy w okolice Bergamo i Brescii, gdzie było najwięcej ofiar i zakażonych, a lekarze, z którymi współpracowaliśmy, dysponowali ogromną wiedzą zdobytą w ciągu ostatnich tygodni w walce z COVID-19. Włochy znalazły się w tragicznej sytuacji. Gdy wylatywaliśmy z Polski, nie żyło kilkudziesięciu włoskich lekarzy w związku z zakażeniem SARS-CoV-2, a trzy tygodnie później ta liczba przekroczyła 120. Praca w warunkach ekstremalnych to ważne doświadczenie. Dzięki temu wyjazdowi bardzo dobrze nauczyłem się korzystania ze środków ochrony indywidualnej, bo wbrew pozorom np. nakładanie i zdejmowanie kombinezonu nie jest takie proste. Na szczęście wszyscy wróciliśmy do kraju z ujemnymi wynikami testu na obecność koronawirusa. Jestem pełen podziwu wobec wiedzy i umiejętności wszystkich, z którymi współpracowałem, co nie znaczy, że nie widziałem

sytuacji, w których Włosi pozwalali sobie odstąpić emocje. Działo się to szczególnie wtedy, gdy pacjent umierał. Chyba „najmocniejszym” obrazem, jaki zapamiętam, były pierwsze chwile po wylądowaniu. Wielkiemu wzruszeniu, a nawet łzom towarzyszyły apele, byśmy na siebie bardzo uważali. Byliśmy ciekawi tego, co włoscy lekarze powiedzą w prywatnych rozmowach. Potwierdzali konieczność izolacji społecznej, podkreślali, że to kluczowa sprawa. Pokazali nam m.in. szpital polowy, na którego wzór ma powstać podobna placówka na terenie Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Dobrze, że staramy się współpracować z innymi krajami, bo wiele się możemy nauczyć, a poza tym, w razie czarnego scenariusza, sami będziemy mogli liczyć na wsparcie z zewnątrz. W ostatnich dniach prezydent zapowiedział wysłanie polskiej misji medycznej do Stanów Zjednoczonych, a na prośbę WHO zespół medyków z Polskiego Centrum Pomocy Międzynarodowej polecił podzielić się swoim doświadczeniem do Kirgistanu. ■

**DR PAWEŁ
SZCZUCIŃSKI****uczestnik misji medycznej
w Lombardii****DR RAFAŁ
MOSTOWY****biolog chorób
zakaźnych, MCB UJ**

Zmoich analiz wynika, że epidemia koronawirusa w Polsce rozpoczęła się mniej więcej w drugiej połowie stycznia, choć pierwszy przypadek Ministerstwo Zdrowia zarejestrowało dopiero 4 marca. Wirus prawdopodobnie krążył już kilka tygodni wcześniej, zresztą w innych krajach zapewne było podobnie. Od momentu styczności z SARS-CoV-2 do chwili pojawienia się objawów mija kilka tygodni, co wiemy z charakterystyki choroby COVID-19. Nie wszyscy zakażeni mają jej objawy, sporo osób jest asymptomatycznych. U wielu pacjentów choroba rozwija się bezobjawowo średnio od jednego do dwóch tygodni. Skoro ogniska

epidemii istniały w Chinach na przełomie grudnia i stycznia, to biorąc pod uwagę skalę podróży między Chinami i Europą, jest dość prawdopodobne, że jakaś osoba zakażona pojawiła się w naszym kraju przed początkiem marca. W oparciu o model matematyczny szacuję, że pod koniec marca w Polsce prawdopodobnie wykrywano 18-45 proc. rzeczywistych przypadków zakażenia koronawirusem, ale ta proporcja najprawdopodobniej mocno zmieniała się w czasie ze względu na dynamikę epidemii oraz coraz większą liczbę testów wykonywanych każdego dnia. To więcej niż w jednych krajach, ale mniej niż w innych. Z zestawienia opublikowanego 31 marca przez London School of Hygiene and Tropical Medicine wynika, że w Niemczech, Norwegii i Korei Południowej wykrywano od 50 do nawet 100 proc. wszystkich zakażonych, na co z pewnością duży wpływ miał dostęp do testów. Główną przyczyną niedoszacowania liczby zakażonych w Polsce na początku epidemii z pewnością była stosunkowo niewielka ilość przeprowadzanych testów, choć trzeba przyznać, że ich ilość systematycznie się zwiększała w czasie. Dopiero przy testowaniu na szeroką skalę można docierać do większości zakażonych. Na razie niewiele wiadomo o wpływie zmian pogodowych na transmisję SARS-CoV-2. ■

NA DRUGIEJ LINII FRONTU

Wirus jak koń trojański



LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

Dziś wszyscy patrzą na oddziały zakaźne, szpitale jednoimienne, pacjentów zakażonych koronawirusem i na personel medyczny, który z heroizmem walczy o ich życie. Jednak widmo COVID-19 krąży także nad placówkami, które udzielają pomocy medycznej, np. z powodu zawału serca, udaru mózgu, zaostrzenia chorób przewlekłych, onkologicznych, narządu ruchu czy urazów.

Pracują w nich lekarze rodzinni, interniści, kardiologzy, neurologzy, chirurdzy, diabetolodzy, onkolodzy... Wszyscy oni, wykonując swoje obowiązki, każdego dnia i w każdej godzinie są narażeni na zakażenie. Tym bardziej, że – jak wiadomo – ok. 80 proc. zakażonych SARS-CoV-2 jest bezobjawowych.

Problem dotyczy wielu placówek, m.in. jednego ze szpitali we Wrocławiu, gdzie cały oddział torakochirurgiczny został zakażony przez pacjenta, który nie miał żadnych objawów koronawirusa. Był operowany z powodu guza płuca i dopiero, kiedy kilka dni po operacji dostał gorączki, okazało się, że ma COVID-19. Wirus, jak koń trojański, został legalnie wprowadzony do oddziału i zrobił swoje.

ZA MAŁO TESTÓW

Z powodu koronawirusa wiele oddziałów musiało się przeorganizować i zacząć działać na nowych zasadach. Dr n. med. Jacek Miarka, przewodniczący NSL, a na co dzień internista i kardiolog z SPZOZ w Nysie, mówi, że szpital, w którym pracuje, jest placówką pełnoprofilową i przyjmuje wszystkich pacjentów wymagających hospitalizacji, np. z zapaleniem płuc czy z gorączką, nie wiedząc, czy są oni zakażeni, czy nie. – Wszystko rozbija się o testy, których jest zdecydowanie za mało. Aby chorego umieścić w szpitalu jednoimennym, musi być potwierdzenie zakażenia koronawirusem, a testów nie przeprowadza się u wszystkich chorych, zatem każdy może być zainfekowany i ci potencjalni zakażeni trafiają do takich placówek jak nasza.



Z powodu koronawirusa wiele oddziałów musiało się przeorganizować i zacząć działać na nowych zasadach.

Do testów dotychczas kwalifikował sanepid, obecnie zarządzeniem dyrektora NFZ może to robić każdy lekarz, co jest dużym udogodnieniem, ale i tak liczba przetestowanych jest znikoma – podkreśla doktor Miarka i przekonuje, że każdy chory trafiający do placówki pełnoprofilowej

i każdy jej pracownik powinien być przetestowany. – Wszyscy ryzykujemy, ale personel działający na tzw. pierwszej linii ma sprzęt, kombinowany, jest jakoś zabezpieczony, chociaż bywa różnie w różnych regionach kraju, a u nas takich zabezpieczeń brakuje – mówi doktor Miarka.

GROŹNIEJSZY NIŻ KORONAWIRUS

Prof. Piotr Jankowski ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, przekształconego na czas epidemii w placówkę jednoimienną, sygnalizuje, że wielu chorych wymagających natychmiastowej pomocy medycznej w obawie przed koronawirusem unika wezwania pogotowia, stawienia się na SOR, zgłoszenia do specjalisty, co może mieć poważne konsekwencje. – Nie wszystkie stany można zdiagnozować przez telefon, dlatego należy się spodziewać wzrostu liczby zgonów z powodu zaostrzenia chorób przewlekłych i zdarzeń nagłych – twierdzi prof. Jankowski. Uważa też, że długotrwałe odkładanie planowego leczenia (w tym planowych konsultacji i zabiegów) może grozić poważnymi powikłaniami zdrowotnymi, a nawet śmiercią. Problem dotyczy w szczególności pacjentów z nowotworami oraz chorobami serca i naczyń. Dlatego w takich przypadkach warto byłoby rozważyć możliwość rutynowego wykluczania zakażenia koronawirusem, co mogłoby zapobiec rezygnacji z leczenia.

Jednak nawoływanie do wezwania pogotowia to jedno, a świadomość społeczna i wydolność oddziałów kardiologicznych w ekstremalnej sytuacji epidemii to drugie. Prof. Mariusz Gąsior ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu mówi, że w placówce, w której pracuje, było konieczne przeorganizowanie zarówno pracy poradni kardiologicznej, którą zdominowały teleporady, jak i oddziałów. – Okazało się, że teleporady są możliwe, ale na pytanie, czy są bezpieczne w kardiologii, będzie

można odpowiedzieć dopiero za jakiś czas. Jeśli tak, to w przyszłości mogą stać się alternatywą dla części chorych – dywaguje prof. Gąsior i zaznacza, że inaczej sytuacja wygląda w samym szpitalu. Placówka nie ma SOR-u, a oddziały zabiegowe pracują w systemie ostrodyżurkowym. – Nigdy nie ma pewności, że chory, który trafia na stół operacyjny, nie jest zakażony. Mieliliśmy już pacjenta z zawałem serca i chorego z zaburzeniami rytmu tego narządu, którzy – jak się później okazało – mieli koronawirusa, ale nikt z personelu się nie zaraził – opowiada profesor. I dodaje, że to dzięki przestrzeganiu procedur. W SCCS już na początku epidemii został powołany zespół ds. COVID-19, który na bieżąco analizuje sytuację epidemiologiczną i dostosowuje do niej decyzje. Powstał też minioddział „covidowy”, na którym są weryfikowani pacjenci z podejrzeniem koronawirusa.

UWAGA UDAR

Problem dotyczy także udarów mózgu. W ośrodku referencyjnym, jakim jest Centrum Udarowe Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, gdzie trafiają m.in. pacjenci z udarami niedokrwiennymi zakwalifikowani do tromboektomii mechanicznej z całego Pomorza, notuje się o około jedną trzecią mniej przyjęć niż przed epidemią. – Jesteśmy tym głęboko zaniepokojeni, bo o ile masywny deficyt neurologiczny u chorych z zamknięciem największych naczyń mózgu wymusza zgłoszenie problemu, o tyle chorzy z mniejszym deficytem, ale wciąż takim, który bez specyficznego leczenia powoduje znaczącą i nieodwracalną niepełnosprawność, mogą z tym zwlekać i tym samym utracić szansę na powrót do normalnego życia – mówi prof. Bartosz Karaszewski, kierownik Centrum Udarowego UCK i Katedry Neurologii GUMed.

Jego zdaniem ta sytuacja bezwzględnie ma związek z epidemią. Panuje przekonanie, że w obecnej sytuacji wszystkie zasoby ochrony



Panuje przekonanie, że w obecnej sytuacji wszystkie zasoby ochrony zdrowia przekierowane zostały na leczenie wyłącznie chorych z COVID-19 bądź redukowanie transmisji wirusa.

zdravia przekierowane zostały na leczenie wyłącznie chorych z COVID-19 bądź redukowanie transmisji wirusa. Jako przykład podaje pacjentkę, która właściwie rozpoznając u siebie objawy udaru, wymusiła na swoim synu wezwanie pogotowia, choć ten przekonywał ją, że szpital przyjmuje tylko chorych z koronawirusem. Dzięki słusznemu uporowi kobieta ma szansę na powrót do sprawności. Profesor nie ukrywa, że zmiany systemowe utrudniają leczenie udarów mózgu, bo wymuszają inną logistykę, a czas ma tu fundamentalne znaczenie i konsekwencje braku leczenia przewyższają ryzyko związane z COVID-19.

TELEPORADY

Ciężar opieki medycznej w czasie epidemii odczuwa także POZ, mimo że większość porad jest tam udzielana online. Doktor Joanna Rogowska, kierująca przychodnią „Doktor” w Łodzi, mówi, że nawet w takim systemie pracy personel jest narażony na zakażenie wirusem, ponieważ są pacjenci, którzy bezwzględnie wymagają bezpośredniego kontaktu z lekarzem, rejestracją czy gabinetem zabiegowym. Widmo zagrożenia cały czas towarzyszy personelowi medycznemu. Tym bardziej, że coraz trudniej o jednorazowe fartuchy, maseczki ochronne, rękawiczki, płyny do dezynfekcji rąk i powierzchni płaskich.

– Środki ochrony kupujemy na własną rękę, słono przepłacając, i są to działania doraźne. Szukamy rozwiązań, które zapewniłyby nam

FAKT

Nawoływanie do wezwania pogotowia to jedno, a świadomość społeczna i wydolność oddziałów kardiologicznych w ekstremalnej sytuacji epidemii to drugie.



Lekarka rodzinna ze Wschowy w woj. lubuskim, która była najcięższym przypadkiem COVID-19 na oddziale zakaźnym szpitala w Zielonej Górze, zanim tam trafiła, przeszła przez piekło zgotowane jej przez sanepid.

do nich stały dostęp. Zwróciliśmy się nawet o pomoc do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, licząc, że wpłynie na władze województwa, aby rozwiązały ten problem odgórnie – tłumaczy dr Rogowska. Zdaje sobie jednak sprawę, że mimo tych zabezpieczeń koronawirus może wkraść się do poradni, a wówczas trzeba będzie zamknąć placówkę, która ma pod opieką 5,5 tys. pacjentów.

Doktor Tomasz Zieliński, wiceprezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, kieruje poradnią w miejscowości Wysokie pod Lublinem, obejmującą opieką 3,6 tys. pacjentów. Tutaj także dominują teleporady, wideoporady, włącznie z wykorzystaniem MMS-ów do oglądania np. zmian skórnych. – Na teleporadę muszę poświęcić więcej czasu niż na wizytę w gabinecie. Kiedy nie widzę pacjenta, nie mogę go osłuchać, zajrzeć do gardła, a więc muszę zadać więcej pytań niż podczas bezpośredniego kontaktu. Jest to inny rodzaj komunikacji i – zarówno pacjenci, jak i personel medyczny – musimy się go nauczyć – tłumaczy Tomasz Zieliński i nadmienia, że też ma problem ze zdobyciem środków ochrony przed koronawirusem.

Jedna paczka rękawiczek i 100 maseczek, które przekazało Ministerstwo Zdrowia, wystarcza dosłownie na chwilę. Jak wszyscy, obawia się zakażenia i zamknięcia poradni. Aby do tego nie doszło, dzieli personel na mniejsze zespoły. – Nie jest to łatwe, bo część lekarzy

i pielęgniarek na co dzień pracuje w szpitalach i dorabia w poradniach. W związku z koronawirusem wypadają z naszych grafików, co obciąża pozostały personel – tłumaczy dr Zieliński. W trakcie epidemii wyjątkowo wyraźnie widać także problemy, jakie z ordynowaniem leków stwarza ustawa refundacyjna. Pacjenci, nie mogąc uzyskać porady w poradniach AOS czy prywatnych gabinetach, zwracają się po recepty do lekarzy POZ, nie mając żadnych zaświadczeń od lekarza z poradni specjalistycznej, a w przypadku wielu leków poziom odpłatności wskazany na receptie zależy od szczegółów, których lekarz POZ nie może znać.

BRAK PROCEDUR

Lekarze rodzeni z Porozumienia Zielonogórskiego mają pod opieką 12 mln Polaków, w tym wiele dzieci. W obecnej sytuacji, kiedy praktycznie też nie ma dostępu do lekarzy specjalistów, poradnie POZ przejmują niejako ich rolę, udzielając setek tysięcy porad dziennie. Doktor Marek Twardowski, wiceprezes FPZ, kierujący dwoma przychodniami w Nowej Soli k. Zielonej Góry mówi, że teleporady, które weszły do POZ na początku roku, zanim wybuchła epidemia koronawirusa, na dobre się zadamowały. Obecnie stanowią one ok. 87 proc. wszystkich porad. Pozostałe 13 proc. przypadków wymaga bezpośredniego kontaktu z pacjentem, co na obecną chwilę stanowi największe zagrożenie. Marek Twardowski zwraca

uwagę, że każda przychodnia organizuje pracę według własnego uznania i potrzeb.

– Jesteśmy zalewani wytycznymi z sanepidów, od konsultantów krajowych i wojewódzkich, ekspertów MZ, z GIS, ale nie ma jednolitego opracowania, które byłoby spójne i dla nas, lekarzy rodzinnych, stanowiłoby wskazówkę, jak dobrze organizować pracę w przychodni, aby było to bezpieczne dla personelu i pacjentów – podkreśla dr Twardowski. Pisma w tej sprawie wysyłane przez Porozumienie Zielonogórskie do GIS i MZ pozostały bez odpowiedzi.

Zwraca też uwagę, że w stanie epidemii koronawirusa sanepid popełnia rażące błędy. Lekarka rodzinna ze Wschowy w woj. lubuskim, która była najcięższym przypadkiem COVID-19 na oddziale zakaźnym szpitala w Zielonej Górze, zanim tam trafiła, przeszła przez piekło zgotowane jej przez sanepid. Kiedy pojawiła się u niej gorączka 40 st. C, kaszel, duszność i bardzo złe samopoczucie, zadzwoniła – zgodnie z wytycznymi – do sanepidu, ale nie była w stanie określić, kiedy zetknęła się z osobą zakażoną, bo na tamten czas takiej wiedzy nie miała. Sanepid nie podjął żadnych działań – nie przysłano po nią karetki i nie udzielono żadnego wsparcia. Wsiadła więc w swój samochód i w takim stanie sama pojechała do oddziału zakaźnego szpitala w Zielonej Górze. Tam już miała gorączkę 40,7 st. C i, idąc na oddział, zaatakowała. Przez dziewięć dni leżała pod respiratorem, dopiero po trzech tygodniach COVID-19 odpuścił i wróciła do żywych. Zaraziła się od jednego z policjantów, który przyprowadził zatrzymanego na badanie, ale to okazało się później. – To się nie powinno wydarzyć. Ile takich sytuacji mają na koncie sanepidy? Ile osób, mimo zebranego starannie wywiadu, nie ma pojęcia, gdzie i jak się zaraziło? – pyta dr Twardowski i dodaje, że wszyscy dziś siedzą na bombie i dyskusja na temat – komu testy, komu środki ochrony – jest nie na miejscu. ■



KRZYSZTOF MADEJ

Apokaliptyczny siewca śmierci

Jeszcze do niedawna uważałem, że w sprawie walki z zakażeniami koronawirusem należy w naszej lekarskiej prasie zachować profesjonalną powściągliwość, poczekać na rozwój wypadków i wypowiadać się dopiero wówczas, kiedy w sposób obiektywny będzie można ocenić to nowe w dziejach ludzkości historyczne doświadczenie.

Za dużo, jak dla mnie, jest w tej sprawie emocji – tych prawdziwych, społecznych, jak i „nakręcanych” medialnie oraz politycznie, za dużo politycznych gier i knowań. A ponieważ żadna z tych niedogodności i żadne z podejrzeń nie jest do końca możliwe do zweryfikowania, to znowu pojawiają się emocje i tak w kółko, zapętlamy się w kręgu lęków i strachu (lęk to ogólny nastrój, to koloryt duszy, strach to obawa przed czymś konkretnym).

Ponadto teraz świat mediów, ekspertów gospodarczych i polityki fascynuje się próbą odpowiedzi na pytanie, czy skutki tego, co się już stało, da się odwrócić i możliwy będzie powrót do życia sprzed epidemii (oczywiście jakieś kłopoty trzeba będzie odpokutować, fala pieniędzy, która zalała światowe rynki i gospodarki, nie może przepłynąć bez skutków dla państw), czy świat się zmieni nieodwracalnie i narodzi się nowe jutro z przetasowaniem na mapie liderów gospodarczych oraz zmierzchem dotychczasowej formuły kapitalizmu i liberalnych ideologii społecznych.

Siadłem jednak do klawiatury (kiedyś mówiło się pięknie: „sięgnąłem po pióro”) sprowokowany przez pewnego kaznodzieję, który swoje kazanie opublikował na YouTube. Jak przystało na osobę duchowną, zgrabnie powiązał skutek, czyli kłopoty, jakie za sprawą mutacji modyfikującej konfigurację białka S na powierzchni jednego z gatunków wirusa z podrodziny *Coronavirinae*, z rodzaju β , przeżywa dziś cały świat, z przyczynami, które wynikają z kierunków rozwoju ludzkości i zmian w życiu jednostkowym i zbiorowym. Nie nazwał tego boską karą za grzechy, lecz widać było wysiłek, aby przemknąć między dwoma nurtami objaśniania tego, co nas obecnie spotyka. Jeden mówi, że infekcja tym nowym patogenem może być prostym skutkiem zaniedbań, zaniechań i błędów, jakie ludzkość popełniła w swoim rozwoju, drugi, że przypadkowa epidemia jako zjawisko w pełni naturalne i niewynikające z naszych aberracji politycznych, militarnych czy naukowych obnażyła tę wadliwą stronę organizacji życia społeczeństw, państw i narodów. Skutek zresztą będzie ten sam. Bolesna kara za grzechy, a z czyjej ręki? Niech każdy wierzy, w co potrafi. Mniejsza zresztą z tym. Poruszyło mnie pewne stwierdzenie końcowe, że postawą nieracjonalną i niemoralną byłoby chcieć wrócić w te stare koleiny życia zbiorowego. Nie po to dostajemy naukę od losu, aby nie wyciągać z niej wniosków.

Napomnienie to wpisuje się w ten ogromny nurt bieżącej publicystyki, o której wspominałem powyżej: czy da się odbudować nowe–stare i dobrze znane, czy skazani jesteśmy na nowe–nieznane i czy można zacząć wychodzić z rygorów stanu epidemicznego i włączać życie społeczne oraz gospodarcze, czy lepiej będzie trwać dalej w wyłączanym państwie.

“

**Bolesna kara za grzechy,
a z czyjej ręki?
Niech każdy wierzy,
w co potrafi.**

Jak się ma rozstrzygnięcie tego dylematu, gdy rodzi się ryzyko popadnięcia w nieracjonalność i niemoralność?

Odłożmy jednak troski globalne. Pomyślałem wówczas o polskiej medycynie po zastosowaniu leku na epidemię, jakim było zamrożenie wszelkiej mobilności społecznej po to, aby zerwać jak najwięcej bezpośrednich kontaktów i relacji międzyludzkich, które są jedyną drogą szerzenia się patogenu. Trudno się dziwić i mieć do kogokolwiek pretensje, że takie lekarstwo zaaplikowano społeczeństwu. Innego nie było. Nasilenie zachorowań na tę nową chorobę zaskoczyło wszystkich, a na dokładkę rozgrywa się ono w skali globalnej, bo w świecie zorganizowanym wedle modelu globalistycznego. Ponadto epidemia szerzy się nie tylko w społecznościach ludzkich, ale także w mediach tradycyjnych i społecznościowych, a to jest środowisko mutujące równie szybko jak wirusy, więc jego wpływ na przyszłe losy ludzkości nie jest jeszcze w pełni przewidywalny (koronawirus szerzy się drogą kropelkową, panika szerzy się drogą mediów społecznościowych). Teraz, po dwóch miesiącach lockdownu, polski system ochrony zdrowia jest w wielu obszarach kompletnie zdemolowany. Jak na złość kryzys przyszedł jeszcze w dobie kryzysu politycznego, co w znacznym stopniu osłabia możliwości państwa do skoordynowanego i skutecznego działania w dobie kryzysu jakiegokolwiek.

Czy jest możliwe naprawienie zniszczeń i odbudowanie ochrony zdrowia w dawnym kształcie? Czy będzie to racjonalne i moralne? – jak zapytuje ojciec duchowy. Epidemia ostatecznie obnażyła słabość tego systemu zarówno w jego kształcie strukturalnym, jak i w modelu zarządzania. Zerwanie bezpośrednich kontaktów międzyludzkich uderzyło w samą centralną, filozoficzną zasadę medycyny. Tym paradygmatem był szczególnie bliski, duchowo i fizycznie, kontakt lekarza i chorego, nauczyciela

i ucznia w nauczaniu medycyny. Człowiek stał się dla człowieka wrogiem, ponieważ ustalono, że każdy na każdego może ściągnąć śmiertelne niebezpieczeństwo. Tradycyjnym, społecznym sposobem myślenia w trosce o zdrowie było: jesteś chory, infekcyjnie odizoluj się lub zostaniesz odizolowany, żeby nie zarażać innych. Stwierdzenie, tak nie lubiane przez pracodawców, masz gripę, nie przyłóż do roboty i nie zarażaj innych, od niedawna jest uważane za obiektywnie prawdziwe. Nie zliczyłbym, ileż to razy operowałem z wysoką gorączką i katarem spływającym spod maski za fartuch. Pewnie niemalże co roku w mojej granicznie długiej karierze klinicznej. W tym roku już też. Ustalono, że koronawirus jest zakaźny już w okresie wylegania. Możesz być więc młody i całkowicie zdrowy (dodałbym jeszcze: piękny i bogaty), ale masz obywatelski status apokaliptycznego siewcy śmierci. Nawet negatywny wynik badania u pacjenta i lekarza na obecność określonych genów w wirusowym RNA (RT-PCR) nie zmienia tego statusu, to badanie zawsze jest nieaktualne i niczego pewnie nie przesądza – możesz być w okresie wylegania infekcji.

Niektóre obszary podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przybrały karykaturalne formy. Najbardziej spodobało mi się podawanie skierowań przez szparę pod drzwiami (pewnie starsi lekarze ze zwyrodnieniami kręgosłupa mają z tym kłopoty). Niektóre działy medycyny odłożono na później, bo jak tu leczyć chorego z jednej choroby, kiedy można go zarazić drugą i to jeszcze taką, która sprawia, że jedna choroba nasila drugą. Wniosek z tego równania jest wyprowadzany w sposób najprostszy: na razie nie leczyć w ogóle. Najgorzej mają dentyści. Jak powiedział mi jeden z nich: gdy włączam turbinę, 30 tys. obrotów na minutę, to cały mój gabinet napętnia się aerozolem, w którym wirusy skaczą jak piłeczki w maszynie losującej totolotka.

Teraz tylko piewcy telemedycyny mają swój czas i liczą już pieniądze na swoich kontach. Rozprawiają, jak tu uprawiać medycynę bez rozmawiania z chorym, bez dotykania go, a nawet bez oglądania. Jak zaproponował jeden z moich kolegów chirurgów: Polska powinna teraz zakupić kilkadziesiąt aparatów DaVinci. Można by operować chorych, siedząc w innym, odległym pomieszczeniu. Tak po mistrzowsku ukrył, że żartuje, że mam prawo opowiadać, że mówił poważnie. A zresztą, nie wiem. Może mówił poważnie. Inny publicysta rozwinął tezę, że nareszcie medycyna zyska ten atrybut, którego w dotychczasowym swoim niedorozwoju nie posiadała, że będzie można uprawiać ją „wygodnie”.

Wydaje się więc, że jak tylko uporamy się z epidemią, a wierzę, że tak się stanie, powinien nastąpić czas gruntownej refleksji systemowej. Utrzymywanie systemu, w którym każda jego część rządzi się innymi prawami ekonomicznymi, finansowana i rozliczana jest według zasad innych niż pozostałe, w którym mamy de facto dwa systemy: państwowy i prywatny,

“

Epidemia ostatecznie obnażyła słabość tego systemu zarówno w jego kształcie strukturalnym, jak i w modelu zarządzania. Zerwanie bezpośrednich kontaktów międzyludzkich uderzyło w samą centralną, filozoficzną zasadę medycyny.

niewspółpracujące, nieuzupełniające się, a często wrogo konkurujące, w którym mamy mozaikę jakichś quasi ubezpieczeń, nie ma przyszłościowego sensu i nie daje nadziei na uporanie się z tym kompleksem małowartościowości, jaki ma polska medycyna.

Kto miałby zająć się kreśleniem tych planów na przyszłość? To jest najtrudniejsze pytanie. Apelowanie w nieskończoność, aby politycy odpolitycznili swoją refleksję o zdrowiu, jest bezzasadne, bo oparte na wewnętrznej, nieprzekraczalnej sprzeczności. Jest źle zaadresowane. Politycy są po to na świecie, żeby wszystko upolityczniać. To tak, jakby żądać od filozofów, żeby przestali filozofować i wzięli się do jakiejś porządnej roboty, np. zaczęli kopać rowy melioracyjne. Politycy zawsze będą upolityczniać, najlepszy dowód, że nawet walkę z koronawirusem zdołali upolitycznić.

Podobnie jest z postulatem, aby powstało gremium niezależnych ekspertów. Za taką pracę trzeba zapłacić, a jak ktoś komuś płaci, to uzależnia go od siebie. Rychło też może zadziałać taki mechanizm, który znamy z dotychczasowej praktyki. Otóż luminarze polskiej medycyny, konstatając ograniczenia w swojej dyscyplinie klinicznej, mają nieustająco tylko jeden postulat: zwiększenia wyceny wykonywanych przez siebie procedur. Ci, którzy reprezentują duże populacje chorych na choroby powszechne, argumentują, że reprezentują duży problem społeczny, więc są ważni, ale też specjaliści od chorób rzadkich argumentują, że są nie mniej ważni, bo zajmują się chorobami rzadkimi. I tak wygląda wizja ogólna. Kiedyś jeden ze związków zawodowych twierdził, że składkę zdrowotną trzeba podnosić tak długo, aż pieniędzy wystarczy na wszystkie zadania w medycynie. Nawoływanie więc do niezależności też napotyka na problem immanentny.

Kiedyś to było łatwiej. Był niemający konkurencji postulat wprowadzenia kas chorych jako ostatecznego panaceum na wszystkie bolączki „socjalistycznej służby



Virus Korona i Virus Paniki obmyślają dalszą strategię

RYSUJEK: KRZYSZTOF MAŁEJ

zdrowia”. Była też Komisja Krajowa NSZZ Solidarność, która przez swój Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia tak mocno forsowała ten postulat, że aż ustawę o kasach chorych uchwaliła lewica. Co powinno się stać, aby dalej reformować ten system, na tę chwilę pominię, bo to zupełnie odmienny temat z zakresu metodologii wzniecania i przeprowadzania rewolucji.

Na razie mamy przed sobą kolejne etapy walki z pandemią koronawirusa i walki z nadciągającym kryzysem gospodarczym, a pewnie i za nim politycznym, bo to naczynia połączone. Razem z nimi już niebawem zacznie się czas bardzo trudny, dla społeczeństwa, dla pacjentów, dla lekarzy. Będziemy się pozywać i próbować sądzić we wszystkich możliwych kierunkach. Epidemia oraz jej skutki społeczne i gospodarcze sprawią, że wielu będzie poszkodowanych. Będziemy więc (i będą oni) szukać winnych swojej krzywdy oraz sądzić się o odszkodowania i zadośćuczynienia. Ten proces już się zaczął. ■

“

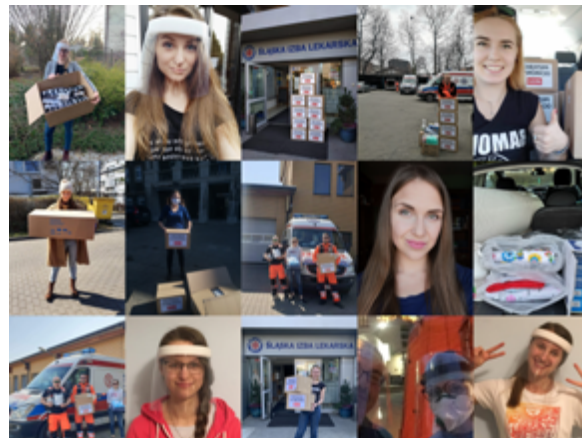
**Kiedyś to
było łatwiej.**

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Wsparcie dla śląskich lekarzy

Na początku epidemii Śląska Izba Lekarska udostępniła swój budynek na potrzeby organizacji magazynu środków ochrony indywidualnej. Trafiają do niego m.in. maseczki, kombinezony ochronne, przyłbice i rękawiczki, które udaje się pozyskiwać nieodpłatnie od różnych firm i instytucji. Następnie są one przekazywane placówkom medycznym, które ich potrzebują. W organizację magazynu i pozyskiwanie darów włączyli się studenci SUM w Katowicach.

Z kolei ze zbiornika o pojemności 1000 litrów w siedzibie izby rozlewany jest płyn do dezynfekcji powierzchni na bazie chloru (dostępny jest dzięki uprzejmości Oddziału Kopalni Węgla Kamiennego Piast-Ziemowit). W pierwszej kolejności trafia on do szpitali i poradni. Ponadto ŚIL rozpoczęła zbiórkę funduszy na zakup respiratora lub sprzętu EKMO poprzez



Fundację Pro Medico. Izba pośredniczy też w zakupie płynu do dezynfekcji skóry dłoni. ■



gazetalekarska.pl

Przegląd prawny

Dział prawny OIL w Łodzi opracował przegląd obowiązków przepisów prawa uchwalonych w związku z wprowadzonym w Polsce stanem epidemii. Omówiono w nim nowe obowiązki i uprawnienia, a także regulacje dotyczące przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się nowego koronawirusa, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych ustawą z 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz.U. poz. 695).

Jak piszą autorzy, opracowanie obejmuje wybrane zagadnienia, które mogą mieć znaczenie przy codziennym wykonywaniu zawodu przez lekarzy i lekarzy dentystów. Jest tam też informacja na temat ulg i zwolnień, z których można skorzystać w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, np. poprzez zamknięcie gabinetu.

Przegląd będzie na bieżąco aktualizowany. Jest on dostępny na portalu biuletynu łódzkiej izby (www.panaceum.lodz.pl). ■

Po test do izby

Członkowie OIL w Warszawie pracujący na pierwszej linii frontu walki z COVID-19 mogą wykonać bezpłatne testy na obecność wirusa SARS-CoV-2. Koszt badania pokrywa Laboratorium Warsaw Genomics.

OIL w Warszawie zakupiła wymówki potrzebne do wykonania testu, które można odebrać z siedziby izby w Warszawie bądź w Delegaturze Radomskiej. Izba apeluje, aby wymówki odbierała osoba zdrowa, wyznaczona przez potrzebującego lekarza. ■

Zbiórka „Koronawirus”

Trwa zbiórka pieniędzy na zakup środków ochrony osobistej i innych form pomocy lekarzom w OIL w Gdańsku. Do 20 kwietnia udało się zgromadzić ponad 40 tys. zł.

Izba zakupiła już m.in. przyłbice, maseczki, środki dezynfekujące do rąk, czepki, fartuchy. Zaopatrzenie trafiło do 20 podmiotów leczniczych, ale potrzeby są o wiele większe – po pomoc zgłosiło się około dwustu podmiotów. Zbiórka trwa nadal. ■

Mieszkanie dla lekarza

Izby lekarskie wspierają lekarzy, którzy są narażeni na kontakt z pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2 i nie chcą wracać do swoich domów w obawie przed zainfekowaniem bliskich, w znalezieniu lokum do zamieszkania na ten trudny czas.

Tworzone są specjalne bazy mieszkań, z których można skorzystać. Izby proszą także osoby, które chcą nieodpłatnie udostępnić lokale, o kontakt. Ponadto nawiązywane są kontakty z hotelami, które chcą udostępnić swoje pokoje. Szczegóły ofert dostępne są na stronach OIL. ■

Pomoc seniorom

W poprzednim numerze „GL” pisaliśmy m.in. o akcji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, która wraz z IFMSA-Poland zorganizowała pomoc dla lekarzy seniorów. O starszych lekarzach nie zapominają także inne izby.

Przy Komisji Młodych Lekarzy OIL w Gdańsku zebrała się grupa wolontariuszy gotowych wspomóc lekarzy seniorów w realizacji codziennych potrzeb, ale także tych członków izby, którzy są np. w trakcie kwarantanny.

Studenci Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przy współpracy ze Śląską Izbą Lekarską także pomagają w robieniu zakupów lekarzom seniorom i lekarzom objętym kwarantanną.

Podobną inicjatywę uruchomiła m.in. Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska. Z kolei Prezydium ORL w Białymstoku zakupiło 750 maseczek wielokrotnego użytku, które rozesłano pocztą do wszystkich lekarzy, którzy ukończyli 75 lat. ■

koronazgłowy.pl w Wielkopolsce

Wielkopolska Izba Lekarska została partnerem strategicznym akcji koronazgłowy.pl. Akcja została rozpoczęta przez WIL, Lekarzy Medycyny Ratunkowej, Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IMFSA oraz Stowarzyszenie Leczmy z Misją. Inicjatywa polega na przyjmowaniu zgłoszeń o tym, gdzie i jakie środki ochrony indywidualnej są potrzebne, a także deklaracji o chęci przekazania niezbędnego sprzętu. Do tej pory udało się pomóc już 220 podmiotom, przekazując m.in. ponad: 33 tys. maseczek, 1500 przyłbic, 1000 ochraniaczy na obuwie, 200 fartuchów i 100 kombinezonów. Więcej na koronazgłowy.pl. ■



Szyją maseczki

Na czas epidemii Centrum Szkoleniowe Wielkopolskiej Izby Lekarskiej EDU WIL przerobiono na zakład krawiecki, w którym uszyto ponad 21 tys. maseczek i 500 fartuchów. Powstał również prototyp kombinezonu. Uszyte maski i fartuchy są rozprowadzane do mniejszych i większych podmiotów leczniczych w całej Wielkopolsce. ■

Ratujmy Ratujących!

Bydgoska Izba Lekarska wspólnie z samorządem studenckim CM UMK przystąpiła do akcji „Ratujmy Ratujących”. Organizatorzy proszą lekarzy, aby informowali ich o wszelkich niedoborach sprzętu medycznego. Zwracają się także z apelem do firm i osób prywatnych, aby skontaktowali się z nimi, jeśli mogą pomóc. Potrzebne jest niemal wszystko – od respiratorów, przez środki ochrony indywidualnej, po ręczniki papierowe. Uruchomiono także zbiórkę pieniędzy na zakup brakującego sprzętu. ■

Pomoc prawna

W prowadzony stan epidemii i zmieniająca się sytuacja prawna w obliczu walki z COVID-19 rodzi wiele wątpliwości natury prawnej dotyczących wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty. W okręgowych izbach lekarskich można uzyskać fachową poradę na nurtujące pytania.

Tak jest m.in. w OIL w Krakowie, gdzie codziennie w wybranych godzinach izbowi radcy prawni udzielają porad telefonicznych lub mailowych. Z kolei OIL w Rzeszowie umożliwia kierowanie zapytań prawnych do izbowego prawnika w formie mailowej. Także zespół

radców prawnych ŚIL jest do dyspozycji lekarzy i lekarzy dentystów, a odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania są upubliczniane na stronie izby.

W sprawach związanych z obecną sytuacją pomocy prawnej medykom udzielają także adwokaci z poszczególnych izb adwokackich. Szczegóły i kontakty dostępne są na stronach okręgowych izb lekarskich.

Darmowe porady prawne związane z epidemią koronawirusa dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów uruchomiło także Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. (infolinia: 22 333 77 00). ■

Akcja „Pomagamy”

Beskidzka Izba Lekarska uruchomiła akcję „Pomagamy”, w ramach której chce wspierać szpitale, NZOZ-y, praktyki lekarskie i pojedynczych lekarzy w walce z koronawirusem.

Izba apeluje do przedsiębiorców, firm oraz zwykłych ludzi, którzy mogą i chcą przekazać personelowi medycznemu sprzęt medyczny (płyny dezynfekcyjne, maseczki, gogle, przyłbice, kombinezony itp.) albo udostępnić miejsca noclegowe dla medyków na kwarantannie czy zaoferować catering, o kontakt za pośrednictwem e-maila pomagamy@bil.bielsko.pl. Na ten sam adres mailowy medycy mogą kierować prośby o to, czego konkretnie potrzebują. Akcję koordynuje członek ORL Marcin Mierzwa wraz z Klubem Młodego Lekarza i pracownikami biura izby. ■



LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Pora się obudzić

Z prof. **Robertem Flisiakiem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Prof. Robert Flisiak:
- Środowisko lekarskie ma prawo znać prawdę, bo to lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni każdego dnia i w każdej godzinie narażają życie, lecząc zakażonych.

GL Czy spodziewał się pan tego, co obecnie przerabiamy w związku z koronawirusem?

Wystarczyło śledzić kilka ostatnich lat, aby przewidzieć taki scenariusz. Fakt, że nie żyjemy w średniowieczu, nie oznacza, że uporaliśmy się z zarazami. Co jakiś czas pojawiają się nowe epidemie, które zagrażają ludzkości.

GL Świat jednak dał się zaskoczyć.

Sygnałami ostrzegawczymi wskazującymi, że ludzkość nie jest przygotowana na choroby zakaźne, była grypa „świńska” i „ptasia”, potem SARS, MERS, Zika i Ebola. Te zagrożenia nie docierały zarówno do społecznej świadomości, jak i szefów państw czy instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, ponieważ udawało się uniknąć zagrożenia na skalę, z jaką mamy do czynienia obecnie. Ale jak długo można liczyć na fart? Już po pierwszych sygnałach trzeba było zakładać, że wcześniej czy później wybuchnie epidemia, która nas dotknie, i się na nią lepiej przygotować.

GL Czyli pojawienie się SARS-CoV-2 nie powinno dziwić? Oczywiście, że nie, a przy tym ten koronawirus, wywołujący chorobę COVID-19, nie jest najgroźniejszy.

Ma stosunkowo niską śmiertelność (1-5 proc.) i niezbyt dużą zakaźność. Problemem jest to, że w porównaniu z innymi wirusami, np. z Ebolą, którego śmiertelność u zakażonych sięga 70-80 proc., SARS-CoV-2 może mieć relatywnie długi okres wylegania, a w trakcie jego trwania może dochodzić do zakażeń, co jest dla nas nie do uchwycenia. Dlatego tak trudno sprawować kontrolę nad tą pandemią. Ebola jest wprawdzie znacznie bardziej zakaźna, ale ma krótki okres wylegania i łatwiej ograniczyć zakażenia, izolując zainfekowanych. Strach pomyśleć, co będzie, jeśli pojawi się wirus, który ma śmiertelność Eboli i cechy przenoszenia infekcji powodującej COVID-19. Już obecna epidemia paraliżuje świat, kolejna może oznaczać zagrożenie dla cywilizacji.

GL W Polsce dziedzinę chorób zakaźnych zepchnięto na margines.

Pracowały na to kolejne rządy przez ostatnich kilkadziesiąt lat, które – w porównaniu z innymi krajami – przeznaczają na opiekę zdrowotną śmieszne pieniądze. Wciąż szukają oszczędności i znajdują je w dziedzinach, które, ich zdaniem, nie stanowią problemu. Jeśli ciągle słyszymy, że choroby zakaźne i epidemie to przeszłość, bo mamy szczepionki i mówi się o tym głośno w sytuacji, gdy ich nie ma wobec większości patogenów, w tym takich jak chociażby HIV, to znaczy, że rządzącym brakuje wyobraźni. Podobnie jest z wirusem HCV. Resort zdrowia nie chce wydać 20-30 mln zł rocznie na badania przesiewowe wykrywające zakażenie tym wirusem, bo uważa, że ten patogen nie zagraża populacji. My wiemy, że w Polsce jest 150 tys. zainfekowanych, spośród których znaczna część nie dożyje średniej krajowej, bo umrą na marskość lub raka wątroby. Zakażenie HCV można skutecznie leczyć, ale trzeba je wykryć odpowiednio wcześniej. To tylko niektóre z błędów, które są popełniane w zakresie chorób zakaźnych.

GL Ma pan na myśli likwidację 40 oddziałów zakaźnych oraz słabe wyposażenie w nowoczesny sprzęt?

Tak i dołożyłbym do tego sposób finansowania. Płacenie tylko za wykonane świadczenia w przypadku chorób zakaźnych jest totalnym nieporozumieniem. Gdyby dodatkowo płacono za gotowość do realizacji świadczenia, sytuacja zmieniłaby się radykalnie. Chodzi o to, aby

zakontraktowanie usług z zakresu chorób zakaźnych było korzystne dla szpitala. Jeśli szpital miałby w swoich strukturach rentowny oddział zakaźny, to w sytuacji zagrożenia, z jakim mamy do czynienia obecnie, mógłby do nich dostosować resztę oddziałów. A tak szpitale, które nie mają oddziału zakaźnego, w czasie epidemii ulegają panice, która przekłada się na unikanie świadczeń zdrowotnych.

Specjaliści chorób zakaźnych kiedyś mieli dodatki do pensji, dodatkowe urlopy, a dziś nie ma nic.

Ograniczanie środków na ochronę zdrowia zawsze oznacza cięcia w dziedzinach, które wydają się być niepotrzebne. Epidemia COVID-19 to bolesne doświadczenie, z którego – mam nadzieję – zostaną wyciągnięte wnioski. W Polsce mamy niewiele ponad 1100 lekarzy specjalistów chorób zakaźnych, z których co piąty ukończył 70 lat, co drugi 60 lat, a 40-latków jest zaledwie 98. Z tej grupy tylko połowa pracuje w oddziałach zakaźnych i poradniach. Reszta, ze względu na małą atrakcyjność specjalizacji, nie pracuje w tym sektorze ochrony zdrowia. Za kilka lat większość z nas będzie emerytami, a w stanie epidemii emerytów „zakaźników” nie można ściągnąć do pracy. Już teraz w niektórych oddziałach zakaźnych jest 1-2 lekarzy, a przyszłość rysuje się jeszcze gorzej.

Co należałoby zrobić?

Należałoby uznać choroby zakaźne za specjalizację deficytową numer jeden, o co towarzystwo – jak dotąd bez skutku – usilnie zabiega. Nie wystarczy jednak wpis na listę dziedzin priorytetowych, na której jest już ponad 20 innych specjalności. To musi być nowa kategoria o jeszcze wyższym priorytecie, który sprawiałby, że dla absolwentów uczelni medycznych specjalizacja ta stałaby się atrakcyjna. Wiązałoby się to ze zmianą sposobu finansowania tej dziedziny medycznej, nowoczesnym wyposażeniem i wprowadzeniem różnorakich zachęt do specjalizowania się w chorobach zakaźnych. Obecnie działania mają charakter akcyjny, rzuca się jakąś kwotę na zakup sprzętu, otwiera blok izolacyjny, a później nie ma pieniędzy na jego eksploatację. Taki oddział zużywa prąd, środki jednorazowego użytku, wymaga konserwacji, serwisowania i staje się balastem dla szpitala. I nie ma w tym żadnego teoretyzowania, np. w szpitalu, w którym pracuję, dwa lata temu rozważano zlikwidowanie izolatorium ze względów ekonomicznych. Nie zmienia to jednak faktu, że izolatorium, o którym mówię, jest w stanie, w jakim było 18 lat temu, kiedy je wybudowano.

Na stronie naszego towarzystwa opublikowaliśmy list do ministra zdrowia, w którym proszę o zmianę podejścia do leczenia chorób zakaźnych i o przywrócenie właściwej rangi tej specjalności. List pozostał bez odpowiedzi. Natomiast jednoimienne szpitale przekształcone na czas epidemii (jest ich 19 – przyp. red.) dostały dodatkowe środki na wynagrodzenia i specjalny rodzaj ubezpieczenia personelu, a oddziały zakaźne, do których przede wszystkim trafiają zakażeni, nie otrzymały takiego wsparcia.

A to właśnie oddziały zakaźne są na pierwszej linii frontu, ponoszą największy ciężar w zwalczaniu zagrożeń epidemicznych. Jest ich 79 i różnią się poziomem wyposażenia i funkcjonowania. Tym, które mają status klinik, wiedzie się lepiej, ale są oddziały, gdzie pracuje jeden lub dwóch lekarzy chorób zakaźnych. Czy w przypadku epidemii mogą one należycie spełniać swoją funkcję? Mam wątpliwości. W normalnych warunkach tak, ale w czasie epidemii ten system się załamuje.

Mówienie o liczbie łóżek zakaźnych nie odzwierciedla rzeczywistości?

Oczywiście, że nie odzwierciedla, ponieważ pacjentów z zakażeniem koronawirusem, zresztą tak samo jak z każdym innym zakażeniem, powinno się izolować, co jest generalnie podstawą zwalczania epidemii. Należałoby w tym wypadku mówić o salach, a nie o łóżkach. Trzeba sobie zdać sprawę, że ta epidemia, nawet jeśli na jakiś czas wygaśnie, za rok pojawi się znowu.

Uważam, że pora się obudzić i naprawdę zacząć inwestować w specjalizację chorób zakaźnych. Spośród mojego personelu lekarzy i pielęgniarek nikt nie skorzystał ze zwolnienia na opiekę, nikt nie poszedł na urlop. Wszyscy się stawili na stanowiskach pracy. Anestezjologowie i pielęgniarki anestezjologiczne są w gotowości, ale inni boją się oddziału zakaźnego jak ognia. Ta epidemia już pokazała, i w miarę, jak się będzie sytuacja rozwijać, jeszcze pokaże, jakie błędy popełniono i jak nie należy postępować w przyszłości. Jedno jest pewne, działania mające na celu odbudowanie polskiego „zakaźnictwa” powinny się zacząć już dziś i być wielokierunkowe. Niestety, obawiam się, że kiedy ta epidemia wygaśnie, znajdą się dziesiątki ważnych spraw, które znów zepchną choroby zakaźne na margines.

Na czym obecnie koncentruje się PTEILCH?

Na dostarczaniu lekarzom chorób zakaźnych bieżących informacji na temat sytuacji związanej z epidemią COVID-19, które publikujemy na stronie towarzystwa. To właśnie Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych opublikowało pierwsze polskojęzyczne kompleksowe zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2.

Jesteśmy w stałym kontakcie z ośrodkami, gdzie leczeni są zakażeni pacjenci, wymieniamy się doświadczeniami i opiniami. To dzięki temu wyszła na jaw sprawa nierównego traktowania jednoimiennej szpitali i oddziałów zakaźnych. Środowisko lekarskie ma prawo znać prawdę, bo to lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni każdego dnia i w każdej godzinie narażają życie, lecząc zakażonych. Zarządzenie wiceminister zdrowia o zakazie wypowiedziania się na temat epidemii konsultantów wojewódzkich w dziedzinie chorób zakaźnych przypomina mi początkowe zachowanie władz chińskich wobec lekarzy, które próbowały powiedzieć światu o tym zagrożeniu. Jako towarzystwo będziemy ujawniać prawdę o koronawirusie, nawet tę niewygodną. ■

1-5%

Taką śmiertelność ma COVID-19.

ZE ŚWIATA

Koronawirus nie odpuszcza

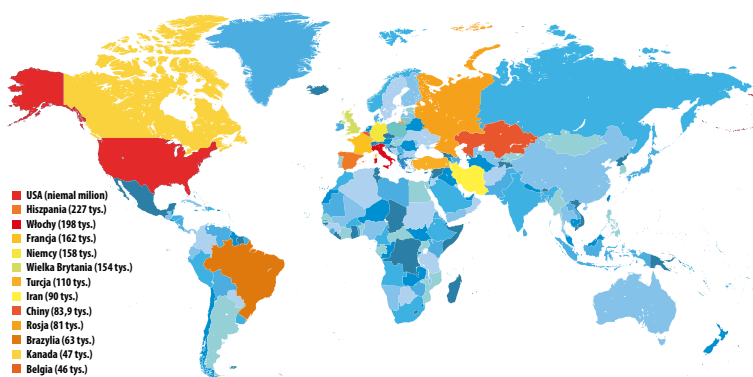
W ciągu ostatniego miesiąca liczba potwierdzonych przypadków zakażeń SARS-CoV-2 na całym świecie wzrosła ośmiokrotnie. Najwięcej zachorowań jest w Stanach Zjednoczonych.

TEKST **LIDIA SULIKOWSKA**, DZIENNIKARZ

Z danych Uniwersytetu Johnsa Hopkinsa wynika, że 27 kwietnia rano liczba wszystkich potwierdzonych przypadków COVID-19 przekroczyła już 3 mln (to o ok. 2,6 mln więcej niż jeszcze miesiąc temu), liczba wyleczonych to 870 tys., przeszło 206 tys. osób zmarło. Dzielne przyrosty zakażeń w kwietniu wahały się w granicach 75-100 tys.

Wirus jest obecny już w co najmniej 185 krajach. Duża aktywność epidemii utrzymuje się w Europie i Ameryce Północnej. Do 27 kwietnia najwięcej zakażeń stwierdzono w USA (niemal milion), z czego zdecydowanie najgorsza sytuacja występowała w stanie Nowy Jork (prawie jedna trzecia wszystkich przypadków). Na kolejnych miejscach znalazły się: Hiszpania (227 tys.), Włochy (198 tys.), Francja (162 tys.), Niemcy (158 tys.), Wielka Brytania (154 tys.), Turcja (110 tys.), Iran (90 tys.), Chiny (83,9 tys.), Rosja (81 tys.), Brazylia (63 tys.), Kanada (47 tys.), Belgia (46 tys.). Pozytywna informacja jest taka, że przynajmniej w części z tych krajów dzienny przyrost zakażonych się zmniejsza (tak jest np. we Włoszech, w Niemczech i Iranie). Najwięcej wyleczonych mieli Hiszpanie (118 tys.), Niemcy (114,5 tys.), USA (107 tys.).

Kraje z największą liczbą potwierdzonych przypadków zakażeń SARS-CoV-2
(stan na 27 kwietnia)



ŹRÓDŁO: CENTER FOR SYSTEMS SCIENCE AND ENGINEERING (CSSE), JOHNS HOPKINS UNIVERSITY

– W większości krajów Europy Zachodniej sytuacja wydaje się stabilizować, widzimy za to niepokojące tendencje wzrostowe w Afryce, Ameryce Środkowej i Południowej oraz Europie Wschodniej – tak skomentował rozwój pandemii szef Światowej Organizacji Zdrowia Tedros Adhanom Ghebreyesus podczas e-konferencji prasowej, która odbyła się 24 kwietnia. Stwierdził też, że większość krajów wciąż znajduje się w początkowym etapie epidemii, a tam, gdzie wirus pojawił się najwcześniej i sytuacja się unormowała, zaczynają ponownie pojawiać się zakażenia. – Przed nami długa droga – oświadczył, podkreślając, że SARS-CoV-2 jest niezwykle niebezpieczny i będzie z nami przez długi czas.

Najwięcej zgonów spowodowanych koronawirusem do 27 kwietnia

odnotowano w USA (55 tys.), Włoszech (26,6 tys.), Hiszpanii (23,2 tys.), Francji (22,9 tys.), Wielkiej Brytanii (20,7 tys.), Belgii (7,1 tys.), Niemczech (6 tys.), Iranie (5,7 tys.). W Chinach, gdzie epidemia miała swój początek, według oficjalnie podawanych statystyk zmarło dotychczas ok. 4,6 tys. osób. W połowie kwietnia było to jeszcze ok. 3,3 tys. zgonów, ale liczba ta została skorygowana o dodatkowe 1,3 tys. (media państwowe poinformowały, że ofiar było więcej niż najpierw podawano, stąd ten wzrost). W zaistniałej sytuacji coraz więcej osób poddaje w wątpliwość wiarygodność oficjalnych statystyk na temat epidemii w Państwie Środka.

W Polsce do 27 kwietnia potwierdzono nieco ponad 11,6 tys. przypadków zakażeń koronawirusem, z czego 535 osób zmarło, a 2,5 tys. osób wyzdrowiało. ■

ZE ŚWIATA

Kto testuje?

Poszczególne państwa różnie sobie radzą z wykrywaniem osób zainfekowanych SARS-CoV-2, przez co oficjalne dane na temat liczby zakażeń są niedoszacowane.

W wielu krajach wciąż wykonuje się zbyt mało testów na obecność koronawirusa, a właśnie testowanie na szeroką skalę, zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia, może pokazać realną skalę pandemii i mieć duże znaczenie w jej opanowaniu.

“

Analizując liczbę zrobionych testów w przeliczeniu na milion mieszkańców, najlepiej w statystyce wypadły Wyspy Owcze i Islandia.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers¹ do 25 kwietnia najwięcej, bo ponad 5 mln testów, wykonała USA. Nieco ponad 2,7 mln próbek przetestowała Rosja, ok. 2 mln – Niemcy.

Analizując liczbę zrobionych testów w przeliczeniu na milion mieszkańców, to najlepiej w tej statystyce wypadły Wyspy Owcze i Islandia. Na trzecim miejscu znalazły się Zjednoczone Emiraty Arabskie (103 tys. / 1 mln populacji), które w ostatnim czasie rozpoczęły program testowania każdego pasażera wchodzącego na pokład krajowych linii lotniczych.

W granicach 60 tys. testów na milion mieszkańców wykonano m.in. w Bahrajnie, na Malcie, w Luksemburgu i San Marino, a ok. 35 tys. – na Litwie, w Izraelu i Estonii. W granicach 25–30 tys. testów na milion mieszkańców zrobiono do 25 kwietnia m.in. w Portugalii, Norwegii, Katarze, Szwajcarii, we Włoszech, w Niemczech, Austrii i na Łotwie, a prawie 20 tys. – w Singapurze, Hiszpanii, Czechach, Hong Kongu czy Australii.

Polska uzyskała w tym czasie wynik ok. 7 tys. testów na milion mieszkańców – na podobnym poziomie testowały Francja, Chorwacja i Rumunia. Co ciekawe, o wiele lepiej wypadła Białoruś (14,7 tys. / 1 mln mieszkańców) i Słowacja (12,1 tys.).

Niepokoją dane pochodzące z Brazylii – w tym piątym pod względem liczby ludności kraju na świecie, w którym dotychczas stwierdzono 60 tys. zakażeń, wykonano tylko 1,3 tys. testów na milion mieszkańców. Wynik niewiele ponad 1,9 tys. testów na milion mieszkańców osiągnęła Ukraina (ponad 8 tys. potwierdzonych zakażeń i 83,5 tys. testów ogółem).

W Indiach, gdzie żyje ponad miliard osób, do 25 kwietnia zrobiono tylko 420 testów na milion mieszkańców (26 tys. zakażeń, 580 tys. testów ogółem), a w Indonezji, która jest czwartym krajem na świecie pod względem liczby ludności – ledwie 248 (prawie 68 tys. testów ogółem, 8,6 tys. zakażeń). Z kolei Chiny w ogóle nie podają informacji na temat liczby wykonywanych testów na obecność SARS-CoV-2. ■

¹ Statystyki światowe podawane w czasie rzeczywistym. Dane tam przedstawiane pochodzą od rządów oraz renomowanych organizacji.

Ataki zamiast oklasków

W wielu krajach na świecie zdarzają się przypadki stygmatyzacji, hejtu i ataków wobec lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia – są one powodowane strachem, że medycy, mając kontakt z zakażonymi, rozprzestrzeniają koronawirusa.

21 kwietnia Światowe Towarzystwo Medyczne (World Medical Association, WMA) wydało oświadczenie, w którym zdecydowanie potępiło takie zachowania i określiło je jako „kompletnie bezduszne”.

Media donoszą o incydentach przeciw personelowi medycznemu m.in. w Australii, Meksyku, Turcji, Francji, Wielkiej Brytanii, Kolumbii, na Filipinach, USA, ale najgorzej

jest w Indiach. – Sytuacja w tym kraju jest szczególnie szokująca – przyznaje dr Frank Montgomery, szef WMA.

W Indiach dochodzi m.in. do eksmitowania pracowników medycznych z mieszkań, które wynajmują, a nawet do niewpuszczania ich do własnych domów przez sąsiadów. Jak informuje Bloomberg, w centrum miasta Bhopal lekarze wracający z pracy zostali oskarżeni przez policję o rozprzestrzenianie wirusa i pobici pałkami. Z kolei w New Delhi na lokalnym targu jeden z klientów zaatakował robiącego zakupy lekarza. Taksówkarze odmawiają medynom przewozów. Władze państwowe zadeklarowały, że nie będą tolerować tego typu zachowań. ■

“

W wielu krajach na świecie zdarzają się przypadki stygmatyzacji, hejtu i ataków wobec lekarzy.

ZE ŚWIATA

Ku pamięci



Li Wenliang, zaledwie 34-letni lekarz z Wuhan, jako pierwszy informował o pojawieniu się nowego, groźnego koronawirusa.

C OVID-19 zbiera śmiertelne żniwo wśród personelu medycznego. Zgony idą już w setki, a trzeba pamiętać, że nie ma oficjalnych, globalnych statystyk na ten temat. Tylko część krajów dzieli się takimi danymi, a o poszczególnych przypadkach donoszą media.

Tę smutną listę otwierają medycy z Chin, w tym Li Wenliang, zaledwie 34-letni lekarz z Wuhan, który jako pierwszy informował o pojawieniu się nowego, groźnego koronawirusa. Był prześladowany z tego powodu przez władze chińskie. Zmarł zainfekowany SARS-CoV-2, przed którym tak bardzo próbował ostrzec świat. Według CGTN, chińskiej państwowej stacji telewizyjnej, około 60 pracowników ochrony zdrowia w Chinach zmarło w związku z wybuchem epidemii.

Co najmniej 150 lekarzy zmarło od początku wybuchu epidemii we Włoszech – poinformowała 25 kwietnia amerykańska stacja CNN, powołując się na włoskie źródła. Personel medyczny stanowi 10 proc. wszystkich zakażonych w tym kraju.

O zgonach wśród medyków rozpisują się też brytyjskie media, a organizacja Nursing Notes szacuje, że do 25 kwietnia w Wielkiej Brytanii zmarło co najmniej 129 pracowników ochrony zdrowia. Pierwszą ofiarą koronawirusa w UK był Adil El-Tayar, 63-letni transplantolog, który przed śmiercią pracował w pogotowiu ratunkowym w Midlands, gdzie zgłosił się na ochotnika, by pomagać w walce z pandemią. Zmarł 25 marca, a dwa dni później jego los podzielił 76-letni dr Habib Zaidi, lekarz rodzinny, od 45 lat pracujący w Leigh.

W Iranie do 31 marca zmarło z powodu COVID-19 co najmniej 78 pracowników medycznych, w tym 40 lekarzy (dane: Iran Human Rights Monitor). 20 kwietnia „The Moscow Times” poinformowało o pierwszym rosyjskim lekarzu, który zmarł z powodu COVID-19. To Maxim Starinsky, 56-letni urolog, który zakaził się, lecząc pacjentów w moskiewskim szpitalu weteranów. Miesiąc wcześniej przez koronawirusa odszedł pierwszy lekarz we Francji – 67-letni Jean-Jacques Razafindranazy był już na emeryturze, ale pod koniec lutego zdecydował się na powrót do pracy, by pomagać w walce z epidemią.

Z raportu opublikowanego przez CDC (Centers for Disease Control) wynika, że do 9 kwietnia 27 medyków straciło życie z powodu SARS-CoV-2 w USA, walcząc na pierwszej linii frontu, a co najmniej 9 tys. pracowników medycznych było



COVID-19 zbiera śmiertelne żniwo wśród personelu medycznego.

zakażonych. Jedną z ofiar to 60-letni Frank Gabrin, lekarz medycyny ratunkowej, który pracował w szpitalach w New Jersey i Nowym Jorku. Inny z lekarzy to Tomas Pattugalan, 70-letni internista, właściciel prywatnej praktyki w jednej z dzielnic Nowego Jorku. Jego także koronawirus pokonał.

Media informują też o zgonach medyków m.in. z Hiszpanii, Bangladeszu, Indonezji, Meksyku, Brazylii, Pakistanu, Finlandii, Czech, Australii, Ukrainy, Białorusi, Ekwadoru, Serbii, a także z Polski – fizjoterapeuty z Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu.

Lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, diagnosty laboratoryjni i inni przedstawiciele zawodów medycznych walczący na pierwszej linii frontu pandemii to grupa najbardziej narażona na zainfekowanie SARS-CoV-2. Tym bardziej, że pracownicy ochrony zdrowia często pracują bez odpowiednich środków ochrony indywidualnej, bo w wielu krajach brakuje ich w wystarczającej ilości. Listę medyków, którzy zmarli z powodu koronawirusa, stara się kompletować Medscape – ku pamięci osób, które ratując swoich pacjentów, poniosły największą ofiarę. ■

STOMATOLOGIA

Kryzys w Nowej Zelandii

Wielu Nowozelandczyków zostało pozbawionych opieki dentystycznej z powodu ograniczeń COVID-19. Stomatolodzy ostrzegają przed kryzysem, który nadchodzi.



New Zealand
Dental Assoc.



gazetalekarska.pl

22 kwietnia Nowozelandzkie Stowarzyszenie Stomatologiczne (NZDA) poinformowało Komitet Reakcji Epidemicznej, że jest „skrajna niepewność” co do tego, jak powinno wyglądać leczenie stomatologiczne. Od czasu wprowadzenia

ograniczeń, czyli od 26 marca, ok. 400 tys. pacjentów odwołało wizyty.

– Kryzys zdrowia publicznego zbliża się wielkimi krokami. Jedna na osiem praktyk już zwolniła pracowników, a niemal 45 proc. jest zmuszonych do rozważenia takiego kroku – ostrzega przewodnicząca NZDA dr Katie Ayers. – Obecnie nie wiadomo, kiedy gabinety dentystyczne będą mogły zostać ponownie otwarte, a ponad 10 tys. pracowników zostało bez pracy – podaje. Ayers zwróciła uwagę, w jak tragicznej sytuacji znaleźli się przedstawiciele tego zawodu, podkreślając brak wsparcia ze strony rządu i praktycznie brak dostępnych środków ochrony osobistej. ■

Amerykanie patrzą w przyszłość



Prezydent American Dental Association (ADA) powołał grupę zadaniową ds. odzyskiwania gabinetów dentystycznych po pandemii COVID-19. W jej skład weszli praktykujący lekarze dentyści oraz eksperci nauki, praktyki, prawa, regulacji i innych kluczowych dla stomatologii obszarów.

„Kryzys COVID-19 spowodował trudną sytuację w społeczności dentystycznej, jednak siła naszego zawodu nigdy nie była bardziej widoczna. Nie jesteśmy podzieleni” – napisał dr Chad P. Gehani, prezydent ADA, w liście do rad i komitetów ADA oraz dyrektorów wykonawczych

towarzystw dentystycznych. „Podczas gdy skupiamy się na prowadzeniu stomatologii w tym trudnym czasie, American Dental Association ma również na uwadze to, co będzie w przyszłości” – zaznaczył.

Doradcza grupa zadaniowa ma nadzorować opracowywanie narzędzi dla lekarzy dentyści, dzięki którym będą wychodzić z kryzysu związanego z ograniczeniem praktyk i zamykaniem gabinetów spowodowanych pandemią COVID-19.

ADA 1 kwietnia wydała tymczasowe zalecenie, aby stomatolodzy ograniczyli się do świadczenia wyłącznie pilnej i doraźnej opieki dentystycznej, lecz nie zamykali gabinetów. ■

Czy w Rosji władze pomogą kinom i stomatologom?

Jak donosi „Komiersant”, rosyjskie Ministerstwo Gospodarki może rozszerzyć listę potrzebujących pomocy państwa o kina i gabinety dentystyczne. Jest wniosek, ale czy są szanse na wprowadzenie tego pomysłu w życie?

Według analityków w 2019 r. w Rosji zrealizowano 271,1 mln przyjęć w ramach świadczeń dentystycznych. Wśród nich 68,9 proc. stanowiły usługi wykonywane w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Udział stomatologii komercyjnej wyniósł 31,1 proc., czyli 84,4 mln przyjęć. Całkowity obrót świadczeń stomatologicznych przekroczył 690 mld rubli.

Gabinety stomatologiczne zostały zamknięte w pierwszych dniach przymusowej samoizolacji Rosjan, gdyż władze obawiały się, że w nich również może dochodzić do zakażeń. Z powodu epidemii koronawirusa wiele szpitali i klinik całkowicie restrukturyzuje swoją pracę, anuluje planowane operacje i nie świadczy usług, np. w gabinetach dentystycznych przyjmowane są wyłącznie osoby z ostrym bólem. Jednak w wielu regionach kraju gabinety stomatologiczne, podobnie jak salony kosmetyczne, mogły funkcjonować w zwykłym, a nie awaryjnym trybie. ■

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE

Spór o chleb i godność

W dwudziestoleciu międzywojennym weterynarzowi oferowano pensję 180 zł miesięcznie, pisarza gmina była skłonna zatrudnić za 150 zł, a lekarzowi za pracę w ubezpieczalni społecznej płacono 60 zł, co stanowiło na te czasy połowę wynagrodzenia woźnego.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Pożegnanie
ustępującego
ministra pracy
i opieki społecznej
Stefana Hubickiego
i powitanie nowego
ministra Jerzego
Paciorkowskiego,
16 maja 1934 r.



W 1934 r. samorząd lekarski w Polsce wszedł w zupełnie nową fazę działalności. Stało się tak za sprawą zmian, jakie zaszły w rządzie, wprowadzeniem instytucji lekarza domowego i pogłębiając się kryzysu na rynku pracy.

W najgorszej sytuacji znaleźli się lekarze, którzy podpisali umowy z ubezpieczalnią społeczną (30 proc.), przez co byli na jej „garnuszkach”, ale szybko dołączyli do nich także medycy zatrudnieni przez instytucje rządowe i samorządowe. Ich wynagrodzenie

stanowiło procent od wpływów ze składek ubezpieczeniowych (10-12 proc.), które wobec rosnącego bezrobocia ciągle malały. W związku z kryzysem likwidowano przychodnie zdrowia, a pacjentów leczonych na ubezpieczalnię odsyłano do prywatnych gabinetów, których liczba także drastycznie spadała.

Dla samorządu lekarskiego w tym czasie priorytetem były działania na rzecz poprawy dramatycznej sytuacji materialnej lekarzy i choć miały one różnoraki skutek, wierzono, że w końcu lekarzom będzie żyło się lepiej.

POD GÓRKĘ

W 1934 r. tekę ministra pracy i opieki społecznej, któremu podlegała służba zdrowia, objął Jerzy Paciorkowski. Nie był lekarzem i od początku nieprzychylnie odnosił się do problemów tej grupy zawodowej. Powszechnie uchodził on za osobę do załatwiania tzw. spraw niewygodnych, a w tym czasie takimi były m.in. żenująco niskie wynagrodzenia lekarzy domowych i obowiązek odbywania stażu na wsiach oraz brak środków na finansowanie tego przedsięwzięcia.



Minister pracy i opieki społecznej Stefan Hubicki w swoim gabinecie, październik 1930 r.

Zastąpił generała Stefana Hubickiego, powszechnie szanowanego lekarza i reformatora, który oprócz pełnionych stanowisk rządowych (w 1929 r. był wiceministrem pracy i opieki społecznej, a w 1930 r. ministrem tego resortu), aktywnie działał w samorządzie lekarskim (w latach 1929-1931 przewodniczący Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej III kadencji) i doskonale rozumiał problemy lekarzy. Rządy nowego ministra przypadły na początek V kadencji samorządu lekarskiego, a więc na czas wyborów do rad okręgowych izb lekarskich i konstytuowania się ich zarządów oraz ustanowienia nowego prezesa, jego zastępców i członków NIL.

W czerwcu 1935 r. po odejściu Witolda Chodźki prezesem NIL został prof. Mieczysław Michałowicz, pediatra znany w środowisku nie tylko jako działacz samorządowy, ale i polityk (w latach 1935-1938 był senatorem). Jego zastępcami zostali: prof. Władysław Stryjeński i prof. Ludwik Władysław Szejnach (w 1918 r. kierownik Ministerstwa Zdrowia Publicznego w rządzie przejściowym, później prezes Warszawsko-Białostockiej Izby Lekarskiej) oraz Adam Huszcza, lekarz wojskowy w stopniu pułkownika, w V kadencji sekretarz NIL.

Po likwidacji kas chorych i powołaniu w ich miejsce ubezpieczalni społecznych, w ramach których działali lekarze domowi, samorząd lekarski liczył, że może nie od razu, ale z czasem

powstaną dla nich nowe miejsca pracy, konkurencyjny rynek usług medycznych, zmieni się system kształcenia i stworzy bardziej przyjazny klimat dla ich rozwoju zawodowego. Mieczysław Michałowicz i grupa samorządowców z nim związana zabiegali o to, aby lekarze mieli wpływ na politykę zdrowotną państwa oraz kierunek i zakres przeprowadzanych reform. Użyli wszelkich wpływów, aby przedstawiciele swojego środowiska wprowadzić do sejmiku i senatu, tworząc lekarskie lobby. Prof. Michałowicz przewodniczył pięcioosobowej grupie senatorów (na czele dziewięcioosobowej grupy posłów stanął dr Marian Dehnel, także polityk, wcześniej działacz niepodległościowy związany z PPS i Legionami Polskimi) i spotykał się z nimi w NIL. Podczas tych spotkań wspólnie opracowywano i opiniowano dokumenty dotyczące opieki zdrowotnej, które później przedstawiano podczas obrad komisji problemowych w sejmie i senacie. Postulowano urealnienie

12 427

Tyłu lekarzy było w Polsce w 1935 r. - 1 lekarz na 2800 mieszkańców (w Czechosłowacji i w Niemczech: 1/1350).

i regulację płac, tworzenie miejsc pracy dla lekarzy (budowę szpitali, przychodni, miejskich ambulatoriów), otwieranie gminnych i rejonowych ośrodków zdrowia.

WYZYSK

Kierunek działań samorządu lekarskiego był więc jasno wytyczony, jednak wobec niewydolności budżetowej państwa i oporu ówczesnego ministra pracy i opieki społecznej inicjatywy te nie zdołały się przebić. Zaczęła upadać prywatna praktyka lekarska, zaostrożały się restrykcje płacowe, nie było też perspektyw, jeśli chodzi o kształcenie młodych kadr. Prof. Michałowicz znany był z tego, że w sporach z politykami „o chleb dla Judyma”, jak to określił Zygmunt Wiśniewski w swojej książce pt. „Lekarze i Izby Lekarskie w Drugiej Rzeczypospolitej”, był bezkompromisowy. Często mówiąc o trudnej sytuacji środowiska medycznego, używał dosadnych słów i porównań, odnosząc się... do koni. Mówił, że gdyby lekarz zarabiał przynajmniej tyle, ile kosztuje utrzymanie konia, miałby się lepiej, bo to, co zarabia obecnie, nie wystarcza nawet na wyżywienie kucyka. W 1937 r. przemawiając w senacie podczas jednej z debat budżetowych, przytoczył ogłoszenia o pracę, w których weterynarzowi oferowano pensję 180 zł miesięcznie, pisarza gmina była skłonna zatrudnić za 150 zł za miesiąc, a lekarzowi oferowano 60 zł miesięcznie, co stanowiło na te czasy połowę pensji woźnego.

Jednak – jak podkreślał prof. Michałowicz – samorządowi lekarskiemu nie chodziło tylko o wynagrodzenia, ale o zafałszowany przez ówczesny rząd obraz sytuacji w ochronie zdrowia i miejsca, jakie w tym systemie zajmowali lekarze. Aby ukryć nieudolność i głębokie niedofinansowanie, rząd głosił wszem i wobec, że w Polsce jest za dużo lekarzy i dlatego trudno ich utrzymać. W 1935 r. w Polsce było 12 427 lekarzy – jeden przypadał na 2800 mieszkańców, podczas gdy w Czechosłowacji i w Niemczech na

“

Kierunek działań samorządu lekarskiego był więc jasno wytyczony, jednak wobec niewydolności budżetowej państwa i oporu ówczesnego ministra opieki społecznej, inicjatywy te nie zdołały się przebić.



Prof. Mieczysław Michałowicz, prezes NIL w latach 1935-1939



Posiedzenie NIL w Warszawie, 30 maja 1937 r. Na zdjęciu: dr A. Pietrasiewicz, dr W. Stryeński, prof. dr W. Szenajch, prof. M. Michałowicz, prof. dr W. Nowicki oraz dr A. Huszcza.

jednego lekarza przypadało 1350 mieszkańców. Prawda była taka, że w przedwojennej Polsce w przeliczeniu na liczbę mieszkańców było o połowę lekarzy za mało i choć wszyscy o tym wiedzieli, rząd uparcie stał przy swoim. Wprawdzie w dużych aglomeracjach notowano nadmiar lekarzy, ale w małych miejscowościach i na wsiach opieka zdrowotna praktycznie nie istniała. Wydziały lekarskie pięciu polskich uniwersytetów kształciły rocznie 600 lekarzy. Jak udowodniał wówczas dr Edward Hanke, członek NIL w V kadencji, wywodzący się z Izby Ślaskiej Lekarskiej, aby dorównać standardom europejskim, należałoby kształcić rocznie o 235 studentów więcej. Ale w ówczesnych warunkach było to niemożliwe.

PRZYMUSOWY STAŻ WIEJSKI

Chcąc ratować sytuację braku lekarzy na wsiach, władze zaoferowały im 250 posad za 200 zł miesięcznie. Oferta spotkała się z krytyką samorządu lekarskiego. Lekarz, który ją przyjął, nie miał zapewnionego dachu nad głową, a za 200 zł nie był w stanie wynająć

mieszkania i się wyżywić, nie mówiąc już o kupnie książek, by móc się dokształcać. Prof. Michałowicz podczas dyskusji w senacie na temat budżetu w 1938 r. w ostrych słowach ustosunkował się do tej propozycji: „W błędzie są ci, którzy sądzą, że opieka zdrowotna może się opierać tylko na człowieku, musi być zbudowana infrastruktura, która im będzie służyć”. Miał na myśli domy dla lekarzy, pielęgniarek i położnych, ośrodki zdrowia, szpitale.

W 1937 r. w Polsce funkcjonowało 677 szpitali z blisko 75 tys. łóżek – to dwukrotnie mniej, przeliczając na jednego mieszkańca, niż przewidywały normy europejskie. W tamtych czasach utrzymanie większości szpitali i ośrodków zdrowia było zadaniem samorządów terytorialnych, niestety pobierane podatki w panującym kryzysie nie wystarczały na pokrycie kosztów funkcjonowania placówek medycznych. Istniała konieczność wspomagania się budżetem centralnym, w praktyce jednak takie wsparcie nie istniało. Prof. Michałowicz

“

Wydziały lekarskie pięciu polskich uniwersytetów kształciły rocznie 600 lekarzy.

wytknął rządzącym, że nie zatroszczyli się o zabezpieczenie budżetów samorządowych na sfinansowanie osiedlania się lekarzy na wsiach. Skrytykował też nowelizację rozporządzenia Prezydenta RP z 1932 r. o praktyce lekarskiej, które nakładało na młodych lekarzy obowiązek odbycia dwuletniego stażu wiejskiego, co warunkowało otrzymanie od izby lekarskiej prawa wykonywania zawodu. Te nakazy pracy dla młodych lekarzy przełatały szalę goryczy i ujawniły podstępna politykę rządu wobec lekarzy, która polegała na redukcji zatrudnienia, nakładania na nich nowych obowiązków i ustalania wynagrodzenia zależnego od wpływów ze składek. Ten stan utrzymał się do wybuchu II wojny światowej. ■

ŹRÓDŁO: ZYGMUNT WIŚNIEWSKI, „LEKARZE I IZBY LEKARSKIE W DRUGIEJ RZECZYPOSPOLITEJ”

KOMENTARZ

JAN CIEŹKIEWICZ

**członek Ośrodka
Historycznego NIL**

Mój ojciec Marian Ciećkiewicz, internista i lekarz sądowy, przed wojną był członkiem Naczelnej Izby Lekarskiej V kadencji i działał w tych strukturach aż do likwidacji izb po wojnie. Z tego co pamiętam z rozmów na temat wydarzeń dotyczących tamtego okresu, podchodził do nich z optymizmem. Uważał, że w kilku ostatnich latach przed wojną pozycja samorządu lekarskiego

była już ugruntowana. Świadczy o tym fakt, że w sporze lekarzy o płace z ubezpieczalniami władze państwowe jako arbitra wyznaczyły Naczelną Izbę Lekarską. Od tej pory lekarze zaczęli lepiej zarabiać i choć nie był to spektakularny wzrost wynagrodzeń, to umocnił wśród nich przekonanie, że samorząd lekarski broni ich interesów. Nie należy zapominać, że w 1934 r. weszła nowa ustawa o izbach lekarskich, która zachowując uprawnienia okręgowych izb lekarskich, wzmocniła koordynacyjną i decyzyjną rolę NIL oraz stworzyła podstawę do wzmocnienia roli sądów izb lekarskich. Ojciec wspominał też o tym, jak cenne było przyjęcie przez Radę NIL V kadencji „Kodeksu deontologii lekarskiej”, co usankcjonowało pozycję lekarskich sądów sumienia. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Postawy lekarzy w czasie epidemii

Nie ulega wątpliwości, że powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, bez względu na okoliczności. Nie ma osobnego Kodeksu Etyki Lekarskiej na czas epidemii.

TEKST **JACEK MIARKA**, PRZEWODNICZĄCY NSL

Nie powinniśmy jednak oceniać postaw etycznych lekarzy w oderwaniu od realiów i warunków wykonywania zawodu.

Od marca Polska jest krajem transmisji wewnętrznej SARS-CoV-2, w związku z czym każdy chory trafiający do lekarza jest podejrzany epidemiologicznie. Wiemy też, że blisko 80 proc. zakażonych przechodzi infekcję bezobjawowo bądź łagodnie, ale może w tym czasie zarażać innych. Podstawą rozpoznania jest więc szybka diagnostyka i izolacja chorych, także bezobjawowych, za pomocą testów. W Polsce przystąpiliśmy do testowania zbyt późno, w zbyt małym zakresie, i niestety ta sytuacja trwa nadal. Szczególnie dotyczy to medyków, których powinniśmy bardzo chronić.

Według najnowszego raportu, opublikowanego przez Uniwersytet w Getyndze, w Polsce rozpoznajemy jedynie 7,7 proc. zakażonych, dla porównania w Czechach – 14 proc., w Norwegii – 38 proc., a w Korei Południowej – 50 proc. Stąd być może wrażenie, że mamy tak mało chorych i świetnie sobie radzimy.

Mamy także najmniej lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na jednego mieszkańca w Unii Europejskiej, a 1/3 medyków zbliża się do emerytury bądź już jest emerytami. Od lat zamykane są oddziały szpitalne, a te, które ocalały,

wykorzystane są w 90-100 proc. Służba zdrowia jest przewlekłe niedofinansowana, a medycy z powodu kiepskich płac pracują zwykle w kilku miejscach, co ma znaczenie przy transmisji zakażeń. Zakup respiratorów nie poprawi tej sytuacji, bo ze względu na brak anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych nie będzie miał kto ich obsługiwać, a nic mi nie wiadomo o szkoleniu w tym kierunku innych lekarzy, tak jak robi się to w USA.

Na jakie wsparcie możemy liczyć? Pomoc sporej części społeczeństwa jest olbrzymia, za co jesteśmy bardzo wdzięczni. Jest jednak zdecydowanie mniejsza część, która w tym samym czasie zajmuje się hejtem. Notujemy coraz więcej agresji w stosunku do medyków, traktowania ich jak winnych i roznoszących zarazę. Nie dziwi mnie to w ogóle, skoro urzędujący wiceminister zdrowia wyraża się w mediach w podobnym duchu, jego koleżanka zabroniła na piśmie wypowiadania się lekarzom na temat epidemii (tylko w Chinach było podobne zarządzenie), a minister zdrowia głosi w sejmie przeciw badaniom testowym dla wszystkich medyków.

W USA, doceniając podstawową rolę personelu medycznego w zwalczaniu epidemii, 27 marca wydano ustawę CARES, gwarantującą immunitet dla wszystkich lekarzy, którzy biorą udział w walce z epidemią lub zgłoszą się do walki z nią (tam nie ma nakazów pracy). Gubernator Nowego Jorku wydał rozporządzenie zwalniające od odpowiedzialności prawnej wszystkich pracowników służby zdrowia w zakresie działań

związanych z pandemią, gwarantując im pełną rekompensatę zarobków utraconych we wszystkich miejscach pracy.

A u nas? Wojewoda mazowiecki wstawia się nakazem pracy dla dziesięciu osób, w tym dla dziewięciu niezgodnie z prawem, a minister Ziobro wszczyna śledztwo przeciw lekarce, która – zarażona i chora – opuściła miejsce pracy, oraz lekarzom, którzy nie wypełnili nakazu pracy.

Jakie są postawy etyczne lekarzy? Myślę, że w olbrzymiej większości bardzo dobre. W oddziale, w którym pracuję, przyjmujemy na każdym dyżurze gorączkujących i kaszlących pacjentów. Nie jesteśmy oddziałem „covidowym”, leczymy najlepiej, jak potrafimy, przestrzegając podstawowych zalecanych środków ostrożności. Na dziesięciu lekarzy i 30 pielęgniarek tylko cztery osoby miały dotąd wykonane testy. Zachowujemy spokój, ale obawiamy się też o chorujących na inne ciężkie choroby, którzy ze względu na ograniczenia mogą nie dojechać się pomocy.

Widzimy jednak, że są przychodnie, w których lekarze wykonują tylko teleporady, popadając w stan, który spełnia kryteria zespołu pourazowego, pewnie związany z sytuacją zamknięcia i izolacji społecznej. Myślę, że potrzebują oni pomocy i wsparcia. Uważam także, że każdy medyk ma pełne prawo odmówić skierowania do pracy z chorymi zakażenie, jeśli pracodawca nie zapewnia obowiązującego w standardach zabezpieczenia osobistego, i krótkiego przeszkolenia, bo umierający bezmyślnie bohaterowie nie są nikomu potrzebni. ■



OBOWIĄZKI SŁUŻBOWE A COVID-19

Nakaz pracy do walki z epidemią

Komu można nakazać świadczenie pracy przy zwalczaniu epidemii? Co ze stażystami i lekarzami w trakcie specjalizacji? Kogo obejmują wyłączenia?

TEKST **BEATA WIERZCHOWSKA**,
RADCA PRAWNY NIL

Zakres podmiotowy osób, które mogą zostać zobowiązane do świadczenia pracy przy zwalczaniu epidemii w ramach reżimu administracyjno-prawnego, jest określony w przepisach ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 z późn. zm.). Zgodnie z art. 47 ust. 1 tej ustawy, do świadczenia pracy przy zwalczaniu epidemii mogą być skierowani:

- 1) pracownicy podmiotów leczniczych;
- 2) osoby wykonujące zawody medyczne oraz osoby, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych;
- 3) inne osoby, jeżeli ich skierowanie jest uzasadnione aktualnymi potrzebami podmiotów kierujących zwalczaniem epidemii.

Ponadto, zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r., poz. 514), w czasie trwania katastrof, epidemii i klęsk żywiołowych lekarz wykonujący zawód może być powołany do udzielania pomocy lekarskiej w celu zwalczania skutków tych zdarzeń. Przepis ten dotyczy jedynie lekarza czynnego zawodu, nie dotyczy on tych lekarzy, którzy w chwili powołania nie wykonują zawodu.

STAŻYSTA I SPECJALIZANT

Od 1 kwietnia br. wskazany katalog osób, które można skierować do walki z epidemią, został rozszerzony poprzez zmianę ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, polegającą m.in. na dodaniu art. 15 ust. 8a-8d oraz art. 16m ust. 15-19 do tej ustawy, przez art. 2 pkt 2 i art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567 z późn. zm.).

Zgodnie ze zmienionymi przepisami, lekarze stażyści oraz lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne mogą w okresie stanu zagrożenia

epidemicznego albo stanu epidemii zostać skierowani do realizacji innych zadań niż wynikające z programu stażu albo programu specjalizacji, ale zadania te muszą być odpowiednie do poziomu wiedzy i umiejętności kierowanego lekarza. Na wniosek lekarza okres wykonywania powyższych działań może zostać zaliczony do okresu odbywania stażu/szkolenia. Skierować do wykonywania działań związanych ze zwalczaniem epidemii mogą:

- 1) wojewoda na podstawie decyzji wydanej w oparciu o art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przy czym to skierowanie może dotyczyć zarówno jednostki, w której lekarz odbywa staż/szkolenie, jak i do innej jednostki;
- 2) pracodawca, jeżeli nie została wydana decyzja wojewody o skierowaniu lekarza do wykonywania zadań przy zwalczaniu epidemii.

Wykonywane zadania na podstawie skierowania pracodawcy lub decyzji wojewody mają być dostosowane do poziomu wiedzy i umiejętności kierowanego lekarza stażysty oraz podlegać nadzorowi i kierownictwu lekarza specjalisty wyznaczonego przez kierownika jednostki,



Skierować do wykonywania działań związanych ze zwalczaniem epidemii mogą: wojewoda i pracodawca.



Osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego oraz osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do lat 18 nie mogą zostać skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii.

do której został skierowany lekarz stażysta. Na wniosek lekarza stażysty minister zdrowia może uznać okres wykonywania pracy na podstawie skierowania, w którym lekarz nie realizował programu stażu podyplomowego, za równoważny z realizowaniem tego programu stażu.

W przypadku lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, na jego wniosek dyrektor CMKP może uznać, w drodze decyzji, okres, w którym lekarz ten nie realizował programu specjalizacji, za równoważny z realizowaniem tego programu, jeżeli w okresie tym realizował zadania na podstawie skierowania pracodawcy lub decyzji wojewody. Dodatkowo wprowadzono zwolnienie lekarza z obowiązku odbycia jednego, ostatniego kursu w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli odbycie tego kursu jest niemożliwe w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, a do jego odbycia konieczne byłoby przedłużenie specjalizacji o okres przekraczający trzy miesiące, pod warunkiem że zrealizował wszystkie inne kursy objęte programem specjalizacji.

Zasady wskazane wyżej stosuje się także odpowiednio do lekarza stażysty / lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej.

WYŁĄCZENIA

Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiotach udzielających

świadczeń pacjentom z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 najbardziej narażają swoje życie i zdrowie, walcząc na pierwszej linii epidemii. Jak najbardziej zasadne są więc wyłączenia wskazane przez ustawodawcę. Stosownie do treści art. 47 ust. 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii nie podlegają:

- osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat;
- kobiety w ciąży;
- osoby samotnie wychowujące dzieci w wieku do 18 lat;
- osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat;
- osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;
- osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;
- inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi;
- osoby, o których mowa w art. 2 ustawy z 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe, oraz posłowie i senatorowie Rzeczypospolitej Polskiej.

Katalog wyłączeń od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii zawiera zarówno przyczyny trwałe (np. przekroczenie granicy wieku 60 lat),

jak i przejściowe (ciąża, wychowywanie dzieci). Jeśli dziecko w wieku powyżej 14 lat jest wychowywane przez dwoje rodziców, którym przysługuje władza rodzicielska, wówczas do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowany wyłącznie jeden z nich, o czym stanowi art. 47 ust. 3a tej ustawy. Z kolei osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego oraz osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do lat 18 nie mogą zostać skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Zmiana okoliczności wyłączających skierowanie do zwalczania epidemii powoduje obowiązek aktualizacji danych przekazanych wojewodzie w celu odpowiedniej korekty wojewódzkiego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii.

Warto przy tej okazji zwrócić uwagę na odmienną sformułowań użytych przez ustawodawcę w art. 47 ust. 1 i 2 oraz w art. 47 ust. 3 – w cytowanych przepisach ustawodawca posłużył się odmienną konstrukcją językową do wyrażenia normy prawnej: w art. 47 ust. 1 i 2 mówi się o „skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii”, a w art. 47 ust. 3 o wyłączeniu przypadków skierowania „do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii”. Można zatem wywodzić, że ustawodawca wyróżnił dwa odrębne stany prawne, a w konsekwencji może dojść do sytuacji, gdzie lekarz, który ukończył 60 lat i prowadzi indywidualną praktykę lekarską, czyli jest osobą wykonującą zawód medyczny, może być skierowany do zwalczania epidemii, jednakże nie może zostać skierowany do prac związanych z ryzykiem zakażenia przy zwalczaniu epidemii. ■

Sprostowanie

W artykule „Bycie biegłym to obciążenie” (nr 04/2020 „Gazety Lekarskiej”) wkraśl się błąd. Zamiast „Lekarz **bez specjalizacji** za godzinę pracy przy sporządzaniu opinii jako biegły otrzymuje od 22,9 zł do 32,39 zł” powinno być „Lekarz **bez stopnia czy tytułu naukowego** za godzinę pracy przy sporządzaniu opinii jako biegły otrzymuje od 22,9 zł do 32,39 zł”. Za pomyłkę przepraszamy.

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

**UCHWAŁA Nr 2/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 03 kwietnia 2020 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie terminów
posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej
w roku 2020**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965, z późn. zm.) w zw. z art. 14h ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, 567, 568) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 33/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 października 2019 r. w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2020 znosi się termin posiedzenia wyznaczony na dzień 18 kwietnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA NR 3/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 03 kwietnia 2020 r.**

**w sprawie przekazania Fundacji Lekarze
Lekarsom środków finansowych na wsparcie
finansowe dla lekarzy i lekarzy dentyistów oraz
ich rodzin, w tym na zakup środków ochrony
osobistej lekarzy i lekarzy dentyistów**

Na podstawie art. 114 ust. 1 i 3 i art. 5 pkt 14, 19 i 23 w zw. z art. 39 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) w zw. z art. 14h ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, 567, 568) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Przekazuje się powołanej przez Naczelną Radę Lekarską Fundacji Lekarze Lekarsom środki zgromadzone na Funduszu celowym, utworzonym uchwałą Nr 49/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 marca 2020 r., w tym kwotę 2.000.000 złotych (słownie: dwa miliony złotych) pochodzącą z funduszy własnych Naczelnej Izby Lekarskiej oraz kwotę stanowiącą równowartość odpisu składki za

miesiąc marzec 2020 r. przekazywaną do Naczelnej Izby Lekarskiej przez okręgowe izby lekarskie szacowaną na około 1.300.000 złotych (słownie: milion trzysta tysięcy złotych).

2. Środki, o których mowa w ust. 1, zostaną przeznaczone na wsparcie finansowe dla lekarzy i lekarzy dentyistów oraz ich rodzin, związane z epidemią wirusa SARS-Cov-2, w zakresie wynikającym z uchwały, o której mowa w ust. 1.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 4/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 03 kwietnia 2020 r.
uchylająca uchwałę w sprawie zwołania
Nadzwyczajnego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy**

Na podstawie art. 37 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) w zw. z art. 14h ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, 567, 568) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Wobec stanu epidemii na terenie całego kraju wraz z wynikającymi z tego konsekwencjami, w tym m.in. ograniczeniem możliwości organizacji kongresów, konferencji, spotkań oraz prowadzenia działalności hotelarskiej, mając na uwadze konieczność sprawowania przez lekarzy opieki nad pacjentami oraz związanym z tym brakiem możliwości zorganizowania w dniach 22-24 maja 2020 r. Nadzwyczajnego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy uchyla się uchwałę nr 18/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 marca 2019 r. w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy.

§ 2.

Upoważnia się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia, po ustąpieniu stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego w kraju, starań zmierzających do ustalenia możliwego ze względów organizacyjnych i bezpiecznego ze względów zdrowotnych terminu Krajowego Zjazdu Lekarzy.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**APEL Nr 1/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 26 marca 2020 r.
do Prezesa Rady Ministrów
o ogłoszenie stanu klęski żywiołowej**

W imieniu środowiska lekarskiego, kierując się troską o stan zdrowia wszystkich mieszkańców naszego kraju, Naczelna Rada Lekarska apeluje do Prezesa Rady Ministrów o wprowadzenie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu klęski żywiołowej z powodu rozszerzającej się epidemii koronawirusa COVID-19.

Rosnące statystyki zakażeń wskazują, że nasz kraj znajduje się w fazie dynamicznego rozszerzania się epidemii. Najbliższe 30 dni okaże się kluczowe w walce z wirusem. Wprowadzenie stanu klęski żywiołowej na ten okres rozszerzy możliwości zastosowania środków prawnych ograniczających do niezbędnego minimum wszelkie przejawy aktywności publicznej, zawodowej i społecznej, która w krytycznym okresie epidemii może powodować nie tylko istotne zwiększenie zagrożenia dla życia i zdrowia obywateli, ale także przedłużenie epidemii.

Doświadczenia innych krajów, w których epidemia rozpoczęła się wcześniej niż w Polsce, wskazują, że aby całkowicie wygasić jej ogniska, ograniczenia zgromadzeń, zakazy organizacji imprez masowych powinny być utrzymane tak długo, jak długo stwierdzane będą nowe przypadki zachorowań. W tym stanie rzeczy Państwo Polskie nie będzie mogło zapewnić swoim obywatelom bezpieczeństwa życia i zdrowia podczas egzaminów ósmoklasisty, egzaminów maturalnych, a także wyborów prezydenckich, co w sposób oczywisty powinno prowadzić do ich odłożenia w czasie. Walka o zdrowie i życie obywateli naszego kraju w czasie epidemii wymaga poświęceń od wielu lekarzy i lekarzy dentyistów, a także wsparcia i odpowiedzialnych decyzji rządzących w imię obywatelskiej wartości najwyższych dla naszego istnienia.

W najnowszej historii naszego kraju jest wiele budujących przykładów, kiedy polityczna i partyjne cele ustępowały miejsca obronie życia i zdrowia obywateli. O to i my, lekarze, apelujemy. Codziennie walczymy o każdego pacjenta i wiemy, ilu nieszczęściom można zapobiec. Nasza lekarska powinność nakazuje nam nie tylko leczyć, ale i zapobiegać. Dlatego nasz apel jest wołaniem o uniknięcie niepotrzebnych narażeń, cierpień i strat.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

Pracownicy służby zdrowia z całego świata,

żyjemy w bezprecedensowych czasach pandemii. Codziennie musimy stawiać czoła nowym i trudnym wyzwaniom. Jednym z nich jest rozmowa z chorymi lub ich bliskimi. Są to rozmowy, których wielu z nas nigdy wcześniej nie przeprowadzało, i których nikt z nas nie chciałby przeprowadzać.

Niniejszy poradnik dostarcza wskazówek, jak rozmawiać na ważne tematy dotyczące opieki nad chorymi w czasach pandemii COVID-19. Poradnik ten napisali lekarze praktycy z Seattle.

„Mieliśmy tu pacjentów, którzy umierali, nie wszyscy byli w podeszłym wieku. Wśród chorych byli również nasi koledzy po fachu. Dostawaliśmy telefony z całego kraju, jak poradzić sobie z falą zachorowań. Wtedy uświadomiliśmy sobie, że nasza praca naraża na niebezpieczeństwo naszych bliskich w domu, tych, których kochamy. To, co obserwujemy teraz, to jak fala tsunami. Zwłaszcza to, co wydarzyło się ostatnio we Włoszech. Trudno przejść nad tym do porządku. To nie jest coś, co zostawiasz w pracy i spokojnie wracasz do domu.”

Ale jest również całkiem inna strona tsunami COVID-19. Wszyscy nasi koledzy włączają się w działanie. Ludzie wspierają się nawzajem w różny, czasem nieoczekiwany, piękny sposób. Razem stajemy się mocniejsi. Działamy razem, wspólnie – z empatią, poświęceniem, poczuciem dobrze spełnionego obowiązku i służby ludziom.

Budujemy nasze doświadczenie w przeprowadzaniu trudnych rozmów. Dzielimy się tym doświadczeniem. Poradnik nadal nie jest kompletny, nadal nie jest idealny, ale jest jakimś początkiem, początkiem czegoś ważnego.

Przekazujemy to opracowanie do wolnej dystrybucji. Przesyłajcie go mailem, linkami etc.
To, o co prosimy, kiedy zaczniecie go już używać:

- dołączajcie do maili nasze logo VitalTalk: 
- wspomnijcie o nas, dopisując „zaczepnięte z VitalTalk”
- zaznaczcie, że najnowszą wersję ciągle aktualizowanego poradnika można znaleźć na stronie:
<https://www.vitaltalk.org/guides/covid-19-communication-skills/>



Pomóżcie nam ulepszyć ten poradnik – co pominęliśmy, czego brakuje, co w nim nie działa. Kolejne wersje mogą stać się lepsze właśnie dzięki wam. Piszcie do: **tonyback@uw.edu** i **info@vitaltalk.org**.

Uważajcie na siebie. Nasz świat potrzebuje was i waszych opinii, życzliwości, aspiracji i siły.

Dziękujemy.

Alaa Albashayreh, MSN, RN; Patrick Archimbault MD; Bob Arnold MD; Darren Beachy MTS; Yvan Beaussant MD; Brynn Bowman MPA; Colleen Christmas MD; Randy Curtis MD MPH; James Fausto MD; Lyle Fettig MD; Jonathan Fischer MD; Michael Fratkin MD; Christina Gerlach MD; Marian Grant DNP; Caroline Hurd MD; Margaret Isaac MD; Josh Lakin MD MD; Elke Lowenkopf MD; Joanne Lynn MD; Nick Mark MD; Diane Meier MD; Susan Merel MD; Tona McGuire PhD; Kathryn Pollak PhD; James Tulskey MD; Tali Sahar MD; Vicki Sakata MD; The John A. Hartford Foundation; Cambia Health Foundation

PYTANIA PACJENTA LUB JEGO BLISKICH	TWOJA ODPOWIEDŹ
Dotyczące wykonywania testów	Kiedy pacjent martwi się, że może być zainfekowany wirusem
Dlaczego testy nie są wykonywane u wszystkich?	Nie mamy odpowiedniej liczby zestawów do przeprowadzania testów. Chciałbym/-abym, abyśmy mieli.
Dlaczego wykonanie testu trwa tak długo?	W laboratorium wykonują test najszybciej, jak mogą. Wiem, że to długie oczekiwanie jest trudne.
Dlaczego sportowcy mieli wykonane testy od razu?	Nie znam szczegółów, ale mogę powiedzieć, że to była inna sytuacja. Sytuacja zmienia się tak szybko, że to, co robiliśmy tydzień temu, nie zawsze można wykonać dzisiaj.
Dotyczące decyzji pacjenta	Kiedy pacjent nie wyraża zgody na przyjęcie do szpitala
Boję się tego nowego wirusa. Co powinienem zrobić?	Ma pan/pani prawo się obawiać. Oto, co można zrobić: proszę ograniczyć kontakty z innymi osobami i upoważnić kogoś – pełnomocnika, czyli osobę, którą dobrze pan/pani zna, aby rozmawiał z lekarzem, jeśli będzie pan/pani rzeczywiście chory/-a. Jeśli pan/pani myślał/a już o tym i wie, że nie chce umierać w szpitalu podłączony/-a do aparatury, powinien/na pan/pani powiedzieć to lekarzowi i pełnomocnikowi.
Ja wiem, że nie jestem osobą zdrową, nawet bez tego nowego wirusa. Wolę zostać w domu.	Dziękuję, że pan/pani mi to mówi. Czy to znaczy, że nie chciałby/aby pan/pani pójść do szpitala, nawet jeśli będziemy podejrzewać u pana/pani wirusa? Czy dobrze rozumiem?
Nie chcę kończyć mojego życia jak „warzywo” – podłączony/a do szpitalnych maszyn.	Szanuję to. Chciałbym/-abym więc panu/pani coś zaproponować. Będziemy się panem/panią opiekować. W najlepszym przypadku okaże się, że nie ma wirusa. W najgorszym – że jednak jest pan/pani zakażony/a i będziemy starali się zapewnić panu/pani komfort i ulgę w przypadku nasilenia się objawów tak długo, ile pan/pani będzie z nami.
Jestem pełnomocnikiem tego pacjenta. Wiem, że jego stan zdrowia jest zły – prawdopodobnie i tak nie przeżyłby z powodu infekcji koronawirusem. Czy musicie go zabierać do szpitala?	To bardzo pomocne móc rozmawiać z panem/panią o pacjencie. Dziękuję. Jeśli jego stan pogorszy się, możemy zdecydować o opiece paliatywnej/hospicjum. Planujmy, co zrobić, gdy nastąpi pogorszenie, ale działamy, mając nadzieję na poprawę.
Dotyczące segregacji chorych	Kiedy zapada decyzja, gdzie pacjent powinien być leczony
Dlaczego nie mogę pójść do szpitala?	Naszą troską jest zapewnienie panu/pani bezpieczeństwa. Mamy wytyczne, kogo należy przyjmować do szpitala. Proszę odpowiedzieć na pytania. To może przyspieszyć sprawę dla pana/pani i innych.
Dlaczego trzymacie mnie z daleka od szpitala?	Na pewno chciałby/-aby pan/pani mieć zapewnioną jak najlepszą opiekę. Obecnie szpital jest miejscem przede wszystkim niebezpiecznym dla pana/pani i takim będzie do momentu, kiedy nie zacznie pan/pani go rzeczywiście potrzebować. Najbezpieczniej dla pana/pani jest...
Dotyczące przyjęcia do szpitala	Kiedy stan pacjenta wymaga przyjęcia do szpitala lub na OIOM
To znaczy, że mam wirusa, który powoduje COVID-19?	Dzisiaj pobierzemy wymaz. Jutro będzie wynik. To zrozumiałe, że czekanie na wynik badania jest stresujące. Proszę starać się czymś zająć, aby zachować wewnętrzną równowagę.
Jak źle to wygląda?	Z informacji, jakie mamy w oparciu o przeprowadzone badania, pana/pani sytuacja zdrowotna jest na tyle poważna, że powinien/powinna pan/pani pozostać w szpitalu. Wyniki będą jutro. Powiadomimy pana/panią.

Czy mój dziadek wyjdzie z tego?	Wyobrażam sobie, że jest pan/pani przerażony/a. Muszę jednak uprzedzić, że ponieważ pana/pani dziadek ma 90 lat i wiele innych chorób, jest prawdopodobne, że już nie wyjdzie ze szpitala. Chociaż nikt nie może mieć dziś takiej pewności.
To znaczy, że nikt mnie nie może odwiedzić?	Wiem, że to niemiłe i trudne, nie mieć żadnych odwiedzin w szpitalu. Ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa jest tak wysokie, że niestety nie mogę wyrazić zgody na odwiedziny. To niepotrzebnie naraziłoby osoby pana/panią odwiedzające. Chciałbym, aby było inaczej. Proszę komunikować się z bliskimi przez telefon, chociaż wiem, że to nie to samo.
Jak pan/pani może zabronić mi odwiedzin?	Ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa jest tak wysokie, że niestety nie możemy wyrazić zgody na odwiedziny. Możemy pomóc panu/pani kontaktować się z innymi za pomocą elektronicznych komunikatorów. Żałuję, że nie mogę pozwolić na wizyty, bo wiem, jak to jest ważne dla chorej osoby. Przykro, ale teraz to nie jest możliwe.
Dotyczące potrzeby usłyszenia porady	Kiedy pacjent obawia się, że nie poradzi sobie w sytuacji zakażenia lub jest bardzo emocjonalny
Jestem przerażony.	To jest trudna sytuacja. Każdy byłby przerażony. Porozmawiajmy o tym...
Proszę dać mi nadzieję.	Jakiego pocieszenia pan/pani się spodziewa? Proszę sprecyzować, abym lepiej zrozumiał.
Jesteście niekompetentni!	Widzę, że nie jest pan/pani zadowolony/a z powodu tego, co się wokół dzieje. Robię, co w mojej mocy, aby poprawić pana/pani sytuację. Co więcej mam zrobić, aby pomóc?
Chcę rozmawiać z twoim przełożonym!	Widzę, że jest pan/pani sfrustrowany/a. Poproszę mojego szefa, aby przyszedł tak szybko, jak to możliwe. Proszę zrozumieć, w obecnej sytuacji staramy się sprostać wielu wyzwaniom.
Czy ja mam się z innymi już pożegnać?	Mam nadzieję, że sytuacja nie jest aż tak poważna i że najgorsze wkrótce minie. Czego pan/pani najbardziej się obawia?
Dotyczące podejmowania decyzji	Kiedy stan pacjenta jest poważny i nie można rokować poprawy – ustalenie celów opieki
Zróbcie wszystko, co możliwe, ja chcę żyć.	Robimy wszystko, co możliwe. To trudna sytuacja. Chciałbym szerzej spojrzeć na pana/pani potrzeby: proszę mi więcej powiedzieć o sobie, czy jest jeszcze coś, co mogłoby polepszyć naszą opiekę nad panem/panią?
Nie sądzę, aby mój mąż/żona chciałby/aby tego.	A więc zastanówmy się, czego pana żona / pani mąż chciałby/aby w takiej sytuacji. Proszę mi powiedzieć, co zawsze uważał/a za najważniejsze w swoim życiu? Co nadawało największą wagę jego/jej życiu?
Ja nie chcę umierać jak „warzywo”, podłączony do szpitalnych urządzeń.	Dziękuję. Jest to dla nas istotne. Czy może pan/pani powiedzieć coś więcej, co ma pan/pani na myśli?
Ja nie mam pewności, że mój mąż / moja żona życzyłby/aby sobie tego. Nigdy o tym nie rozmawialiśmy.	Wyobrażam to sobie. Wielu ludzi jest teraz w podobnej sytuacji. To jest bardzo trudne, ale musimy rozmawiać otwarcie. Biorąc pod uwagę cały obecny stan zdrowia pana żony / pani męża, jeśli podłączymy ją/go teraz do respiratora lub będziemy musieli podjąć reanimację – niestety nie zmieni to wyniku leczenia. Szanse na poprawę są małe. Uważam, że powinniśmy zaakceptować, że pana żona / pani mąż umiera i pozwólmy jej/mu odejść w spokoju. Ja wiem, że bardzo trudno jest usłyszeć coś takiego. Proszę powiedzieć, co pan/pani myśli?

Dotyczące konieczności selekcji z powodu braku sprzętu	Kiedy istniejące ograniczenia zmuszają cię do dokonywania wyboru i nawet decyzji o przydziale środków opieki
Dlaczego mój/moja 90-letni/a dziadek/babcia nie może pójść na OIOM?	K.* To jest wyjątkowa sytuacja. Staramy się wykorzystać istniejące środki leczenia i opieki w sposób najbardziej sprawiedliwy dla wszystkich. Pana/pani dziadek/babcia nie spełnia dzisiaj kryteriów do leczenia na OIOM-ie. Chciałbym, aby było inaczej.
Czy nie powinienem/nam być przyjęty/a na OIOM?	K. Pana/pani sytuacja obecnie nie spełnia kryteriów przyjęcia na OIOM. Szpital musi stosować się do specjalnych zaleceń przy kierowaniu chorych do leczenia na OIOM-ie. Staramy się wykorzystywać dostępne środki leczenia w sposób sprawiedliwy dla wszystkich. Gdyby ta sytuacja zaistniała rok temu, może decyzja byłaby inna. Teraz mamy wyjątkowy czas. Chciałbym/-abym, aby było inaczej.
Moja babcia musi iść na OIOM! Inaczej umrze!	K. Ja wiem, że pan/pani jest przerażony/a tą sytuacją. Ja też martwię się o pana/pani babcię. Wirus jest tak zjadliwy, że nawet gdybyśmy przenieśli pana/pani babcię na OIOM, to nadal nie jestem pewny, czy zmieniłoby to wynik leczenia. Musimy się przygotować, że pana/pani babcia może umrzeć. Zrobimy wszystko, co możliwe, aby poprawić jej stan.
Pan/pani ją dyskryminuje, ponieważ jest starszym człowiekiem!	K. Wiem, że można tak na to spojrzeć. Nie, my nie dyskryminujemy starszych osób. Postępujemy zgodnie z wytycznymi, które ustalono w szerokiej społeczności na wypadek wystąpienia takiej sytuacji, jaka właśnie nastąpiła. Te wytyczne były ustalane przez lata, przez osoby reprezentujące różne zawody, planujące funkcjonowanie systemu opieki; etyków oraz takich ludzi jak pan/pani po to, aby ustalić wszystkie za i przeciw. Ja wiem, że pan/pani bardzo martwi się o babcię.
Pan/pani traktuje nas inaczej z powodu naszego (innego) koloru skóry!	K. Podejrzewam, że miał/a pan/pani w przeszłości przykre doświadczenie z przedstawicielami służby zdrowia z powodu tego, kim pan/pani jest. To niesprawiedliwe, i chciałbym/-abym, aby było inaczej. Dzisiejsza sytuacja jest tak napięta, że środki medyczne, którymi dysponujemy, są ograniczone. Musimy stosować się do zaleceń, które ustaliło społeczeństwo składające się z takich ludzi jak pan/pani, dzięki temu mamy pewność, że postępujemy sprawiedliwie. Nie zgadzam się, aby ludzie byli traktowani inaczej z powodu innego koloru skóry.
Wygląda na to, że to pan/pani decyduje, co komu się należy!	K. Staramy się rozdysponować środki opieki, jakie mamy, w jak najlepszy sposób, możliwie dla jak największej liczby chorych pacjentów. Chciałbym, abyśmy mogli zaoferować więcej dla każdego pacjenta.
Pan/pani bawi się w Pana Boga! Panu/pani nie wolno tego robić!	K. Przykro mi. Nie chciałbym, aby pan/pani miał/a takie odczucie. W całym mieście każdy szpital stara się wykorzystywać swoje środki w sposób, który jest sprawiedliwy dla wszystkich. Wiem, że to nie wystarcza. Chciałbym, abyśmy dysponowali większymi możliwościami. Proszę zrozumieć, my wszyscy pracujemy tak ciężko, jak to tylko możliwe.
Czy nie możecie zdobyć skądś 15 więcej respiratorów?	K. Obecnie szpital pracuje powyżej swoich możliwości. Nie możemy zwiększyć naszych środków w ciągu jednej nocy. Wiem, że jest to trudne dla pana/pani do zaakceptowania.
Jak możecie tak po prostu wyłączyć respirator, jeśli jego/jej życie zależy od tego urządzenia?!	K. Przykro mi, ale jego/jej stan jest coraz gorszy, pomimo że robimy wszystko, co możliwe. Ponieważ teraz nastał wyjątkowy czas, musimy stosować specjalne wytyczne, które dotyczą nas wszystkich. My nie możemy kontynuować intensywnej terapii u kogoś, kogo stan się nie poprawia. To znaczy, że musimy zaakceptować, że taki pacjent umrze. Dlatego wyłączamy respirator. Chciałbym, aby ta sytuacja była inna.

Dotyczące przekazywania informacji	Kiedy rozmawiasz z kimś przez telefon
Jestem córką/synem chorego/chorej. Mieszkam 5 godzin drogi stąd.	Muszę panią/pana o czymś poinformować. Czy może teraz pani/pan rozmawiać?
O co chodzi? Coś się stało?	Dzwonię z powodu pani/pana ojca. Zmarł przed chwilą. Przyczyną jest COVID-19.
(płacz)	Przykro mi z powodu pani/pana straty (cisza). Jeśli czujesz, że powinieneś coś powiedzieć: Proszę się nie spieszyć. Jestem tutaj.
Ja czułam/em, że coś się stanie, ale nie wiedziałam/em, że to nastąpi tak szybko.	Mogę sobie tylko wyobrazić, jakie szokujące jest to dla pani/pana (cisza). Czekaj, aż zaczniesz mówić pierwsza/y.

TWOJE OCZEKIWANIA I OBAWY	KIEDY MARTWISZ SIĘ TYM, CO MOŻE NASTĄPIĆ
Czego się obawiasz?	Co możesz zrobić:
Syn/córka tego pacjenta na pewno będzie bardzo zdenerwowany/a.	Przed wejściem do pokoju weź głęboki oddech: co jest powodem jego/jej zdenerwowania/gniewu – miłość syna/córki? Odpowiedzialność? Strach?
Nie wiem, jak powiedzieć tej staruszce, że nie mogę jej przenieść na OIOM i że wkrótce umrze.	Pamiętaj o tym, co możesz zrobić: możesz słuchać, o co pacjent martwi się najbardziej. Powiedz jej, co się wydarzy i że możesz jej pomóc przygotować się i że będziesz przy niej. To twoje dary dla niej.
Będę przez cały dzień pracował z pacjentami zakażonymi wirusem i przeniosę go na inne bliskie mi osoby: w rodzinie, pracy etc..	Porozmawiaj z tymi osobami, o tym, czego się obawiasz. Możecie razem zdecydować, co dla was najlepsze. Nie ma prostych odpowiedzi. Zmartwienia łatwiej znieść, jeśli dzielisz je z innymi.
Czuję się wypalony, tracę serce do tej pracy.	Popatrz na takie chwile w każdym dniu, kiedy łączysz się z kimś, dzielisz się czymś i cieszysz się z czegoś. Czy jest możliwe znaleźć odrobinę spokoju i ciepła nawet w środku wiru wydarzeń?
Obawiam się, że będę tak tym wszystkim przejęty, że nie będę w stanie robić tego, co najlepsze dla moich pacjentów.	Staraj się analizować stan twojego umysłu i ducha zawsze, gdy masz na to czas. Gdy jedno silne uczucie już ulegają zatarciu, a inne ciągle trwają – zatrzymaj się i oceń, gdzie jesteś. Pamiętaj, jakkolwiek jest twój stan ducha, wszystkie takie uczucia są nierozdzielnie połączone z ludzką naturą. Staraj się je zaakceptować. Nie neguj ich. Wtedy zdecydujesz, czego potrzebujesz.
ŻAŁOBA	KIEDY TWÓJ PACJENT UMARŁ
Co myślisz:	Co możesz zrobić:
Powinienem być uratować tego pacjenta.	Zauważ: czy rozmawiam ze sobą tak, jakbym rozmawiał/-a z przyjacielem? Wycofaj się na chwilę i przeanalizuj swoje uczucia. Co czuję – smutek? Frustrację? Zmęczenie? Wszystkie te uczucia są normalne, ale te czasy są wyjątkowo nienormalne...
Jak to możliwe, że brakuje nam potrzebnego sprzętu (ten pacjent był bardzo ważny dla mnie). Wszystko, co robię, idzie na marne.	Zauważ: czy pozwalam, aby wszystko tak mnie osobiście dotykało? Przecież te wszystkie analizy dotyczą sytuacji zewnętrznej. To wszystko jest takie smutne, beznadziejne i żałosne. W obecnej sytuacji można spodziewać się natłoku takich myśli. Nie powinniśmy dać się im wciągnąć. Możemy to wszystko analizować, odczuwać i rozmawiać o tym. A wtedy zadaj sobie pytanie: czy mogę zachować wewnętrzną równowagę bez poddawania się tym emocjom i podjąć się następnego zadania?

*K – tylko w czasie kryzysu środków.

Wskazówki do stosowania tylko w sytuacji, gdy szpital/trust/instytucja zadeklarowała przyjęcie standardów opieki w stanie kryzysowym lub wystąpił nagły, masowy wzrost zachorowań. Gdy stan kryzysowy zmieniający standardy opieki lub stan wzrostu zachorowań minie, **NIE STOSOWAĆ** tych wskazówek.

KOMUNIKAT PREZYDIUM NRL

Kilka porad na trudne czasy

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, regulującymi zasady wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry, nie możemy odmówić pomocy w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, także wtedy, gdy wiąże się to z narażeniem własnego zdrowia czy nawet życia. **

1. Odmowa pomocy w tej sytuacji może skutkować odpowiedzialnością karną i zawodową, ale mając pełne prawo do dbania też o własne zdrowie – w miarę możliwości i czasu – powinniśmy zabiegać o wsparcie czy pomoc, np. policji lub innych służb, najlepiej w obecności świadków czy na piśmie.
2. Wykonując swój zawód, zawsze obowiązani jesteśmy postępować zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi.
3. Nasz pracodawca może powierzyć nam wykonywanie obowiązków innych od dotychczasowych, co zdarza się dzisiaj coraz częściej, w sytuacji narastającej epidemii, w oparciu o zapisy Kodeksu Pracy i przepisy szczególne.

- Ważne jest w tym przypadku to, jak szczegółowo sformułowane zostało miejsce pracy w zawartej przez nas umowie o pracę, czy jest to np. szpital, czy konkretna komórka organizacyjna, np. oddział.
- W trosce o swoją odpowiedzialność, także zawodową, domagajmy się wszystkich takich decyzji w formie pisemnej.
- W sytuacji, gdy wykonywanie nowych obowiązków przekracza nasze kwalifikacje czy umiejętności, powinniśmy to bezwzględnie zakomunikować osobie kierującej na piśmie lub w obecności świadków.

Podobne opracowania mają być przygotowywane w odpowiedzi na potrzeby lekarzy sygnalizowane samorządowi lekarskiemu. ■

** Nie oznacza to jednak, że pracodawca może lekceważyć ciążący na nim, wynikający z przepisów Konstytucji oraz Kodeksu pracy, obowiązek zapewnienia pracownikom odpowiednich środków ochrony indywidualnej. Sytuacja, w której pracodawca nie zapewnia pracownikom żadnych środków ochrony indywidualnej, które powinny być stosowane w celu zminimalizowania ryzyka zarażenia chorobą zakaźną, narażając ich w ten sposób na bezpośrednie zagrożenie ich życia lub zdrowia, może być w skrajnym przypadku oceniana jako potencjalna podstawa do powstrzymania się pracownika od pracy – także w przypadku pracowników, których obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie życia ludzkiego lub mienia. Odstąpienie od świadczenia pracy w takich warunkach musi jednak być niezwykle starannie rozważone. Pamiętać bowiem należy o zasadzie *salus aegroti suprema lex esto*, która jest podstawą naszego najwyższego prawa – Kodeksu Etyki Lekarskiej.



GŁOS SAMORZĄDU

Komunikat Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej ws. określania przyczyn zgonów w czasie pandemii

GRZEGORZ WRONA, NACZELNY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

26

marca 2020 r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny opublikował wytyczne dotyczące określania przyczyn zgonów, a 1 kwietnia br. dokonał modyfikacji tych wytycznych.

Wytyczne być może są związane z pojawiającymi się wątpliwościami o poprawności podawanych do publicznej wiadomości danych o zgonach związanych z zakażeniami SARS-CoV-2.

Sporządzenie przez lekarza karty zgonu jest niewątpliwie orzeczeniem (zaświadczeniem), o którym mowa w naszej ustawie (art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) i w Kodeksie Etyki Lekarskiej (art. 41). Szczególnie w okresie epidemii ważnym jest, aby lekarze dokumentujący przyczynę zgonu stosowali jednolite zasady w zakresie właściwego wyboru wyjściowej przyczyny zgonu.

Poprawione wytyczne umożliwiają lekarzowi orzeczenie COVID-19 jako wyjściowej przyczyny zgonu na

podstawie pełnej wiedzy opartej także o rzetelnie zebrany wywiad lekarski, a nie tylko o wynik testu. Te wytyczne są do zastosowania również w sytuacji zgonów przedszpitalnych.

Orzekając, opierajmy się o starannie zgromadzone fakty, nie poddajmy się naciskom osób nieposiadających pełnej wiedzy o chorym, wówczas wątpliwości co do danych tworzonych na podstawie naszych orzeczeń nie będzie.

Zwolnienie z obowiązku umieszczenia kodów ICD-10 nie oznacza, że musimy od tego odstąpić. ■

Wytyczne dotyczące kodowania zgonów związanych z epidemią koronawirusa wywołującego COVID-19 (NIZP-PZH):
<https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/04/wytyczne-do-karty-zgonu-01.04.2020-1.pdf>



Telemedycyna – poradnik dla lekarzy i pacjentów

W warunkach panującej epidemii zdalne konsultacje stały się bardzo powszechne. Teleporady ograniczają kontakt pomiędzy pacjentami, pozwalają uniknąć przebywania w dużych skupiskach ludzi, np. w poczekalniach, przez co pomagają w ograniczeniu ryzyka zakażenia.

Jednak jeszcze do niedawna telemedycyna rozwijała się w Polsce powoli i wciąż wielu lekarzy ma wątpliwości, jak należy poprawnie udzielać porad medycznych przez telefon i komputer. Na nową formę świadczeń też nie wszyscy pacjenci są przygotowani. Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza opracowała poradniki dla lekarzy i pacjentów, które dostarczają potrzebnych informacji. Opracowany przez ekspertów materiał wyjaśnia zasady

udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności z poszanowaniem aktualnie obowiązującego prawa, w szczególności praw pacjenta i ochrony danych osobowych. Z kolei materiał adresowany do pacjentów ma zachęcać do korzystania z telemedycyny oraz udzielać wskazówek, jak poprawnie zachowywać się podczas teleporady. Obie publikacje są dostępne bezpłatnie do pobrania na stronie internetowej <http://telemedycyna-poradnik.pl>.

Patronami publikacji są m.in. minister zdrowia Łukasz Szumowski, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielewicz oraz prezes NRL Andrzej Matyja. Więcej na www.gazetalekarska.pl. ■ (Is)



WYKONYWANIE ZAWODU W STANIE EPIDEMII

Zobowiązanie do pracy w DPS

Czy wedle obowiązujących przepisów prawa podczas epidemii można nakazać lekarzowi udzielania świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej?

TEKST **WOJCIECH IDASZAK**, RADCA PRAWNY NIL

Czy wedle obowiązujących przepisów prawa podczas epidemii można nakazać lekarzowi udzielania świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej?

Domy pomocy społecznej działają na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.). Zgodnie z jej zapisami nie są podmiotami leczniczymi, nie wykonują działalności leczniczej, a tym samym nie mogą zatrudniać lekarza do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Udzielanie tych świadczeń ich mieszkańcom odbywa się na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Opieka lekarska świadczona jest poprzez zawieranie przez DPS-y umów z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (praktykami lekarskimi lub podmiotami leczniczymi), na zasadach analogicznych do wizyt domowych.

DPS-y nie zatrudniają zatem lekarzy, więc nie może dojść do „ucieczki” zatrudnionego tam lekarza, o czym ostatnio błędnie jest informowana opinia publiczna. Możliwe są natomiast sytuacje, w których podmiot wykonujący działalność



leczniczą zawiesił swą działalność (np. z uwagi na brak niezbędnych środków ochrony osobistej), zarówno stacjonarną (w siedzibie) jak i wyjazdową (w domach pacjentów czy właśnie w DPS-ach). Czy w takiej sytuacji, w warunkach stanu epidemii, można zobowiązać lekarza do pracy w DPS?

Zgodnie z treścią art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 z późn. zm.) pracownicy podmiotów leczniczych, osoby wykonujące zawody medyczne oraz osoby, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, mogą być skierowani (obowiązkowo) do pracy przy zwalczaniu epidemii przez okres do 3

miesięcy w podmiocie leczniczym lub w innej jednostce organizacyjnej wskazanej w decyzji. Tym samym przepisy tej ustawy przewidują szczególną regulację, która pozwala skierować lekarza do pracy (udzielania świadczeń zdrowotnych) również w podmiotach, które nie są podmiotami leczniczymi.

Trzeba też pamiętać, że w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii jest możliwość skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii lekarza stażysty (art. 15 ust. 8a–8d z dnia 5 grudnia 1997 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.) lub lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne (art. 16m ust. 15–19 tej ustawy). ■

W PIGULCE

RODO a aplikacje do walki z koronawirusem

W odpowiedzi na prośbę Komisji Europejskiej o konsultacje, Europejska Rada Ochrony Danych przyjęła projekt wskazówek w sprawie aplikacji wspierających walkę z pandemią COVID-19.

TEKST BEATA WIERZCHOWSKA, RADCA PRAWNY NIL

Wskazówki te dotyczyły wpływu aplikacji na ochronę danych i prywatność oraz stanowiły uzupełnienie opublikowanych 8 kwietnia zaleceń Komisji Europejskiej w sprawie aplikacji służących do ustalania kontaktów zakaźnych, określających proces tworzenia wspólnego unijnego zestawu narzędzi celem wykorzystania technologii i danych w celu zwalczania i wyjścia z kryzysu COVID-19.

Jak wynika z oświadczenia prasowego z 15 kwietnia br., EROD z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę KE dotyczącą opracowania ogólnoeuropejskiego i skoordynowanego podejścia, ponieważ pomoże ono zapewnić taki sam poziom ochrony danych

każdemu obywatelowi Europy, niezależnie od miejsca jego zamieszkania. EROD zajęła się w szczególności wykorzystaniem aplikacji do śledzenia kontaktów zakaźnych i ostrzegania, zwracając szczególną uwagę na kwestię minimalizacji ingerencji w życie prywatne oraz jednocześnie umożliwienie przetwarzania danych w celu ochrony zdrowia publicznego.

EROD uważa, że tworzenie aplikacji powinno odbywać się w sposób umożliwiający jego rozliczalność, dokumentując, wraz z oceną skutków dla ochrony danych, wszystkie wdrożone mechanizmy uwzględnienia ochrony danych w fazie projektowania oraz domyślnej ochrony danych. Ponadto kod źródłowy powinien być udostępniony publicznie w celu umożliwienia jak najszerzej jego kontroli

przez środowisko naukowe. EROD zdecydowanie popiera wniosek KE dotyczący dobrowolnego przyjęcia takich aplikacji, co powinno być dokonywane przez osoby fizyczne jako wyraz zbiorowej odpowiedzialności. Wreszcie EROD podkreśliła, że rada i jej członkowie, odpowiedzialni za doradztwo i zapewnienie prawidłowego stosowania RODO i dyrektywy o prywatności i łączności elektronicznej, powinni być w pełni zaangażowani w cały proces opracowywania i wdrażania tych środków.

W niedalekiej przyszłości EROD zamierza opublikować wytyczne w sprawie geolokalizacji i innych narzędzi śledzenia w kontekście wspierania zwalczania epidemii COVID-19. ■

Więcej na: <https://uodo.gov.pl/pl/138/1495>

WAŻNE

EROD zamierza opublikować wytyczne w sprawie geolokalizacji i innych narzędzi śledzenia w kontekście wspierania zwalczania epidemii COVID-19.

Spokojnie, to nie gronkowiec

Wielu lekarzy dentystów zastanawia się, co z odpowiedzialnością cywilną w obliczu epidemii. Na forach internetowych przewija się wątek związany z obawami o popełnienie „błędu organizacyjnego”, skutkującego zarażeniem się pacjenta wirusem SARS-CoV-2 w gabinecie stomatologicznym.

Strach przed potencjalnymi skargami i roszczeniami pacjentów wynika zapewne z tego, że odszkodowania zasądzone byłyby wcześniej z tytułu zakażeń szpitalnych.

Jak zauważają prawnicy, zakażenie SARS-CoV-2 to jednak zupełnie inna sytuacja. Ryzyko zakażenia się gronkowcem ograniczone jest do wąskiego katalogu zdarzeń, tymczasem SARS-CoV-2 można zakażać się wszędzie, a dowiedzenie tego, że do zainfekowania doszło akurat w gabinecie stomatologicznym, jest prawie niemożliwe, bo mogło także nastąpić np. w drodze z domu do stomatologa, albo dzień wcześniej czy później. Poza tym błąd zawsze musi być zawiniony. ■ (mj)

TELEMEDYCYNĄ, ANESTEZJOLOGIA I E-DOKUMENTACJA

Nowe rozporządzenia

Czas pandemii to nie tylko nowe ograniczenia dla wszystkich. W ostatnim czasie zmieniło się wiele przepisów regulujących udzielanie świadczeń zdrowotnych.

TEKST **JAROSŁAW KLIMEK**,
RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

Od 17 marca możliwe jest udzielanie porad i wizyt z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności – ale uwaga – tylko wtedy, gdy taki sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta.

Takie same zmiany wprowadzono w stosunku do porad i wizyt z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Oczywiście ocena tego, czy zdalne udzielenie świadczenia zagraża pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, należy do lekarza. Z kolei w przypadku świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień można korzystać z telemedycyny, jeśli zapewni się dostępność wymaganego personelu w miejscu udzielania świadczeń. Kwestie te reguluje seria rozporządzeń ministra zdrowia z 16 marca br. (Dz.U. poz. 456, 457, 460). Udział lekarza w hemodializach także został dopuszczony z wykorzystaniem telemedycyny, o ile sposób ten nie zagraża życiu lub pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, ale tylko w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub epidemii (rozp. MZ z 6 kwietnia br. Dz.U. poz. 612). To samo dotyczy niektórych porad z zakresu rehabilitacji leczniczej (rozp. MZ z 10 kwietnia br., Dz.U. poz. 660).

Od 17 marca mamy też nowe standardy opieki zdrowotnej w dziedzinie

anestezjologii i intensywnej terapii, w których niestety jest wiele pułapek zastawionych na lekarzy. Lekarze w trakcie specjalizacji, po uzyskaniu zgody lekarza kierującego oddziałem (a nie kierownika specjalizacji), będą mogli znieczulać pacjentów bez konieczności sprawowania nad nimi bezpośredniego nadzoru. Zgoda taka musi być poprzedzona uznaniem, że taki lekarz posiada odpowiednią wiedzę i umiejętności. Pomyłka w takiej ocenie może sporo kosztować. Ponadto lekarze w trakcie specjalizacji zyskują większe uprawnienia od lekarzy anestezjologów (z I st. specjalizacji).

Ze standardów zniknął też przepis stanowiący wprost, że dopuszczalne jest znieczulanie jednego pacjenta jednocześnie (ale nie dodano przepisu stanowiącego wprost, że można znieczulać kilku pacjentów). Specjalista anestezjolog będzie mógł również opuścić znieczulanego pacjenta, żeby wykonywać poza oddziałem czynności z zakresu anestezjologii, jeśli w jego ocenie nie zagrazi to bezpośrednio życiu pacjenta. Zgodnie z nowym brzmieniem standardów, przy znieczuleniu lekarz nie będzie musiał znajdować się w bezpośredniej bliskości pacjenta, a jedynie w jego bliskości. Taka konstrukcja przepisów będzie źródłem wielu problemów lekarzy, podstawą do wywierania na nich presji i wymuszania postępowania niezgodnego z zasadami sztuki medycznej, którego konsekwencje ponosić jednak będą właśnie lekarze (i być może wyłączenie oni).

4 kwietnia 2020 r. weszły w życie zmiany rozporządzenia w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U. poz. 585). Stanowią one, że każda osoba mająca kontakt z

zwłokami osoby zarażonej lub podejrzanej o zakażenie SARS-CoV-2 (w tym również lekarz przywołany do stwierdzenia zgonu), musi być wyposażona w środki ochrony indywidualnej – co najmniej: długi fartuch i czepek, maskę FFP-2, gogle albo przyłbicę, rękawice nitrylowe. Od 18 kwietnia obowiązuje też ustawa nazywana „Tarcza 2”, dająca wojewodom możliwość powoływania lekarzy i lekarzy dentyistów do stwierdzania zgonów osób podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 albo zakażonych tym wirusem poza szpitalem.

Od 15 kwietnia weszły także w życie całkowicie nowe przepisy dotyczące rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (rozp. MZ z 6 kwietnia br., Dz.U. poz. 666). Do 31 grudnia 2020 r. możliwe będzie prowadzenie dokumentacji medycznej na dotychczasowych zasadach (dysponenci zespołów ratownictwa medycznego – do 31 grudnia 2021 r.). W końcu przepisom rozporządzenia nadano czysto techniczny charakter, nie tworzą one rozwiązań odbiegających od uregulowań zawartych w ustawach (choćby w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Konieczne stało się wpisanie do dokumentacji adresu poczty elektronicznej lub elektronicznej skrzynki podawczej pacjenta, na który ma być przekazana dokumentacja medyczna. Znikła możliwość przekazania pacjentom dokumentacji w razie zakończenia prowadzenia praktyki lekarskiej. Nowe zasady prowadzenia dokumentacji doczekają się pewnie wkrótce szerszego omówienia. ■

4.04

Weszły w życie zmiany rozporządzenia w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi.



ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Odmrażanie

Wybór tematyki dzisiejszego felietonu nie nastrocza specjalnej trudności. Minister rzucił hasło „odmrażania medycyny”. Jest ono nośne, co widać już gołym okiem na ulicach, i jest kwestią nie tyle znaczącego spadku zagrożenia, ile większej skłonności do akceptacji ryzyka.

Tak czy inaczej, hasłu temu wypada nadać jakiś realny wymiar. Być może w momencie druku „GL” podane będą szczegóły, ale już dziś wiemy, że powinny też dotyczyć naszej profesji.

Scenariusze rozwoju epidemii mogą być różne. Niewykluczona, zdaniem epidemiologów, jesienna „druga fala” oznacza konieczność wykorzystania najbliższych miesięcy na nadrobienie zaległości w leczeniu, które na pewno narosły w każdym gabinecie. Wiele praktyk nie stać też finansowo na kontynuowanie „zamrożenia”. Wydane w marcu zalecenia ministerialne będą musiały więc ulec modyfikacji, przede wszystkim co do rekomendowanego zakresu zabiegów. Ważne też, co podkreślaliśmy w naszych komunikatach, aby w przypadku objęcia przez nie standardów sanitarnych, nie zamykały możliwości sprostania im przez każdy gabinet.

Jeden gabinet będzie musiał włożyć w to mniej, inny więcej pracy. Tam, gdzie warunki lokalowe utrudnią zastosowanie jednych zabezpieczeń, możliwe zapewne są do zastosowania inne (równoważne), choć być może wymagać to będzie większego nakładu pracy. Jest niestety faktem, że tak duże zjawiska zmuszają do przeglądu standardów i ważne, aby przy tym nie powtarzać przerobionych już lekcji z historii.

Pamiętamy dyskusje toczące się już chyba od czasów wprowadzenia obowiązkowych autoklawów. Zaczęło się od dywagacji o wyższości jednej klasy autoklawu nad inną. Potem, po wprowadzeniu obowiązkowego dokumentowania i sporządzania raportów z zastosowanych procedur sanitarnych, dyskutowaliśmy (najczęściej z kontrolą sanitarną) nad zakresem tej dokumentacji. Niemądre jest przywiązywanie się do kazusów, ale nieśmiertelny przykład z podpinaniem pasków kontroli chemicznej do kart powinien być swoistym memento, przestrzegającym przed ryzykiem podbijania wymogów własnymi rękami. Nie będziemy wolni od tego ryzyka i teraz, kiedy „przebiegłość” wirusa nakazuje zmodyfikować procedury sanitarne. Róbmy to po prostu racjonalnie. W komunikacie KS NRL z 20 kwietnia wyczulamy też na istnienie granicy, jaką można przekroczyć w informowaniu o wdrożonych przez gabinet „absolutnie pewnych” zabezpieczeniach, wkraczając tym samym w zakazany w naszej profesji obszar reklamy.

Sytuację na rynku wyrobów medycznych da się zapewne opisać pojęciami ekonomii, ale nie da się, nie angażując emocji, opisać jej wpływu na nasze praktyki. We wszelkich relacjach dominuje deklinacja rzeczownika „koszmar” i przymiotnika „horrendalny” lub kompilacja obu tych konotacji łącznie. Chcę zapewnić, że analizowaliśmy zasadność wystąpień o różne formy regulacji (ceny, marże). Rynek ten jest jednak łańcuchem wielu czynników (choćby transport) i na dziś ingerencja władz byłaby stosowaniem broni obosiecznej.

Na koniec, ważny akcent. Nasz dialog z Ministerstwem Zdrowia jest raczej wytwarzaniem kolejnych, oczywiście potrzebnych dla obrazu sytuacji pism, a przecież bezpośrednia wymiana zdań zazwyczaj zbliża stanowiska i oszczędza czas. Realny dialog nie jest w dzisiejszych standardach grzecznością, a naszym, czyli strony społecznej, niezbywalnym prawem. Może w toku bezpośredniej rozmowy dowiedzielibyśmy się, czy MZ i NFZ naprawdę uważają, że przy obecnym stopniu zaangażowania czasu w każdą wizytę pacjenta w gabinecie da się w proporcji 1:1 rozliczyć kontrakt tegoroczny. Czy ogłoszenie projektu zarządzenia NFZ, a potem schowanie sprawy do szuflady ma oznaczać, że władze nie uważają za konieczne wprowadzenie tu kryzysowych regulacji? Czytamy prasę ekonomiczną, umiemy liczyć prognozowane składki zdrowotne, ale słyszymy też, że ciężar kryzysu powinien być sprawiedliwie rozłożony. Nigdy nie byliśmy faworytem wyścigu po środki publiczne. Niemniej, od postulatu pewnego minimum nie możemy odstąpić. ■

Strona Komisji
Stomatologicznej NRLProfil KS NRL na Twitterze
@StomatolodzyN



MARTA
JAKUBIAK

redaktor naczelna „GL”

STOMATOLOGIA

Bez tarczy, bez przyłbicy

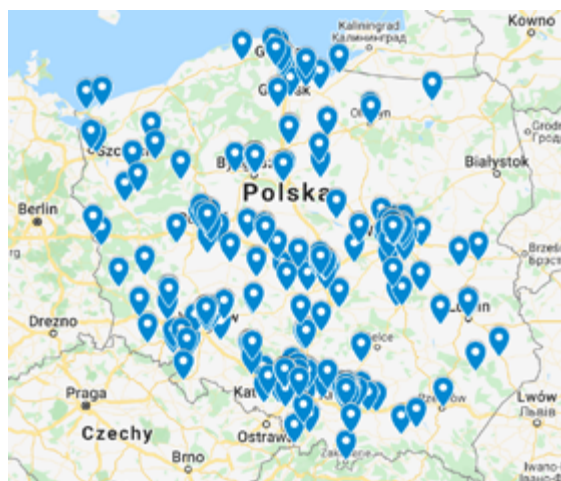
Od połowy marca stomatologia znalazła się w niezwykle trudnej sytuacji. Z uwagi na zagrożenie zakażeniem Sars-CoV-2 zamknęły się niemal wszystkie gabinety. Nie tylko w naszym kraju.

Stomatolodzy na całym świecie mają podobne problemy. Środki ochrony indywidualnej niedostępne lub trudno dostępne. Procedury – na początku w wielu krajach żadnych zaleceń i wytycznych nie było wcale, dopiero po pewnym czasie zaczęły się pojawiać, ale – jak np. we Francji – okazywało się, że jest ich zbyt wiele i nie wiadomo, do których się stosować. Powoli sytuacja zaczęła się nieco klarować, choć do normalności jest chyba jeszcze bardzo daleko.

Ze względu na brak dostępu do środków ochrony indywidualnej i początkowy brak jakichkolwiek wytycznych gabinety dentystyczne przestały działać niemal z dnia na dzień. Nikt nie miał pomysłu, jak je bezpiecznie otworzyć. Nikt też nie wiedział, kiedy będzie można to zrobić. Lekarze dentyści, którzy w ogromnej większości działają jak przedsiębiorcy, prowadząc praktyki prywatne, stracili możliwość zarabkowania. Z kolei stomatolodzy posiadający kontrakt z NFZ także nie mieli jak leczyć, a na dodatek mieli zobowiązania wobec funduszu. Środowisko lekarzy dentyków zostało pozostawione bez wsparcia ze strony decydentów.

ŚWIAT SIĘ ZATRZYMAŁ

„Decyzja o zawieszeniu przyjęć, wobec braku wydania stosownych



6 kwietnia pojawiła się mapa opracowana przez lekarza dentyzę Olę Sowińską i technikę dentystycznego Rafała Szymelfejnika.

decyzji przez władze publiczne, musi być z natury rzeczy decyzją autonomiczną lekarza – kierownika praktyki czy podmiotu leczniczego. Z rekomendacją ograniczenia udzielania świadczeń wystąpili konsultanci krajowi: w dziedzinie periodontologii – do zabiegów niezbędnie koniecznych, ratujących życie lub zapobiegających ciężkiemu uszkodzeniu zdrowia, w dziedzinie protetyki stomatologicznej – do niezbędnie koniecznych” – napisała 13 marca na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej Komisja Stomatologiczna NRL, wydając jedne z pierwszych rekomendacji.

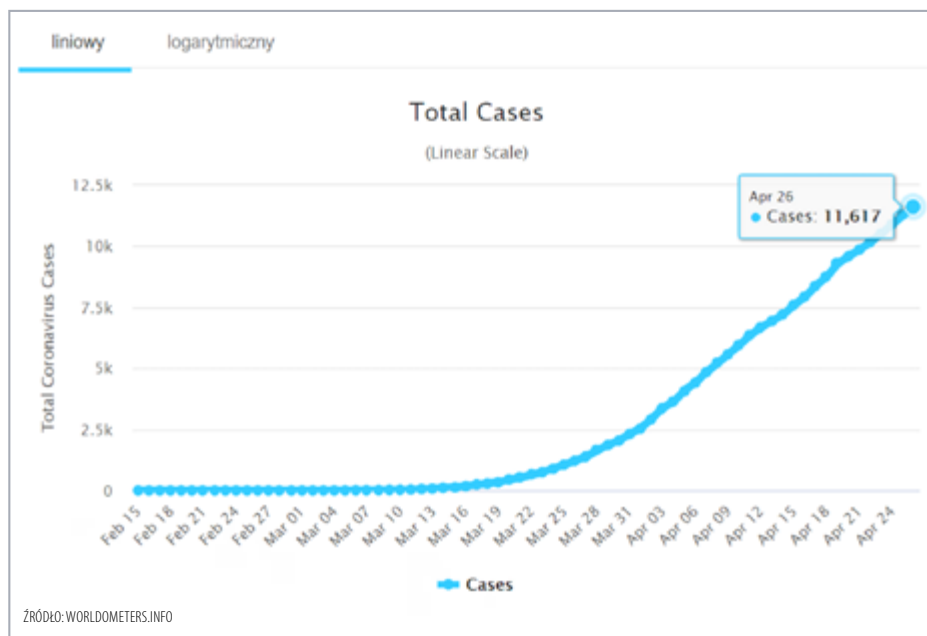
Tymczasem władze ignorowały apele o uruchomienie pomocy doraźnej dla stomatologów. Początkowo, NFZ zdawał się uwzględnić

w swoich planach fakt, że większość placówek musi, zgodnie z obowiązującymi wynikającymi z ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń u ludzi, zawiesić przyjęcia. Z czasem okazało się, że niektóre oddziały stosują naciski na ich kontynuowanie. Przy takim zabezpieczeniu, jakie było do dyspozycji, nikt nie chce być przysłowiowym „stadionem z Bergamo”. Ponieważ jeszcze w ostatnim tygodniu marca niemal wszystkie gabinety były zamknięte, rodziła się pokusa wzięcia lekarzy dentyków w kamasze i nakazowego otwierania gabinetów. Nacisk na prace gabinetów zmateriałizował się w najnowszej nowelizacji Ogólnych Warunków Umów – większość pytan tak odczytuje wykluczenie z możliwości

PNRL

Prezydium podkreśla, że konieczne jest dostosowywanie wydanych na okres epidemii zaleceń resortu zdrowia do stanu zagrożenia.

Całkowita liczba potwierdzonych przypadków koronawirusa w Polsce (na 26.04)



wystawienia faktury za 1/12 kontraktu placówek, które „zaprzaśli przyjąć”. Stomatolodzy podkreślali, że chcą pracować bezpiecznie, tłumaczyli, że przeciętny gabinet stomatologiczny jedno-, dwustanowiskowy jest nieprzygotowany do pracy w takim reżimie, jaki konieczny jest do zapewnienia bezpieczeństwa. NFZ nie deklarował jednak, że wyposaży gabinety w cokolwiek. Nie mamy jak się chronić – mówili stomatolodzy. Deklarowali, że chcą wrócić do pracy, ale potrzebują wsparcia władz, bo środki ochrony indywidualnej były poza ich zasięgiem.

Dopiero 25 marca resort zdrowia wydał i udostępnił „Zalecenia postępowania przy udzielaniu świadczeń stomatologicznych w sytuacji ogłoszonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2”, zgodnie z którymi należało ograniczyć zakres udzielania świadczeń do wykonywania procedur niezbędnych w przypadku pilnej interwencji. I na wytycznych się skończyło. Nikt nie zadbał, by umożliwić praktykom stomatologicznym zakup maseczek, rękawiczek, przyłbic, kombinezonów, środków do dezynfekcji.

CED

Rada Europejskich Lekarzy Dentystów skierowała pismo do przewodniczącego Parlamentu Europejskiego i komisarzy ds. zdrowia oraz ds. gospodarki z prośbą o wsparcie lekarzy dentystów.

Powoli jednak pojedyncze placówki zaczęły się organizować i przyjmować pacjentów, którzy wymagali interwencji. 6 kwietnia pojawiła się mapa opracowana przez lekarza dentystę Olę Sowińską i technika dentystycznego Rafała Szymelfejnika. Projekt ten został rozbudowany przy wsparciu Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i opublikowany w sieci. 25 kwietnia na mapie było już niemal 260 placówek.

SAMORZĄD NIE DAJE ZA WYGRANĄ

17 kwietnia Prezydium NRL skierowało apel do ministra zdrowia o niezwłoczne przedstawienie środowisku lekarzy dentystów propozycji zasad udzielania świadczeń stomatologicznych przynajmniej na okres do końca 2020 r. Na wcześniejsze pisma, jakie zostały skierowane w tej sprawie zarówno do MZ, jak i NFZ, nie otrzymano odpowiedzi. Do 17 kwietnia prezes NFZ nie podpisał także zmiany zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, choć już 8 kwietnia NRL przedstawiła uwagi do projektu

tego dokumentu. Wskazywano wówczas, jakie uzupełnienia są niezbędne w przypadku zasad udzielania świadczeń gwarantowanych. Domagano się m.in. objęcia zaprojektowanymi przez NFZ współczynnikami korygującymi wszystkich zakresów świadczeń leczenia stomatologicznego, z wyjątkiem określonych w załączniku 2a, 10 i 10a rozporządzenia MZ z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego; wprowadzenia w okresie epidemii ryczałtu za godzinę gotowości do pracy, by możliwa była rekompensata chociaż części kosztów sanitarnych wizyt pacjentów, a także, by po odwołaniu stanu epidemii współczynniki korygujące pozostały przynajmniej do końca 2020 r., z ewentualną ich modyfikacją wobec świadczeń najbardziej kosztotwórczych.

Z kolei w apelu z 21 marca do Prezesa Rady Ministrów w sprawie funkcjonowania ochrony zdrowia w okresie zagrożenia COVID-19, jak też w pismach prezesa NRL do ministra zdrowia z 23 marca oraz z 2 kwietnia Prezydium wskazywało, że placówki ambulatoryjne nie są w stanie udzielać świadczeń w nadchodzących kilkunastu miesiącach w takiej liczbie jednostek rozliczeniowych, w jakiej udzielano ich jeszcze do końca lutego. W sposób szczególny odnosi się to do placówek stomatologicznych, ponieważ konieczne jest tam zachowanie zdecydowanie podwyższonego reżimu sanitarnego. Dodatkowo teleporady udzielane pacjentom, jako umożliwiające kontynuowanie opieki, nie są przedmiotem rozliczeń z NFZ w kontraktach stomatologicznych, a być powinny. Z kolei możliwość wystawienia funduszowi faktury zaliczkowej bez modyfikacji zasad rozliczenia świadczeń jedynie przesunie kłopoty finansowe na koniec roku, ale ich nie rozwiąże.

Jak podkreśla Prezydium NRL, konieczne jest dostosowywanie wydanych na okres epidemii zaleceń resortu zdrowia do stanu zagrożenia – zarówno pod kątem wymogów wykonywania procedur stomatologicznych, jak i zakresu udzielanych świadczeń.

Dla dobra pacjentów lekarze dentyści powinni mieć też zapewniony dostęp do testów diagnostycznych w kierunku zakażenia COVID-19.

EUROPA TEŻ MA KŁOPOT

Do Naczelnej Izby Lekarskiej napływają informacje z europejskich organizacji skupiających lekarzy dentyistów. Właściwie we wszystkich krajach od samego początku największym problemem był brak środków ochrony indywidualnej albo trudny do nich dostęp. Stomatolodzy z wielu krajów zgłaszali także problemy dotyczące braku powszechnie obowiązujących procedur, które określałyby, jakie środki ochrony indywidualnej stosować w gabinecie, oraz wytycznych mówiących o tym, czy zawieszać działalność, czy jedynie ograniczać ją do świadczeń pil-

przygotowane dla gospodarki danego kraju, ale żeby specjalnie dla nich opracowano plan wsparcia, bo stomatologia nie może upaść. Czy w którymś z krajów europejskich taki program powstanie? Tego jeszcze nie wiadomo. Na razie stomatolodzy obejmowani są programami ogólnymi, podobnymi do „tarczy antykryzysowej” w Polsce, a każdy z nich będący mikroprzedsiębiorcą, może ubiegać się o wsparcie na zasadach ogólnych.

Rada Europejskich Lekarzy Dentyistów (CED) skierowała pismo do przewodniczącego Parlamentu Europejskiego i komisarzy ds. zdrowia oraz ds. gospodarki z prośbą o wsparcie lekarzy dentyistów, by uzyskali oni dodatkową pomoc dedykowaną. Podkreślono w nim, że na chwilę obecną w dużej części działalność stomatologiczna jest w Europie zawieszona, co nie oznacza,

Taką gotowość zadeklarowała już np. Dania. Po pięciu tygodniach przestoju, od 22 kwietnia zaczęły działać gabinety stomatologiczne w Holandii. Zostały też wyznaczone placówki do przyjmowania pacjentów z COVID-19. W Norwegii gabinety działały bez przestoju, ale ze wskazaniem, by przyjmowani byli w nich pacjenci wyłącznie w sytuacjach nagłych. Od 21 kwietnia wszystkie mają już możliwość prowadzenia leczenia planowego, oczywiście jeżeli spełnią wymogi bezpieczeństwa.

Na jakie wsparcie finansowe mogą liczyć? W Holandii lekarze dentyści, specjaliści dentyistyczni i inni świadczeniodawcy, którzy są do tego uprawnieni, mogą ubiegać się o program rekompensat dla sektorów dotkniętych chorobą, czyli tzw. TOGS – jednorazową, wolną od podatku wypłatę w wysokości 4 tys. euro, która ma stanowić wkład w koszty stałe przedsiębiorstw (nie koszty personelu). W Belgii rząd flamandzki ogłosił premię w wysokości 3 tys. euro dla lekarzy dentyistów, których dochody w okresie od 15 marca do 30 kwietnia spadły o ponad 60 proc. W Brukseli kwota wsparcia wynosi 2 tys. euro, w Walonii negocjacje trwają. Ponadto rząd belgijski zdecydował, że w okresie epidemii za konsultacje telefoniczne będzie płacił 20 euro. Są jednak również takie kraje, w których nikt nie zaproponował stomatologom żadnych rozwiązań.

Czy w związku z przywracaniem pracy gabinetów zacznie pojawiać się większa liczba zakażeń? Tego nikt nie jest w stanie przewidzieć. Pewne jest, że lekarze dentyści, rozpoczynając pracę, będą z pewnością bardziej narażeni na zakażenie SARS-CoV-2. We Włoszech, aby uniknąć przepełnienia szpitali publicznych, poproszono lekarzy z sektora prywatnego (to 97 proc. wszystkich) o niezamykanie klinik i ograniczenie pracy do leczenia doraźnego, przy zachowaniu ściśle określonych wymogów sanitarnych. Według informacji podawanych przez Włochów, wśród 145 lekarzy, którzy zmarli, a zakażeni byli SARS-CoV-2, jest 14 lekarzy dentyistów. Jak zostali zainfekowani, czy byli czynni zawodowo, tego ze statystyk się nie wyczyta. Jedno jest pewne, narażenie personelu stomatologicznego uznawane jest za jedno z najwyższych w całej branży medycznej. ■



Niektóre kraje zaczęły już przywracać funkcjonowanie gabinetów stomatologicznych na tyle normalnie, na ile się da, oczywiście dopuszczając pracę w podwyższonych standardach bezpieczeństwa SARS-CoV-2.

nych i natychmiastowo koniecznych. W większości krajów europejskich pojawiły się rekomendacje, by leczenie stomatologiczne, które można przesunąć w czasie, przesunąć, część podmiotów działała, ale jedynie w celu zapewnienia pomocy doraźnej, inne – podobnie jak w Polsce – zawiesiły swoją działalność. Decyzję najczęściej pozostawiano samym świadczeniodawcom, choć np. w Danii i Portugalii wydano przepisy nakazujące ograniczenie udzielania świadczeń.

Trzecia rzecz to problemy finansowe niemal wszystkich gabinetów. Te, które zawiesiły działalność, obawiają się, tak jak każdy inny przedsiębiorca, sytuacji związanej z brakiem dochodów. Lekarze dentyści domagają się więc, by nie tylko byli włączeni w programy pomocowe

że pacjenci nie mają problemów stomatologicznych. Gdy sytuacja nieco się ustabilizuje, z pewnością będzie potrzeba udzielania świadczeń w większej ilości, więc działalność stomatologiczna nie może upaść. Pamiętać trzeba, że wsparcie ze strony adresatów tego pisma może mieć dość ograniczony charakter (ew. unijne środki pomocowe), gdyż organizowanie ochrony zdrowia wszystkie państwa członkowskie pozostawiły w swoich kompetencjach. Unia pewnych rzeczy po prostu robić nie może.

POWOLI WRACAJĄ

Niektóre kraje zaczęły już przywracać funkcjonowanie gabinetów stomatologicznych na tyle normalnie, na ile się da, oczywiście dopuszczając pracę w podwyższonych standardach bezpieczeństwa SARS-CoV-2.

MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE I MEDYCyna

Instalekarze —chwilowy trend czy *signum temporis*?

Przedstawiciele środowiska lekarskiego dostrzegli edukacyjny potencjał mediów społecznościowych. Coraz chętniej zakładają sobie konta na Facebooku i Instagramie, co pozwala im dotrzeć do szerokiego grona pacjentów.

TEKST **MARCIN PIETRASZEK**, DZIENNIKARZ

Lekarze, w dobie niesprawdzonych porad dr Google, widzą zapotrzebowanie pacjentów na fachową wiedzę medyczną. Social media ułatwiają medykowi misję budowania nawyków zdrowotnych w społeczeństwie oraz pokazują bardziej ludzką stronę zawodu zaufania społecznego.

PRZEWAGA NAD MEDIAMI TRADYCYJNYMI

Jak pokazują dane, Polacy chętnie korzystają z portali społecznościowych. Dzieje się tak, ponieważ serwisy takie jak Facebook czy Instagram umożliwiają użytkownikom interakcję z autorami wpisów, współtworzenie treści, a także ich selekcję zgodnie z preferencjami odbiorców. Ponadto pozwalają szybko wyszukać potrzebne informacje oraz uzyskać fachową poradę. To wszystko daje im przewagę nad mediami tradycyjnymi.

Według danych agencji marketingowej NapoleonCat (marzec br.), zajmującej się analizą działań w social mediach, w naszym kraju założono

prawie 19,1 mln kont na Facebooku¹. Wśród facebookowiczów nieznacznie przeważają kobiety (53 proc.). Najliczniejszą grupą użytkowników są osoby w wieku 25-34 lata (łącznie 5,2 mln osób, co stanowi 27 proc. wszystkich posiadaczy kont w Polsce). Z danych NapoleonCat wynika także, że bardzo popularny jest w Polsce Instagram². Jest tam zarejestrowanych 7,587 mln kont. Wśród jego użytkowników również przeważają kobiety (58,8 proc.). Najczęściej z platformy korzystają osoby w grupie wiekowej od 18. do 24. r. ż. (2,7 mln osób, która korzysta z 35,6 proc. wszystkich kont na IG).

Z mediów społecznościowych korzystamy zarówno w sprawach prywatnych, jak i zawodowych. Za ich pomocą szukamy informacji, w tym również porad lekarskich dotyczących tego, jak dbać o zdrowie, jak leczyć objawy chorób oraz jak wyrabiać pozytywne nawyki zdrowotne. Z danych GUS³ wynika, że aż 40,3 proc. Polaków używa internetu, aby znaleźć informacje na temat objawów chorób oraz

możliwych sposobów ich leczenia. 23,6 proc. rodaków poszukuje informacji u lekarza bądź w placówce opieki zdrowotnej. 14,8 proc. pytań wiedzy o chorobach czerpie od rodziny, 13,1 proc. z przesyłek pocztowych, a 7 proc. respondentów korzysta z innych źródeł informacji. Prawie jedna czwarta Polaków szuka online informacji o lekarzu przed umówieniem się do niego na wizytę. Te dane pokazują, że prowadząc dialog z pacjentami, warto otworzyć się na media społecznościowe.

ZAPOTRZEBOWANIE NA LEKARZY-INFLUENCERÓW

Młodzi lekarze zdają sobie sprawę z popularności mediów społecznościowych i coraz prętniej w nich działają. Fenomen popularności Nicole Wójcickiej-Sochackiej, która zebrała ponad milion fanów wokół profilu „Mama Ginekolog”, dowodzi, że w Polsce jest zapotrzebowanie na informacje medyczne w SoMe. Sukces medialny przyszłej ginekolog położnik został doceniony przez tygodnik „Wprost”⁴. Autorka bloga

znalazła się w gronie „Top 50 Najbardziej Wpływowych Polaków”. Obecność blogerki w tym zestawieniu pokazuje siłę portali społecznościowych w obszarze o tematyce zdrowotnej.

Nikogo więc nie powinno dziwić, że Tomek Tomczyk, właściciel marki JasonHunt i pomysłodawca Rankingu Najbardziej Wpływowych Blogerów, w najnowszym podsumowaniu blogosfery⁵ uwzględnił „Mamę Ginekolog” w dziesiątce najpopularniejszych blogowiczów. Co więcej, wyróżnił jeszcze trzech reprezentantów środowiska lekarskiego. W zestawieniu pojawiła się „Mama Lekarz”, „dbajowzrok.pl” oraz „Róża – lekarz dla dzieci”. Jason Hunt upatruje w tych lekarkach wschodzących gwiazd blogosfery.

SPECYFICZNY SPOSÓB KOMUNIKACJI

Co sprawia, że lekarze aktywnie korzystający z portali społecznościowych cieszą się tak dużym uznaniem? Instamedycy rozmawiają ze swoimi fanami w ich języku, jak równy z równym, i nie chowają się za autorytetem. – W komunikacji z internetową społecznością staram się zmniejszać dystans między pacjentem a lekarzem. Piszemy do siebie po imieniu, używamy języka, którym rozmawia się ze znajomymi. To swobodna dyskusja, nie dostojny monolog i za to cenię social media – tłumaczy Róża Hajkuś, prowadząca konto „Róża, lekarz dla dzieci”.

Doktorzy tacy jak ona na swoich kanałach pokazują kulisy zawodu lekarza bez zbędnego nadęcia. – Chcę pokazać innym zawód tak, jak go widzę: że jako lekarze staramy się, doksztalcamy, zależy nam na ludziach, bywamy bezradni wobec pewnych rzeczy i nie rozmawiamy tylko o medycynie – mówi Róża Hajkuś.

Instalekarze oprócz przekazywania wiedzy stricte medycznej, udostępniają fanom informacje o swoim życiu prywatnym. Nie kreują się przy tym na kogoś, kim nie są w prawdziwym świecie. – Nie zależy mi na relacji opartej na udawaniu



Co sprawia, że lekarze aktywnie korzystający z portali społecznościowych cieszą się tak dużym uznaniem? Instamedycy rozmawiają ze swoimi fanami w ich języku, jak równy z równym, i nie chowają się za autorytetem.

i kreowaniu fałszywie idealnej rzeczywistości. To by oznaczało brak szacunku dla osób, które poświęcają mi swój czas. Nie każdy mnie polubi, ale osoby, które ze mną zostaną, poznają mnie taką, jaka jestem – podsumowuje Róża Hajkuś. Taka asertywna postawa wobec fanów spotyka się z uznaniem użytkowników social mediów.

JASNA STRONA

Instalekarze niejednokrotnie wykorzystują swoją popularność na rzecz kampanii edukacyjnych, zbierek charytatywnych, akcji edukacyjnych. „Mama Ginekolog” podczas tegorocznego finału WOŚP wystawiła na aukcję e-booki swojego autorstwa, z których dochód w całości został przekazany na cele fundacji. W zaledwie trzy dni zebrała ponad 3 mln zł⁶. To suma pieniędzy, jak podaje tygodnik „Wprost”, która przekroczyła wpłaty dokonane przez duże instytucje finansowe takie jak: mBank oraz MasterCard, a nawet całonocną kwotę zebraną przez wolontariuszy WOŚP na terenie Gdańska.

Lekarz pediatra Dawid Ciemięga wstąpił się odpieraniem ataków ruchu antyszczepionkowego. Na swoim fanpage'u na Facebooku odpowiadał na zarzuty w sprawie szkodliwości partii szczepionek, która przez kilka godzin przebywała w lodówkach pozbawionych prądu w wyniku wichury. Lekarz zaznaczył, że nie ma powodów do obaw⁷, ponieważ ze względu na wymogi prawne owe szczepionki zostały zutylizowane. Swoją postawą naraził się wielu ludziom, którzy zaczęli go hejtować, ponieważ ich

zdaniem zalecał stosowanie szczepionek toksycznych.

Sytuacja wokół afery szczepionkowej oraz konsekwentna postawa Dawida Ciemięgi zwróciła uwagę mediów na problem hejtu skierowanego w środowisko lekarskie. Przeciwno osobom, które szerzyły mowę nienawiści, zostały skierowane pozwy. Co ciekawe, pediatra z Tych jest pierwszym lekarzem, który pozwał swoją hejterkę⁸ za oczernianie w internecie. Dawid Ciemięga znany jest również z tworzonych przez siebie filmów edukacyjnych dotyczących ochrony zdrowia. Uruchomił zbiórkę pieniędzy na rzecz realizacji filmu na temat ruchów antyszczepionkowych oraz niekonwencjonalnych metod leczenia Jerzego Zięby. Zbiórka⁹ w serwisie zrzutka.pl zakończyła się sukcesem. Ciemiędze udało się zebrać ponad 100 tys. zł, a film jest w trakcie realizacji.

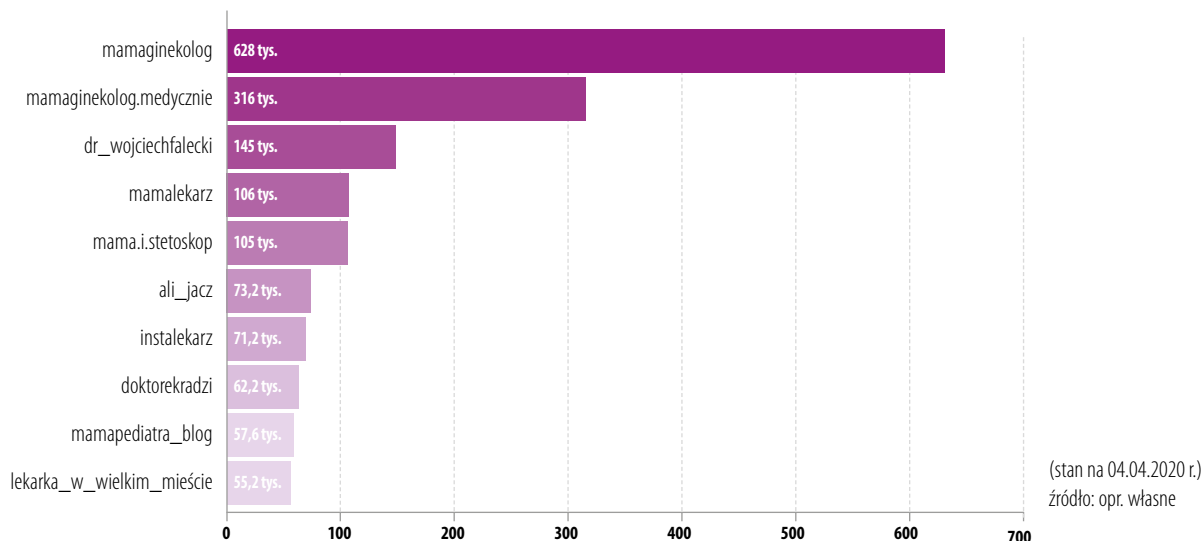
ZAGROŻENIA

Niestety social media mają też swoje ciemne strony. W związku z narastającym tempem życia, pacjentom zaczyna brakować czasu na poszerzanie wiedzy na temat zdrowia, w związku z tym sięgają po pigułki wiedzy serwowane w mediach społecznościowych. Stwarza to ryzyko, że trafią na niesprawdzone informacje, które mogą zagrażać ich zdrowiu oraz życiu. Głośnym echem w środowisku lekarskim odbiła się sprawa lekarza Huberta Czerniaka¹⁰, guru ruchu antyszczepionkowego, przeciwko któremu toczy się postępowanie za promowanie postaw antyzdrowotnych. Okręgowy

3 MLN ZŁ

Kwota, jaka udało się zebrać „Mamie Ginekolog” w zaledwie trzy dni za e-booki swojego autorstwa podczas tegorocznego finału WOŚP.

Instagram – wybrani lekarze edukatorzy (nazwa profilu i liczba obserwatorów)



Sąd Lekarski w Łodzi wymierzył Hubertowi Czerniakowi karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na jeden rok. Wyrok jest nieprawomocny. Sprawa jest w toku.

Niestety wpadki zdarzają się również medykom, którzy na co dzień respektują zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej. Parę lat temu z poważnym kryzysem wizerunkowym musiała zmierzyć się „Mama Ginekolog”, po tym jak udostępniła na Facebooku zbiórkę na szkodliwą dla zdrowia terapię Gersona. Wspomniany post spotkał się z oburzeniem jej fanów, którzy zarzucili lekarce promocję paramedycznych praktyk sprzecznych z współczesną wiedzą medyczną. Krytyka ze strony poirytowanych internautów doprowadziła do tego, że blogerka na pewien czas zawiesiła działalność na Facebooku i od tamtej pory baczniej uważa na udostępniane przez siebie treści.

Przytoczone sytuacje pokazują, że medycy, którzy promują medycynę alternatywną, muszą liczyć się ze zdecydowaną krytyką ze strony środowiska lekarskiego, jak i samych pacjentów, czego byliśmy świadkami w związku

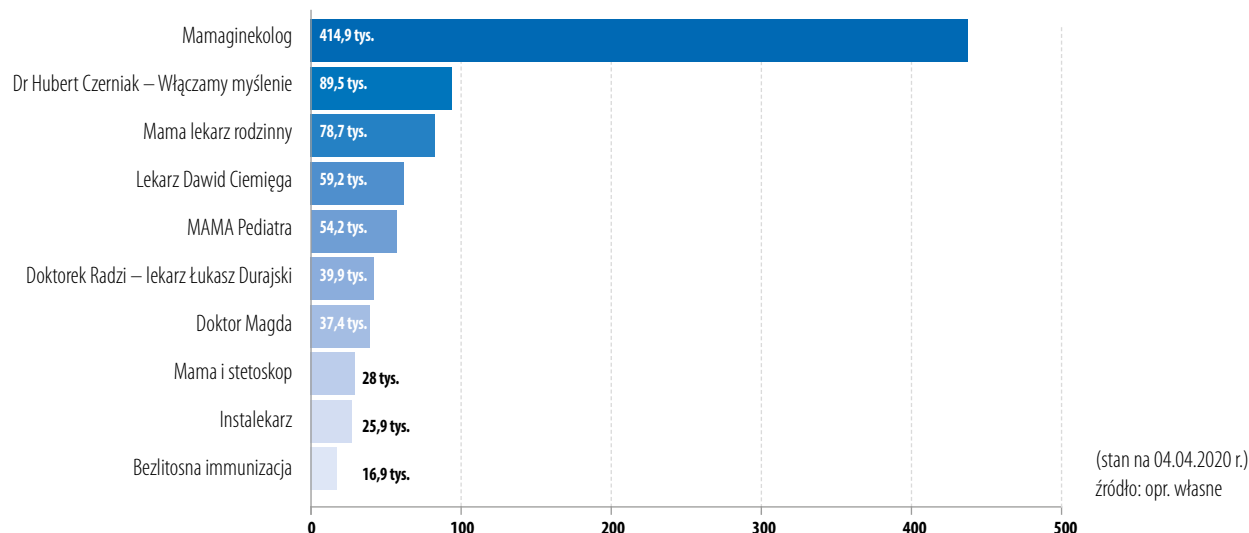
z zamieszczeniem przez Jerzego Ziębę materiału wideo na temat koronawirusa. Naczelna Izba Lekarska wraz z Głównym Inspektorem Sanitarnym wydała wspólne oświadczenie, apelując o „zachowanie szczególnej ostrożności i zdrowego rozsądku w korzystaniu z dostępnych w internecie informacji”, które mogą „spowodować poważny uszczerbek na zdrowiu”. Promowanie medycyny niekonwencjonalnej to nie jedyne zagrożenie mediów społecznościowych. Wiele kontrowersji wzbudza przybierające na sile zjawisko tzw. monetyzacji social mediów. Instalekarze wykorzystują potencjał swoich społeczności i tworzą dla nich pełną gamę produktów codziennego użytku oraz webinarów, czyli wirtualnych szkoleń dostępnych przez internet. Ten proceder może skutkować naruszeniem art. 63 ust. 2 KEL, mówiącego że: „lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych”. Jednak ogólnikowa wymowa tego zapisu daje szerokie pole do interpretacji. Przyznaje to Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona, który z uwagą

“
Krytyka ze strony poirytowanych internautów doprowadziła do tego, że blogerka na pewien czas zawiesiła działalność na Facebooku i od tamtej pory baczniej uważa na udostępniane przez siebie treści.

przygląda się tej sprawie. – Każdy tego typu przypadek musi być rozpatrywany indywidualnie. Decyzje o wszczęciu i prowadzeniu postępowań wyjaśniających przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej zapadają, jeśli dotrze do nas wystarczająco umotywowana informacja o przewinieniu lekarza – puentuje.

Przedstawiciele samorządu lekarskiego zwracają też uwagę na praktykę samowolnego mianowania się tytułem lekarza specjalisty przez rezydentów w trakcie specjalizacji. Instalekarze tłumaczą to specyfiką mediów

Facebook – wybrani lekarze (nazwa profilu i liczba fanów)



Takie tłumaczenia nie satysfakcjonują każdego, dlatego co i rusz wpływają skargi do NROZ.

społecznościowych, które wymuszają na nich tworzenie zwięzłych, atrakcyjnych, a zarazem klarownych treści. Taki styl prowadzenia dialogu z użytkownikami, jak zapewniają, pozwala na lepsze pozycjonowanie profilu (Instagram daje użytkownikowi 150 znaków ze spacjami na stworzenie spersonalizowanego biogramu, co wymusza prosty, czytelny i spójny opis) oraz skuteczniejsze rozprawianie się z medycznymi mitami. Takie tłumaczenia nie satysfakcjonują każdego, dlatego co i rusz wpływają skargi do NROZ.

PRZYSZŁOŚĆ LEKARZY W SOCIAL MEDIACH

Mimo zastrzeżeń co do niektórych praktyk instalekarzy, możemy być pewni, że liczba medyków w social mediach będzie rosła. Ogromne zainteresowanie profilami „Mamy Ginekolog”, „Mamy Lekarz”, „Mamy Pediatrię”, dr. Wojciecha Faleckiego i innych dowodzi, że pacjenci są zainteresowani poszerzaniem wiedzy na temat zdrowia za pośrednictwem portali społecznościowych. Jednak wraz z popytem na „fastfoodowe” treści medyczne, który nasilił się w dobie

trwającej pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, rośnie ryzyko, że chorzy potrzebujący rzetelnych porad, trafią na informacje kolportowane przez zwolenników medycyny alternatywnej, oferujących np. cudowne leki na COVID-19, antyszczepionkowców oraz głosicieli teorii spiskowych. Dlatego należy podjąć konkretne działania, mające na celu ukrócenie tego procederu. Takim rozwiązaniem mogłaby być lista certyfikowanych profili medyków. Tym, którzy by się znaleźli na tej liście, zweryfikowano by tworzone przez nich posty pod kątem merytorycznym oraz prawnym. Pacjenci, wchodząc na profil instalekarza z certyfikatem, mieliby pewność, że zamieszczone przez niego porady są bezpieczne dla zdrowia i życia. Pierwszym lekarzem, który zatroszczył się o certyfikację swojej działalności blogerskiej, był Łukasz Durajski, udzielający się pod pseudonimem „Doktorek Radzi – lekarz Łukasz Durajski”¹¹. Jak przyznaje sam Durajski, długo walczył o akredytację Głównego Inspektora Sanitarnego, ale zaznacza, że było warto. Warto dodać, że w momencie zamykania majowego wydania „Gazety Lekarskiej”, lekarz

dostał aprobatę Rzecznika Praw Pacjenta. Ubiegając się o oba patronaty, Durajski zobowiązał się, że publikowane przez niego posty będą w zgodzie z evidence-based medicine. Czy reszta środowiska instalekarzy podąży w ślad za nim? Czas pokaże. Jedno jest pewne, nie można już lekceważyć faktu istnienia instalekarzy, należy bacznie się im przyglądać oraz zastanowić się nad dopracowaniem regulacji dotyczących prowadzenia działalności w social mediach. ■

¹ <https://napoleoncat.com/stats/facebook-users-in-poland/2020/03>

² <https://napoleoncat.com/stats/instagram-users-in-poland/2020/03>

³ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2016-+-2,6.html>

⁴ <https://www.wprost.pl/tylko-i-nas/10264987/ranking-50-najbardziej-wplywowych-polek-i-polakow.html>

⁵ <https://jasonhunt.pl/ranking-najbardziej-wplywowych-blogerow-2019/>

⁶ <https://zdrowie.wprost.pl/zdrowie/10291024/mama-ginekolog-leczy-pisze-prowadzi-interesy-kim-jest-najpopularniejsza-lekarka-w-polsce.html>

⁷ <https://www.facebook.com/lekarzDawidCiemięga/posts/14605529410851>

⁸ <https://innpoland.pl/152969,znany-lekarz-wytacza-dziala-na-antyszczepionkowcow-ciemięga-nakregi-film>

⁹ <https://zrzutka.pl/efktr9a>

¹⁰ <https://pulsmedycyny.pl/sad-lekarski-zawiesil-na-rok-lekarza-ktory-kwestionowal-koniecznosc-szczepien-974628>

¹¹ <http://www.doktorekrazi.pl/>

ZDROWIE LEKARZA

Uzależnieni

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia [WHO], od alkoholu uzależnionych jest co najmniej 240 mln ludzi na świecie. Jak podaje GUS, w Polsce pijących alkohol do czterech dni w tygodniu jest blisko 4,7 mln, co stanowi 12 proc. populacji.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Ponad 820 tys. Polaków, tj. 2 proc., pije alkohol przez pięć dni w tygodniu lub częściej. Najbardziej zagrożeni nadużywaniem alkoholu, jak wskazują najnowsze badania norweskie, są osoby bezdzietne i mężczyźni mieszkający samotnie, a na ilość spożycia przez nich alkoholu wpływa rodzaj wykonywanej pracy.

ARTYŚCI, LEKARZE, ROBOTNICY

Na podstawie badań koordynowanych przez Wyższą Szkołę Finansów i Zarządzania w Warszawie sporządzono Diagnozę Społeczną, z której wynika, że w Polsce najmniej nadużywających alkohol jest m.in. wśród nauczycieli szkół podstawowych (4,6 proc. badanej grupy), nauczycieli akademickich (3,5 proc.), prawników (3,4 proc.), zatrudnionych w obsłudze biurowej (3,7 proc.), a nieco więcej – kierowców zawodowych w transporcie wielkogabarytowym (5,9 proc.), rolników (6,4 proc.), żołnierzy zawodowych (6,5 proc.) i urzędników państwowych (6,9 proc.).

Po nich na liście plasują się robotnicy budowlani (7,9 proc.), specjaliści finansowi (7,5 proc.), strażacy i policjanci (8,9 proc.), w końcu pracujący najbliżej alkoholu: kelnerzy, barmani i stewardzi (9,4 proc.). Jeszcze więcej jest pijących informatyków (9,5 proc.). Pije nałogowo mniej więcej co



W okręgowych izbach lekarskich powołano pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów, którzy mają pomóc swoim kolegom i koleżankom wyjść z tej choroby.

dziesiąty mechanik maszyn i urządzeń (10,1 proc.), robotnik budowlany prowadzący prace wykończeniowe (10,1 proc.), dyrektor (10,4 proc.), kierowca samochodu osobowego i małogabarytowego pojazdu dostawczego (10,9 proc.), architekt, inżynier oraz projektant (10,7 proc.). W grupach zawodowych lekarzy, weterynarzy i lekarzy dentystów odsetek nadużywających alkohol wynosi aż 12,6 proc., a wśród robotników – 13,8 proc. Na szczycie tej listy są twórcy, artyści, literaci i dziennikarze (21,5 proc.).

Według danych leczenia odwykowego, każdego roku odnotowuje się od 120 do 130 tys. osób, które mają problem alkoholowy. Tylko 15 proc. korzysta z pomocy ochrony zdrowia, z czego 85 proc. stanowią mężczyźni, a tylko 15 proc. – kobiety. Są to jednak niepełne dane, ponieważ wiele kobiet pije skrycie, nie ujawnia się ze swoim problemem w obawie przed utratą praw do dzieci, wykluczeniem, potępieniem.

Zgodnie z wynikami raportu De-loitte, co piąty Polak zmagają się

w swoim życiu przynajmniej z jednym z zaburzeń psychicznych, np. z depresją, które są następstwem różnego rodzaju uzależnień. Eksperci alarmują, że 3 mln naszych rodaków pije alkohol w sposób ryzykowny bądź szkodliwy, 9,5 mln pali nałogowo papierosy, a 1,5 mln doświadczyło depresji. Zwiększa się również liczba uzależnionych od internetu, zakupów, telefonu, od pracy. Sytuację dodatkowo pogarszają problemy z dostępem do psychoterapii. Czas oczekiwania na wizytę u terapeuty świadczącego usługi w ramach NFZ jest bardzo długi, a na prywatną terapię nie każdy może sobie pozwolić.

PO POMOC DO IZBY

Jak widać, problem uzależnienia od alkoholu dotyczy wszystkich, niezależnie od wykształcenia, wykonywanego zawodu, statusu społecznego, choć, jak pokazują dane, są pewne grupy zawodowe, w tym m.in. lekarze, których problem dotyka częściej. W okręgowych izbach lekarskich powołano pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów, którzy mają pomóc swoim kolegom i koleżankom wyjść z tej choroby. Pracodawcy, widząc, że ich pracownik – lekarz, może mieć problem alkoholowy, mogą go skierować do pełnomocnika po uzyskaniu wsparcia.

Rolą pełnomocników jest sklasyfikowanie problemu, postawienie diagnozy i pomoc w uzyskaniu miejsca w ośrodku odwykowym lub umożliwienie kontaktu z terapeutą. Pełnomocnik także pilotuje lekarza w trakcie leczenia. Treść rozmów z uzależnionym jest objęta tajemnicą, weryfikowana jest jedynie tożsamość lekarza i jego przynależność do OIL. Niestety, wciąż z tej formy pomocy korzysta w poszczególnych izbach lekarskich średnio od kilku do kilkunastu osób w ciągu roku. Znając skalę problemu uzależnień w tej grupie zawodowej, to za mało. Ponieważ choroba ta, szczególnie wśród lekarzy, wiąże się ze stygmatyzacją, wstydem, często wykluczeniem, dlatego najczęściej jest długo ukrywana. Często o wiele za długo. ■

12,6%

Odsetek nadużywających alkohol wśród lekarzy.

Choroba demokratyczna

Na przestrzeni lat podejście do uzależnienia od alkoholu diametralnie się zmieniło, zarówno jeśli chodzi o traktowanie alkoholizmu w kategoriach choroby, jak i metod terapeutycznych.



**PROF. JAN
CHODKIEWICZ**

terapeuta uzależnień,
Instytut Psychologii
Uniwersytetu
Łódzkiego

Kiedyś uzależnienia uważano za problem moralny, za rodzaj słabości i grzechu. W latach 50. XX w., za sprawą Elvina Mortona Jellinka, uzależnienie od alkoholu i jego objawy zaczęto traktować jako chorobę. Dziś uważa się, że mamy do czynienia ze złożoną chorobą ośrodkowego układu nerwowego, głównie układu nagrody, który wskutek wieloletniego nadużywania alkoholu, zmienia funkcjonowanie i przystosowuje się do patologicznego wzorca, co utrudnia odejście od tego zachowania. Zatem umoralniające rozmowy, ale również wyłączenie stosowania antikolu czy esperalu, nie skutkują. Zastąpiła je psychoterapia oparta na podejściu holistycznym, obejmująca sferę medyczną, psychologiczną i społeczną. Obecnie stosuje się m.in. metody poznawczo-behawioralne i wspomagająco zaleca różnego rodzaju leki. Skuteczność zależy od tego, kiedy pacjent podejmie leczenie. Najlepiej, gdy dzieje się to na wczesnym etapie.

Alkoholizm to choroba bardzo demokratyczna, może dotknąć każdego. Obecnie trafia do terapii coraz więcej osób tzw. wysoko funkcjonujących, wykształconych, pracujących, dobrze zarabiających, i w tej grupie są lekarze, prawnicy, przedsiębiorcy, księża, artyści. Spełniają kryteria chorobowe, choć nie doszło u nich jeszcze do głębokiej degradacji. Funkcjonują w miarę normalnie, ale kiedy uporają się z obowiązkami, w ramach odreagowania masowo się upijają, szczególnie w weekendy.

W uzależnieniach zwraca się obecnie dużą uwagę na mechanizmy biologiczne powstające wskutek zmian w układzie nagrody, które powodują m.in. tworzenie się w mózgu tzw. śladów pamięciowych, co sprawia, że uzależniony reaguje nadmiarowo na bodźce związane z piciem – na wspomnienia o pić, osoby, z którymi pił. Kiedy więc znajdzie się w sytuacji trudnej, nie jest w stanie powstrzymać się od picia. Pamięć uzależnienia uszkadza połączenia korowe i podkorowe, dlatego system popędowy przejmie władzę nad piciem. W terapii chodzi m.in. o to, by tę wzmożoną reaktywność zastopować. ■



**DOROTA
RZEPNIEWSKA**

psychiatra,
psychoterapeuta
uzależnień,
Pełnomocnik
ds. Zdrowia Lekarzy
i Lekarzy Dentystów
Śląskiej Izby
Lekarskiej

Śląska Izba Lekarska była jedną z pierwszych w kraju izb lekarskich, które utworzyły instytucję pełnomocnika ds. zdrowia. Działamy od 2008 r. i zdążyliśmy w tym czasie wypracować metody pomocy uzależnionym lekarzom, a doświadczeniami dzielimy się na odbywających się co roku ogólnokrajowych zjazdach pełnomocników.

Skala problemu jest ogromna. Opierając się na badaniach amerykańskich i niemieckich (w Polsce takich badań nie ma) w zależności od specjalności liczba uzależnionych w stosunku do całej populacji jest albo taka jak średnia krajowa, albo o 10–12 proc. wyższa. W specjalnościach zabiegowych, wśród anestezjologów i psychiatrów może sięgać nawet 20 proc. Decyduje o tym narażenie na stres oraz przeciążenie pracą. Anestezjologów problem dotyczy głównie z uwagi na dostępność do środków psychoaktywnych. Mamy też zróżnicowanie wiekowe, u lekarzy starszych przeważa uzależnienie od alkoholu, u młodszych od alkoholu i leków. Rocznie do pełnomocnika w ŚIL trafia 10–25 spraw. Są to osoby kierowane przez prezesa, ORL, sąd lekarski, rzecznika odpowiedzialności zawodowej, a czasem lekarz zgłasza się sam.

Najczęściej kilkakrotnie spotykam się z lekarzem, aby zdiagnozować jego problem, zasugerować określoną ścieżkę postępowania i monitorować leczenie. Bywa, że zgłasza się rodzina uzależnionego lekarza, chcąc wiedzieć, jaka jest diagnoza i dalsze zalecenia. Zapewniamy przy tym pełną dyskrecję, a dokumentacja sprawy jest zabezpieczona w szafie pancernej. Chcę zaznaczyć, że pełnomocnik nie zajmuje się leczeniem, ale jako kolega lekarz i przy okazji ekspert ze względu na wykonywany zawód psychiatry, pomaga uzależnionemu znaleźć odpowiedni dla niego ośrodek terapeutyczny, najlepiej daleko od miejsca zamieszkania i pracy, gdzie lekarz ma zapewnioną profesjonalną pomoc. Oferuje pomoc w wyborze placówki oraz uzgodnieniu terminu leczenia w razie takiej potrzeby. Wykonujemy zawód, który siłą rzeczy stawia nas na świeczniku, znają nas pacjenci, koledzy z pracy, sąsiedzi. Opinia o nas rzutuje na naszą pracę, a rozpoznanie uzależnienia stygmatyzuje. Siedząc po „terapeutycznej stronie biurka”, jest nam trudno wejść w rolę pacjenta, ale pełnomocnik stara się otoczyć uzależnionego taką opieką, aby zdecydował się on na podjęcie leczenia, które w 70 proc. przypadków kończy się powodzeniem, czyli w znacznie wyższym odsetku niż w populacji ogólnej. ■



**KATARZYNA
ŁUKOWSKA**

psycholog, p.o.
dyrektora Państwowej
Agencji Rozwiązywania
Problemów
Alkoholowych
w Warszawie

Wprawdzie spożycie alkoholu w Polsce wykazuje tendencję wzrostową, to jednak wiele zmienia się na korzyść, jeśli chodzi o dostępność do terapii, umiejętności terapeutów i wprowadzanie nowych metod terapeutycznych. W przypadku pacjentów zgłaszających się do nas dobrowolnie, czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia w całodobowych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu uległ skróceniu do czterech tygodni, zaś osoby sądowo zobowiązane do podjęcia leczenia czekają około 16 tygodni.

W 2018 r. w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu świadczeń zdrowotnych udzielało 3 745 osób. Większość z nich, co bardzo nas cieszy (66 proc.), to terapeuci, a pozostali to lekarze (22 proc.)

i psychologzy (5 proc.). Wśród zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu w Polsce, 80 proc. terapeutów legitymuje się już certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, co świadczy o ich wysokich kwalifikacjach. Natomiast płace terapeutów są niższe niż np. pielęgniarek ze średnim wykształceniem, co wpływa demotywująco na pracę, ponieważ to głównie na terapeutach opiera się leczenie. Z jednej strony więc udało się wiele zrobić w leczeniu uzależnień, mamy np. dobrze zorganizowaną i funkcjonującą sieć placówek i wykwalifikowane kadry, ale są obszary – i do tych zaliczają się niskie wynagrodzenia, gdzie konieczne są zmiany. Wyzwaniem jest także zapewnienie większej stabilności oddziałom detoksykacyjnym, które znikają, gdyż są słabo wyceniane przez NFZ i dla szpitali stają się nierentowne. ■



**MARCIN
BRYSIĄK**

informatyk
i biznesmen, twórca
Helping Hand,
platformy terapii
uzależnień online

Alkoholizm w Polsce to wciąż temat wstydliwy i wiąże się ze stygmatyzacją, dlatego zaledwie co piąty uzależniony podejmuje terapię. Ponieważ sam jestem trzeźwiejącym alkoholikiem, wiem, jakie są trudności z dostępnością do specjalistycznego leczenia w tym zakresie. Bezpieczna, często anonimowa komunikacja z terapeutą, dostępna 24 h i wreszcie znacznie tańsza w stosunku do stacjonarnej terapii, to tylko wybrane korzyści, które daje Helping Hand.

Od momentu powstania platformy, a więc od półtora roku, w przypadku uzależnienia od alkoholu, od którego zaczęliśmy, skuteczność naszych działań wynosi 67 proc. w predykcji złamania abstynencji, ale celem jest osiągnięcie skuteczności na poziomie 86–90 proc. Jednak już na tym etapie można powiedzieć, że terapia online stanowi

realne wsparcie dla tradycyjnych metod terapeutycznych, skupionych w poradniach i ośrodkach odwykowych.

Z powodzeniem wspiera pracę terapeutów, psychologów, psychiatrów i wytycza nowe trendy w odwyku. Jest to projekt rozwojowy, ponieważ w przyszłości terapię uzależnień będzie można przenieść na smartfony, co jeszcze bardziej poprawi jej dostępność. 40 proc. osób po zakończeniu terapii ma nawrót choroby i wraca do picia, największe ryzyko nawrotu występuje w 12 pierwszych miesiącach. Dlatego tak ważne jest badanie czynników, które mogą do tego prowadzić, a aplikacja zbiera wszelkie dane na ich temat i uczy się tych schematów. Analizuje nawet ruch palca po ekranie smartfona. Dotychczas opracowaliśmy 6 predyktorów nawrotu. Ta wiedza pozwoliłaby terapię reagować w odpowiednim momencie, co pomaga w walce z chorobą, w której kluczowe są samoocena i samokontrola. ■



**CZESŁAW
MICHALCZYK**

certyfikowany
psychoterapeuta
z łodzi

Wekstremalnych warunkach, takich jak obecna epidemia wirusa SARS-CoV-2, ludzie szukają sposobów, aby złagodzić napięcie i strach, częściej więc sięgają po alkohol niż w normalnych okolicznościach. Za jego pomocą próbują obniżyć poziom zdenerwowania i lęku. Przymus pozostania w domach wytrąca z normalnego rytmu życia. Dla niektórych picie staje się sposobem na nudę, ale jest liczna grupa osób, które poprzez alkohol odrağowują stres i u nich epidemia może spotęgować ten niebezpieczny nawyk. Oddalają się nawet z kwarantanny, by kupić trunek. Jedni dlatego, że są uzależnieni, inni – bo nie radzą sobie z emocjami.

Pracownicy ochrony zdrowia, a więc ci, którzy

znaleźli się na pierwszej linii frontu walki z koronawirusem, w jeszcze większym stopniu mogą podlegać tym mechanizmom zachowań. Poczucie zagrożenia, dotyczące również ich rodzin i zwyczajne ludzkie zmęczenie sprawiają, że po powrocie do domu, by odreagować, sięgają po alkohol. Należy spodziewać się, że kiedy epidemia wygaśnie, wielu z nich będzie potrzebowało wsparcia psychologicznego. Polski Instytut Ericksonowski, online lub przez Skype, oferuje nieodpłatną pomoc psychoterapeutyczną dla lekarzy, ratowników medycznych, pielęgniarek, położnych i pracowników laboratoriów medycznych. Najważniejsze jest jednak w tym czasie wsparcie bliskich – rodziny, przyjaciół, ale też społeczeństwa, polegające na docenieniu karkołomnych wysiłków personelu medycznego. Można je okazać w różny sposób. ■

UZALEŻNIENIA

Wódko, pozwól leczyć

Lekarze boją się łatki „alkoholika” i wprost śmierci zawodowej. Alkohol, owszem, szkodzi, ale nie im – oto ich dewiza.

TEKST **MAREK STANKIEWICZ**, LEKARZ, PUBLICYSTA,
KIEROWNIK OŚRODKA HISTORYCZNEGO NIL

Rowerzysta za jazdę pod wpływem alkoholu trafia do aresztu. Pijany piłkarz polskiej ekstraklasy z dnia na dzień rozstaje się z lukratywnym kontraktem i możliwością transferu do ligi hiszpańskiej. Ale pijany lekarz dentysta z Małopolski, który pacjentowi bez potrzeby usunął górną jedynkę, choć miał jedynie oszlifować zęby pod korony, zaledwie doczeka się nagany od sądu lekarskiego.

Co więcej, nasz bohater nadal leczy po pijanemu. Na razie nie stracił uprawnień zawodowych, choć czeka go kolejne postępowanie dyscyplinarne. Ale w między czasie, nasiąknięty promilami, zamiast chorej „ósemki” usuwa dziecku zdrową „siódemkę”. Co gorsza, bez zgody opiekunów. Zgłoszenie o nietrzeźwym stomatologu ojciec dziewczynki składa jednak trzy dni po wyrwaniu zęba, więc policjanci nie mogą już sprawdzić trzeźwości lekarza. Każdy pijak nazajutrz jest człowiekiem trzeźwym, choćby nie wiem, jak barwnie opowiadałoby się o jego wczorajszych ekscesach.

TOLEROWANIE PIJAŃSTWA

Pewne profesje są bardziej predysponowane do picia. Jedną z nich jest zawód lekarza, którego praca wiąże się z dużym stresem, napięciem i wielogodziennymi dyżurami. Często ten stres rozładowuje się, sięgając po alkohol. Alkoholizm to nie powód do chwały, ale nie jest też powodem do wstydu, jeśli się z nim walczy i utrzymuje abstynencję.

W publicznym odczuciu lekarz nadużywający alkoholu to ktoś godny szczególnego potępienia. Bo jak można leczyć, będąc systematycznie nietrzeźwym? Tymczasem schowane za kurtyną hipokryzji społeczeństwo, stygmatyzowane półwieczną pieczęcią komuny, przystaje na tolerowanie pijaństwa. Dlaczego? Bo sami nie lubimy wylewać za kołnierz. Choć w gabinetach lekarskich pije się dziś mniej niż przed laty, trudniej jest medykom te nawyki ukryć, bo każda skarga pacjenta lub policyjna interwencja ściąga na miejsce media.

Znam lekarzy ewidentnie uzależnionych od alkoholu, których od wielu lat „kryją” współpracownicy. Czy Kodeks Etyki Lekarskiej dopuszcza złożenie doniesienia na pijącego kolegę lub koleżankę? Praca po pijanemu dopiero powoli staje się „obciachem”. Walka z pijaństwem wśród lekarzy tak naprawdę przez lata była fikcją. Jeszcze do niedawna do dobrego tonu zaliczano butelkę koniaku jako wyraz wdzięczności dla chirurga za udaną operację. Jazdę po kielichu z polowania na dzika uważano za wyraz ufańskiej fantazji pana doktora. Sądy powszechne i lekarskie przez lata wymierzały najniższe wymiary kar nawet dla recydywistów. Niskie grzywny czy symboliczne zawiasy w opinii skazanych nie były żadną karą. obrońcy wręcz przeganiali się w absurdalnych usprawiedliwieniach swoich klientów, a prokuratorzy nie wysilali się, by je procesowo obalić. Jak ktoś miał władzę i pieniądze, można było

“

Przyznanie się do picia to dla lekarzy nie lada problem. Nie dziwnego, przecież u podłoża choroby alkoholowej leży iluzja i zaprzeczenie.

bez trudu przeciągać procesy na lata nawet w tak bulwersujących sprawach, jak spowodowanie wypadku śmiertelnego po spożyciu alkoholu.

ILUZJA I ZAPRZECZENIE

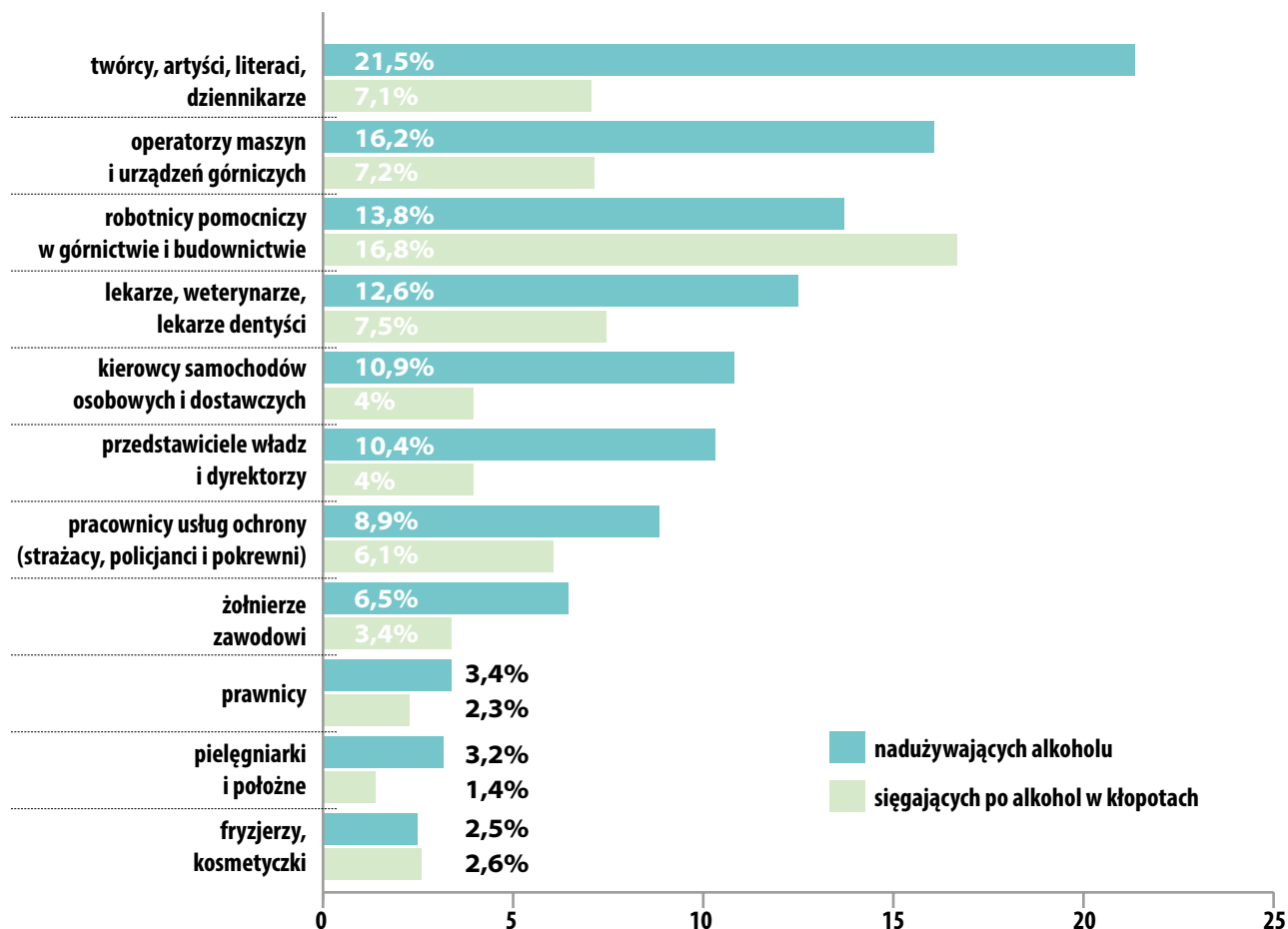
Przyznanie się do picia to dla lekarzy nie lada problem. Nie dziwnego, przecież u podłoża choroby alkoholowej leży iluzja i zaprzeczenie. Lekarz jest uznawany, i sam się zresztą uznaje, za osobę, która z medycznego punktu widzenia wie wszystko. Dlatego zakłada, że kontroluje sytuację, zna objawy i skutki choroby. Niektórzy dbają, żeby o ich problemie nie dowiedzieli się nie tylko koledzy z pracy, ale nawet rodzina. Zdarza się nawet, że targani wstydem odmawiają stawienia się przed okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, który na podstawie doniesienia prasowego podejmuje postępowanie wyjaśniające. Ten fortel, zalecany czasem przez adwokatów, ma krótkie nogi, bo sprawa po dwóch tygodniach ląduje przed okręgowym sądem lekarskim.

Kodeks Etyki Lekarskiej nakazuje lekarzowi zachowanie trzeźwości w czasie wykonywania zawodu. Tymczasem często lekarze udają się do swych szpitali i poradni nazajutrz

FAKT

Pewne profesje są bardziej predysponowane do picia.

Procent nadużywających alkoholu i sięgających po alkohol w trudnych sytuacjach życiowych w różnych grupach zawodowych*



* Raport „Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków”

po suto zakrapianej kolacji, balu czy pikniku. Biada tym, którzy wierzą w gusła, że krótki sen czy poranny prysznic przywróci im stan wymaganej trzeźwości i będą przestanką uwalniającą od winy. „Każdy lekarz musi mieć świadomość, nie tylko z racji posiadanej wiedzy, ale również na skutek nabytego doświadczenia życiowego, że spożycie znacznej ilości alkoholu wymaga znacznej ilości czasu potrzebnego do jego wyeliminowania przez organizm w toku przemian metabolicznych” – czytamy w uzasadnieniu orzeczenia gdańskiego sądu lekarskiego o karze nagany dla lekarza, który podjął się wykonywania obowiązków zawodowych pod wpływem alkoholu (0,7 promila). Kolejna niewinna wpadka będzie kosztować tego pana doktora

zawieszeniem prawa wykonywania zawodu na okres aż do osiągnięcia pełnej abstynencji po zakończonym cyklu leczenia w ośrodku uzależnień.

GDZIE TA POMOC?

Ale czy wówczas pan doktor dostanie się na leczenie stacjonarne? Najbliższy termin w pobliskim centrum psychiatrii to dopiero listopad 2021 r. Przecież odsunięty od pracy nie doczeka tego terminu, bo za pije się na śmierć. Nie można nikogo umieszczać poza kolejnością, bo to byłoby niesprawiedliwe. Dlatego należałoby utworzyć jak najszybciej nowe oddziały odwykowe. Prywatne odwykówki wyrastają jak grzyby po deszczu i za ciężkie pieniądze oferują terapię. Chyba już czas, by minister zdrowia jak najszybciej to

zmienił, bo w przypadku choroby alkoholowej, która jest śmiertelna, nie można czekać niemal dwóch lat na podjęcie leczenia.

Trzeba podjąć walkę z przyczynami, a nie ze skutkami. Na każdego pijącego trzeba spojrzeć indywidualnie, każdemu pomoże co innego. Wszystkie kampanie typu „życie masz tylko jedno” to zawracanie głowy, bo nie można od uzależnionego człowieka oczekiwać zdrowego rozsądku, skoro jego życiem rządzi nałóg. Jemu potrzeba kolejnych procentów, aby uruchomić możliwość walki o swoje życie i życie innych ludzi, którzy są bezpośrednio narażeni na działania człowieka pod wpływem alkoholu. W USA 22 proc. lekarzy jest uzależnionych od alkoholu. W Polsce nie ma miarodajnych badań. A szkoda. ■

ELEKTROFIZJOLOGIA

Chodzi o możliwości

Z **dr. hab. n. med. Michałem Mazurkiem**, kardiologiem elektrofizjologiem ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, nowym ambasadorem EHRA Young EP w Polsce, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

Funkcja ambasadora EHRA Young EP to prestiż czy coś więcej?

EHRA Young EP to inicjatywa ułatwiająca, uatrakcyjniająca i przyspieszająca rozwój zawodowy i naukowy młodych elektrofizjologów do 40. r.ż., będących w trakcie lub bezpośrednio po zakończonym szkoleniu w tym zakresie. Celem jest stworzenie globalnej siatki młodych kardiologów zajmujących się elektrofizjologią, aby mogli się lepiej poznać, współpracować, uczyć się od siebie. To szeroko zakrojony program obejmujący zarówno współpracę online, nieocenioną szczególnie w czasie aktualnie epidemii, a także kursy, staże zawodowe oraz badania naukowe. Jedną z głównych ról ambasadora danego kraju jest dotarcie z informacją do młodych kardiologów szkolących się w elektrofizjologii, że mogą być członkiem tej międzynarodowej społeczności i przekonanie ich, że ogrom możliwości, jakie stwarza ta ścieżka rozwoju zawodowego i naukowego, może być lepszym pomysłem niż działanie w pojedynkę.

Jakie jest zainteresowanie młodych elektrofizjologów z Polski działalnością EHRA Young EP?

Organizacja skupia 29 polskich lekarzy kardiologów szkolących się w zakresie elektroterapii/elektrofizjologii, ale wierzę, że będzie ich więcej. Warunkiem przynależności do tej organizacji jest członkostwo w Europejskiej Asocjacji Zaburzeń Rytmu Serca (The European Heart Rhythm Association, EHRA), w ramach której działa EHRA Young EP. Chodzi o możliwość nawiązania ze sobą bezpośrednich kontaktów online, uczestnictwo w warsztatach, kursach, webinarach, forach dyskusyjnych (platforma e-learningowa) – np. „burzach mózgów” nad zamieszczonym online EKG czy zapisami wewnątrzsercowymi. To unikalna okazja do uzyskania natychmiastowej informacji o szeregu planowanych, rozpoczynających lub toczących się badań naukowych (od badań randomizowanych, przez rejestry, do aktualnie bardzo modnych, krótkich i szybkich badań ankietowych EHRA surveys). Własne pomysły i inicjatywy są bardzo mile widziane. Promujemy i zachęcamy także do większej aktywności



i obecności na kongresach naukowych. Ogromnym zainteresowaniem cieszą się tzw. „EHRA Speed Mentoring sessions”. Są to 20-minutowe indywidualne spotkania z wybitnymi ekspertami, których porady dotyczące możliwości rozwoju zawodowego i naukowego mogą przerodzić się w prawdziwe „life-changing experience”. Istnieje też możliwość bezpośredniej wymiany wiedzy i doświadczeń w oparciu o staże i szkolenia w licznych ośrodkach akademickich w Europie.

Michał Mazurek:
- Organizacja skupia 29 polskich lekarzy kardiologów szkolących się w zakresie elektroterapii/elektrofizjologii, ale wierzę, że będzie ich więcej.

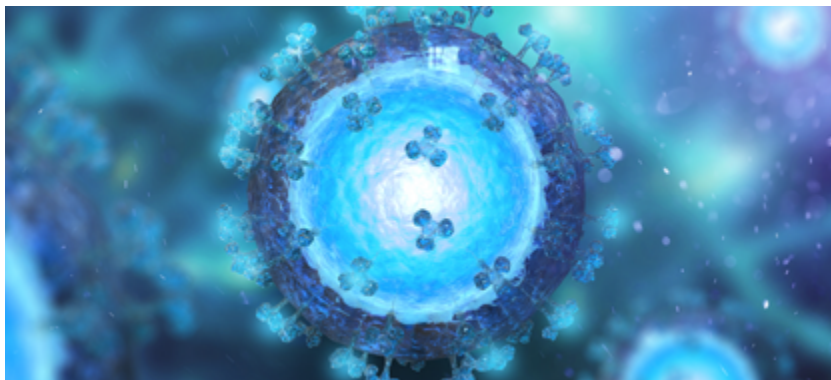
A czym jest inicjatywa EP Insight?

To bardzo interesująca propozycja współpracy ze strony wybitnych ośrodków w Europie chętnych przyjąć młodych elektrofizjologów na staż. Przewidziane są krótkie, maksymalnie dwutygodniowe staże, podczas których można uczestniczyć w zabiegach. Wprawdzie tego rodzaju szkolenia nie są aktualnie refundowane, ale uzyskane tam doświadczenie może być początkiem bliższej współpracy i ponownych szkoleń. EHRA oferuje również dwu- lub czterotygodniowe szkolenia (EOTP – Observational Training Programme), a nawet półroczne kursy z elektroterapii i elektrofizjologii. ■

NAUKA

Ostrożny optymizm

Remdesivir nie sprawdził się w leczeniu pacjentów z gorączką krwotoczną Ebola, ale z pierwszych doniesień wynika, że pomaga w terapii pacjentów z ciężkim przebiegiem COVID-19. Wskazuje na to m.in. artykuł opublikowany na łamach „New England Journal of Medicine”, w którym opisano rezultaty leczenia kilkudziesięciu osób z Ameryki Północnej, Europy i Japonii, oraz przedwstępne wyniki badania klinicznego III fazy, prowadzonego przez Uniwersytet Chicagowski z udziałem 125 pacjentów, wśród których był m.in. 57-letni Polak. Wiele ośrodków na świecie sprawdza skuteczność, jak i bezpieczeństwo tego leku, który



póki co nie został zarejestrowany. W drugiej połowie kwietnia remdesivir trafił m.in. do Polski, gdzie ma zostać podany pacjentom. Optymizmu nie brakuje, ale z rezultatów dotychczasowych badań nie należy wyciągać pochopnych wniosków. Pierwsze wyniki z trwającej III fazy testów producent leku, amerykański koncern farmaceutyczny, ma opublikować pod koniec kwietnia. ■



gazetalekarska.pl

Bada cały świat

W ostatnich tygodniach pojawia się wiele doniesień o badaniach prowadzonych na całym świecie w kierunku wykorzystania chlorochiny i jej pochodnej, hydroksychlorochiny, do leczenia COVID-19. Są to substancje czynne stosowane w lekach zatwierdzonych do leczenia malarii i niektórych chorób autoimmunologicznych. Jak podkreśla Europejska Agencja Leków, bardzo ważne jest, aby stosować je wyłącznie z zatwierdzonymi

wskazaniami, w ramach badań klinicznych lub krajowych programów pilnej pomocy leczenia COVID-19. „Zarówno chlorochina, jak i hydroksychlorochina mogą powodować poważne działania niepożądane, szczególnie w dużych dawkach lub w połączeniu z innymi lekami” – podkreśla prezes URPL Grzegorz Cessak. W kwietniu ruszył ogólnopolski program badania wpływu chlorochiny na zapobieganie lub zmniejszenie ciężkich powikłań płucnych w przebiegu zakażenia koronawirusem. ■

COVID-19 a rak

W czasopiśmie „The Lancet Oncology” opublikowano pracę, w której przeanalizowano przebieg zakażenia SARS-CoV-2 u chorych na nowotwory. W badaniu poddano analizie przebieg choroby u 1590 osób z Chin hospitalizowanych z powodu potwierdzonego COVID-19. 18 spośród nich chorowało na raka. Zaobserwowano, że ci pacjenci mieli większe

ryzyko ciężkiego przebiegu zakażenia (zdefiniowanego jako przyjęcie na oddział intensywnej terapii, potrzeba inwazyjnej wentylacji lub zgon). Doszło do niego w 7 z 18 przypadków (39 proc.) chorych onkologicznie, w porównaniu do 124 spośród 1572 pozostałych zakażonych (8 proc.). Nie wykazano, by pacjenci z rakiem płuca mieli cięższy przebieg zakażenia niż ci z innymi nowotworami. ■

Innowacje

W tym trudnym czasie obserwujemy również wysyp innowacyjnych pomysłów ułatwiających i przyspieszających pracę medykom. Naukowcy z UKSW stworzyli i wyprodukowali mobilną izolatkę, która chroni pracowników ochrony zdrowia, a jednocześnie umożliwia im swobodny dostęp do pacjentów. Projekt powstał przy ścisłej współpracy z lekarzami i personelem medycznym w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie, pierwsze izolátky już działają. W WUM opracowano namiot barierowy zapobiegający rozprzestrzenianiu się wysoko zakaźnymi patogenami. Koszt wyprodukowania jednej sztuki to niecałe 200 zł. Urządzenia będą szyte z polskich materiałów w krajowych fabrykach. Naukowcy z Politechniki Śląskiej stworzyli automatyczną bramę odkażającą, która umożliwia w łatwy sposób odkażać kombinezony ochronne przed ściągnięciem, co minimalizuje ryzyko zakażenia w trakcie ich zdejmowania. Taka brama działa już w Szpitalu Specjalistycznym nr 1 w Bytomiu. ■

Unikalne inhibitory

Opracowane przez polskich naukowców inhibitory polimerowe silnie hamują zakażenie SARS-CoV-2 oraz jego groźnego „kuzyna” MERS-CoV. Substancja jest unikalna w skali świata, a zdaniem badaczy wyniki są obiecującym krokiem na drodze do przygotowania leku. Prace prowadzono z wykorzystaniem nie tylko standardowego modelu komórkowego, ale również zaawansowanego systemu modelującego w pełni zróżnicowany nabłonek ludzkiego układu oddechowego (hodowle ALI). Jest on uznawany za jeden z najdoskońszych modeli, pozwalający na analizę zakażenia w naturalnym środowisku organizmu człowieka. Naukowcy

pokazali, że opracowane przez nich związki polimerowe, stworzone na bazie chitozanu, są w stanie skutecznie hamować infekcję nowymi koronawirusami. Wykazali, że polimer ten wiąże się z białkiem spike tworzącym „koronę” wirusa i blokuje jego oddziaływanie z receptorem komórkowym, a w konsekwencji wnikanie wirusa do komórki. Badania prowadzili naukowcy z Małopolskiego Centrum Biotechnologii UJ (pod kierunkiem prof. Krzysztofa Pyrcia i dr Aleksandry Milewskiej) oraz z Wydziału Chemii UJ (pod kierunkiem prof. Marii Nowakowskiej i prof. Krzysztofa Szczubiłki) przy współpracy naukowców z Uniwersytetu Gdańskiego, ze Śląskiego Centrum Chorób Serca, a także z Chin. ■

Polskie respiratory



Kluczowym sprzętem w czasie kuracji najcięższych chorych pacjentów na COVID-19 są respiratory. Kiedy wybuchła epidemia, w wielu krajach zaczęło ich brakować. Dotychczasowi producenci nie nadążali z realizacją zamówień, dlatego ich produkcją zajęli się przedstawiciele innych branż, m.in. giganci motoryzacyjni (np. General Motors, Ford, Renault, Seat). Nasi badacze nie zostają w tyle. Na przełomie kwietnia i maja zakończą się prace konstrukcyjne nad prototypami respiratorów ciśnieniowego i pojemnościowego z elementów powszechnie dostępnych na rynku – to projekt naukowców z Instytutu Lotnictwa oraz Instytutu Tele- i Radiotechnicznego, wchodzących

w skład Sieci Badawczej Łukasiewicza. Opracowany sprzęt zostanie poddany testom, a następnie naukowcy planują wyprodukowanie partii pilotażowej. Uruchomienie produkcji będzie możliwe po pozytywnym przejściu kolejnych testów i decyzji Ministerstwa Rozwoju, które wspiera ten projekt. Założenia konstrukcyjne respiratorów konsultowano z pracownikami Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”. To nie pierwszy projekt naukowców Łukasiewicza w walce z pandemią. W marcu wyprodukowano urządzenia do wentylacji dwóch pacjentów za pomocą jednego respiratora. 10 kwietnia pierwsza partia została skierowana do ośrodków medycznych na testy kliniczne. ■

Kiedy szczepionka?

Opracowanie szczepionki może być krokiem milowym w walce z koronawirusem. Skala pandemii w krótkim czasie zmobilizowała wielu badaczy na całym świecie nie tylko do wielkiego wysiłku, aby ją opracować, ale również do podjęcia bliższej współpracy i wymiany wyników badań na bieżąco. W połowie kwietnia nad wynalezieniem szczepionki pracowało co najmniej 70 zespołów badawczych. Wprawdzie wielu ekspertów szacuje, że szczepionka będzie dostępna dla pacjentów najwcześniej za 12-18 miesięcy, to jednak nie jest wykluczone, że nastąpi to wcześniej. Pierwsze eksperymentalne szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 weszły już do I fazy badań klinicznych w USA i Chinach, a w kolejnych tygodniach zapewne będą kolejne. Z kolei zespół naukowców z Instytutu Jennera na Uniwersytecie w Oxfordzie pod kierownictwem prof. Sary Gilbert zapowiedział, że są duże szanse na to, że nowa szczepionka może być dostępna już we wrześniu. Brytyjczycy w produkcję szczepionek inwestują dziesiątki milionów funtów. Własne badania nad szczepionką przeciwko SARS-CoV-2 rozpoczęła również Agencja Badań Medycznych w partnerstwie z ośrodkami z Polski i zagranicy. Na całym świecie, także w gronie naukowców, pojawiają się apele o uproszczenie regulacji dotyczących wprowadzania do rynek nowych szczepionek. Nieśie to jednak ze sobą duże ryzyko. ■

Na wolontariacie

Wpołowie kwietnia w Radomiu ruszyła produkcja pierwszych polskich testów wykrywających obecność SARS-CoV-2. Wytwarzane są one w oparciu o metodę opracowaną w Instytucie Chemii Bioorganicznej PAN w Poznaniu przez młodych badaczy, którzy w ramach wolontariatu przez trzy tygodnie pracowali w laboratorium dzień i noc. – Nikt nie zapytał nawet o jakąkolwiek zapłatę – mówi prof. Marek Figlerowicz, dyrektor IChB PAN. Wyrób otrzymał pozytywną ocenę po walidacji NIZP-PZH. Test bazuje wyłącznie na polskich odczynnikach. W ciągu kilku tygodni możliwości produkcyjne mają wzrosnąć do 100 tys. w miesiącu. Na wyprodukowanie pierwszej partii naukowcy z Poznania otrzymali 15 mln zł z resortu nauki i szkolnictwa wyższego. ■

BADANIE PRZEDMIOTOWE

#kulawydiabeł

Wśród książek, do których wracam, jest powieść Alaina René Lesage'a „Diabeł kulawy” w tłumaczeniu Tadeusza Boya-Żeleńskiego. To historia przewrotna, bo obnażająca największą pasję ludzkości – zamiłowanie do obserwowania bliźnich, zwłaszcza wówczas, gdy ci nie są tego świadomi.



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Wracam do niej może dlatego, że i ja także – w końcu co tu ukrywać – lubię sobie czasem popatrzeć z boku na innych... Trzeba zresztą uczciwie przyznać, że takie nomen omen podglądactwo, choć nie jest wynalazkiem naszych czasów, nigdy wcześniej nie było chyba tak proste, jak dziś – ale o tym za chwilę.

Główny bohater „Diabła kulawego”, Kleofas Leandro Perez Zambullo, uwalnia z zamkniętej przez alchemika fiołki tytułowego kuternogę, diabła Asmodeusza. Ten zaś, w podzięk za darowaną wolność, zaprasza swojego wybawcę – a wraz z nim czytelnika – do udziału w swoistym reality show. Demoniczny przewodnik i jego podopieczny wyruszają na wędrowkę ulicami XVIII-wiecznego Madrytu, a diablisko – jak na protoplastę Wielkiego Brata przystało

– sprawia, że dachy i ściany madryckich rezydencji, więzień, przytułków, pałaców i szpitali stają się przejrzyste. Tym samym odsłaniają to, co ich mieszkańcy i rezydenci starają się starannie zamknąć w swoich domowych pieleszach.

Wędrując z kulawym diabłem, spotykamy więc ludzi różnych stanów i profesji, a każda z tych osób skrywa przed światem jakąś tajemnicę – mroczną lub zabawną. Przechadzka z Asmodeuszem to jednak nie tylko czcza rozrywka. To, zgodnie zresztą z zapewnieniami piekielnego przewodnika, „zaprawiona pożytkiem” lekcja, obnażająca motywy ludzkiego działania, której nie powstydziliby się współczesny psychoterapeuta. Galeria postaci jest bogata i barwna, ale – co najciekawsze – zaskakująco aktualna. Żeby nie psuć przyjemności czytania tym, którzy sięgną do lektury Lesage'a,

wspomnę tu tylko o lekarzu, który wprowadzie nikogo nie leczy, ale – dla osiągnięcia towarzyskiej popularności – szczyty fikcyjną listą pacjentów celebrytów oraz o prawniku, fałszującym treści wyroków tak, by zaskarbić sobie łaski moco-dawców. Przyznacie Państwo: *nihil novi sub sole*, mimo upływu trzystu lat z okładem...

W zakończeniu powieści Asmodeusz musi wrócić do aresztu w alchemicznej pracowni, choć i diabełek, i czytelnik nie mają złudzeń – mocodawca jeszcze kiedyś wypuści go na świat, by wykorzystać jego nadprzyrodzone umiejętności.

Czy to się właśnie dzieje? Czy alchemik znowu uwolnił czarta kuternogę? Odpowiedzcie sobie państwo sami...

W chwili, gdy to piszę, wszyscy poddani jesteśmy przymusowej izolacji, spowodowanej pandemią koronawirusa. Sprawiliśmy jednak (nieprzypadkowo?), że ściany naszych mieszkań stały się całkowicie przezierne. Z pomocą internetowych aplikacji, które umożliwiają wirtualną komunikację, wpuściliśmy do swoich domowych fortec dosłownie każdego, kto chciałby tam zajrzeć. Podglądanie stało się tym samym nie tylko łatwe i popularne, ale – co gorsza – powszechnie akceptowane.

“

Z pomocą internetowych aplikacji, które umożliwiają wirtualną komunikację, wpuściliśmy do swoich domowych fortec dosłownie każdego, kto chciałby tam zajrzeć. Podglądanie stało się tym samym nie tylko łatwe i popularne, ale – co gorsza – powszechnie akceptowane.



Czy to się właśnie dzieje? Czy alchemik znowu uwolnił czarta kuternogę? Odpowiedzcie sobie państwo sami...

Wobec powyższego, fenomen taśmowców seriali, pokazujących skomplikowane relacje rodzinne oraz zawodowe dylematy lekarzy, prawników, policjantów i złodziei, a także programy typu „Big Brother” czy „Rolnik szuka żony” wydają się jedynie nieudolnym naśladownictwem diabelskiego kunsztu.

Możemy więc niepostrzeżenie i zupełnie bezkarnie zajrzeć do pokoju anonimowego nastolatka, podejmującego tak zwane „wyzwanie”, polegające na sfilmowaniu absurdu wybuchu i do sypialni jakiejś młodej kobiety, która pokaże, jak ukrywa tak zwane niedoskonałości swojej cery. Znany polityk obnaży przed nami swoje muskuły lub podzieli się szczegółami kuracji dotychczas skrywanej choroby. Darzona powszechną atencją piękność

opowie chętnie „na swoim profilu” o krzywdach doznanych u progu kariery, a złośliwy sąsiad pokaże, jak „ci spod trójki” nie segregują śmieci. Ktoś wygłosi propanstwową deklarację, lub – wręcz przeciwnie – zawoła: „Larum grają!” do bliżej nieznanego adresata, wywołując z jednej strony falę entuzjazmu, zaś z drugiej – tsunami nienawistnej krytyki.

Oko kulawego diabła zagląda do biur finansistów i do otwartych przestrzeni korporacji. Zagląda także do lekarskich gabinetów – tych profesorskich i tych, których właściciele dopiero planują stworzenie swojej własnej (choćby fikcyjnej) listy pacjentów celebrytów.

We wszystkich tych miejscach, do których możemy zostać wpuszczeni dzięki cyfrowej technologii (choć dla mnie wyjątkowo interesujące są

– nie ukrywam – właśnie lekarskie gabinety), poza treścią wygłoszoną przez ich gospodarzy są jeszcze, niejednokrotnie ciekawsze, tło i dekoracje. Fartuch, stetoskop, czy – nieodzowna dziś – maska na zatroskanej lekarskiej twarzy mają powiedzieć więcej niż jej właściciel. I choć na co dzień trudno oprzeć się wrażeniu, że czytelnictwo stało się nawykiem, delikatnie mówiąc, anachronicznym, to na drugim planie z zaskakującą częstością pojawiają się półki z książkami. Czasem jest to niewielki regał, pewnie z najpotrzebniejszą literaturą fachową. Czasem opoką specjalisty jest ściana książek ozdobiona nieprzypadkowo ustawionymi bibelotami i fotografiami. I chociaż nadzieją napawa fakt, że słowo pisane ciągle jeszcze ma świadczyć o wiedzy i wiarygodności, my nałogowcy biblioteczni, wiemy że... diabeł (nawet ten kulawy) tkwi w szczegółach i w myśl zasady „pokaż mi, co czytasz, a powiem ci, kim jesteś” trzeba bardzo dokładnie przyglądać się grzbietom stojących na półkach woluminów. ■



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Prawda pierwszą ofiarą

Przez cały styczeń i luty faszerowano nas przekazem, jak to Chiny nie radzą sobie z balastem koronawirusa. Informacjom o tysiącach zakażonych i dramatycznie rosnącej każdego dnia liczbie ofiar towarzyszyły oskarżenia o fałszowanie statystyk, spóźnione reakcje, kneblowanie ust informatorom...

Dokładnie te same zarzuty zaczęły się pojawiać pod adresem polskich władz w niespełna trzy tygodnie po tym, jak do szpitala w Zielonej Górze trafił pacjent zero.

Początkowo badania na obecność koronawirusa wykonywały w Polsce zaledwie dwa laboratoria. Z tygodnia na tydzień ich przybywało, ale i tak liczba testów na milion mieszkańców na tle innych krajów dawała nam powody do wstydu. W zamian karmiono nas „dobrymi” statystykami i opowieściami o mądrości i roztropności naszego rządu.

Osobny problem od początku stanowiły zgony. Był nawet taki dzień, kiedy ich liczba zaczęła maleć, bo uznano, że to nie koronawirus zabił, a „choroby towarzyszące”. Zmarłych na kwarantannie z typowymi objawami, którzy nie doczekali się testu, również nie wliczano, bo badań pośmiertnych w kierunku koronawirusa nie wykonywano. Falę negatywnych emocji w środowisku lekarskim wzbudził podpisany przez wiceminister Szczurek-Żelazko komunikat, wzywający konsultantów do „zaprzestania samodzielnego wydawania opinii”. W tym samym czasie zwolniono za krytykę warunków pracy położną ze szpitala w Nowym Targu oraz ratowniczkę z warszawskiego pogotowia (w tym przypadku wypowiedzenie cofnięto).

Władze, krytykowane za dramatyczny brak środków ochrony dla personelu medycznego, zdecydowały bronić się atakiem. Wiceminister zdrowia Waldemar Kraska, z zawodu lekarz, dał jasno do zrozumienia, że personel medyczny bagatelizuje procedury i przez nonszalancję naraża pacjentów na zakażenie. Dzięki szybkiej i zdecydowanej reakcji samorządu, doczekaliśmy się od wiceministra przeprosin. Ich zasięg był jednak niewspółmierny do oskarżycielskiej wypowiedzi. Prawdą manipulowano też, informując o wątpliwej skuteczności maseczek. Minister Zdrowia i GIS do końca marca trwali przy zaleceniu „maseczka tylko dla chorych”, zgodnie z wytycznymi WHO i CDC, ale w sprzeczności z doświadczeniami krajów najlepiej radzących sobie z pandemią, danymi z piśmiennictwa i zdrowym rozsądkiem. Zadziwia, że dało się na ten przekaz nabrać wielu lekarzy. A wystarczyło wziąć pod uwagę, że jeśli przynajmniej w połowie przypadków COVID-19 przebiega bezobjawowo, to z punktu widzenia zdrowia populacji należy przyjąć, że wszyscy są podejrzani o chorobę. Minister w końcu zmienił zdanie, nakazując zasłanianie ust i nosa od czwartku po Wielkanocę. Dlaczego nie od środy albo wtorku? Istny taniec wokół prostej decyzji, ale chyba nie ten „na brzytwie”, o którym często wspominał profesor Szumowski. Moja Izba (KPOIL w Toruniu), jeszcze zanim CDC ogłosiło zmianę stanowiska w sprawie maseczek, zaapelowała do swoich lekarzy o noszenie ich nie tylko w pracy, ale i w miejscach publicznych. Zwróciliśmy w naszym apelu uwagę na duże ryzyko zakażenia wśród pracowników medycznych. Powołaliśmy się na dane z Włoch, gdzie medycy stanowili około 8 proc. zakażonych. Kilka dni później okazało się, że w Polsce odsetek zainfekowanych medyków jest grubo ponad dwa razy wyższy! Nie mogło być inaczej, skoro Agencja Rezerw Materiałowych zamiast środków ochrony osobistej kupowała węgiel.

Prawda była u nas pierwszą ofiarą tej wojny, i to już kilka tygodni przed jej oficjalnym początkiem. Na przełomie stycznia i lutego, kiedy Chiny były przytłoczone pandemią, zarówno minister Łukasz Szumowski, jak i Główny Inspektor Sanitarny Jarosław Pinkas uspokajali, że jeśli wirus w ogóle do nas przyjdzie, to sobie z nim poradzimy. Prężenie muskułów trwało przez cały luty i przynajmniej pierwszą dekadę marca. Niestety nie potrafiliśmy wykorzystać dodatkowych kilku tygodni, które łaskawy los dał nam na lepsze przygotowanie się do walki z pandemią... ■

“

Agencja Rezerw Materiałowych zamiast środków ochrony osobistej kupowała węgiel.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (98)

Zaraz wracam

Pacjent poddany sterydoterapii doznaje cudownej ulgi, jaką daje lek. Z biegiem dni musi jednak zmierzyć się ze schematem odstawienia i lękiem nawracających objawów chorobowych.

Przewlekłość systemowych dolegliwości ochrony zdrowia znamy doskonale. Często jesteśmy dwiema stronami porady lekarskiej. Wiedza i autorytet nie chronią jednak przed chorobą. Dwoją się wówczas niedostatki świadczeń odczuwane na własnej skórze.

Złość potęguje walenie głową w mur, gdy mizarii każdej niemal dziedziny medycyny doświadczają najbliżsi. Tylko w pierwszej fazie żyjemy przekonanie o niezawodności telefonów do przyjaciół i pozycji środowiskowej. Z czasem rodzinne i koleżeńskie „pospolite ruszenie” osiada na miełach, które silniej i wcześniej poznają zwykli pacjenci.

Przeglądam codziennie historyczny zapis pandemii koronawirusa w raporcie prasowym NIL. Na tej podstawie, w klasycznej epikryzie pierwszy akapit powinien brzmieć mniej więcej tak: 38-milionowy pacjent z gorączką, bólem mięśni, dusznością i determinacją „błędny rycerz”, walczący z wiatrakami ministerstwa, sanepidu i oddziałów szpitalnych, został warunkowo przyjęty w celu wykonania testu. Z uwagi na niedostosowanie do sytuacji kryteria dostępu, medialne wystraszenie i nieoczekiwane zaostrożenie objawów podczas kwarantanny domowej, nie pozostawił służbom epidemiologicznym wyboru i był

izolowany w sali intensywnej opieki medycznej. W konsekwencji okazał się statystycznie i politycznie nieodpowiedzialny. Zmarł z powodu nierozpoznanych wcześniej chorób współistniejących i niepotwierdzonego do ostatniego tchnienia zakażenia wirusowego.

Najczęściej choroby nie można uniknąć. Zapisana w genach, zwyczajach i losach ujawnia się w najmniej spodziewanych chwilach. Dodawanie lat życia zawdzięczamy modyfikacji zachowań, postępom nauki i adekwatnej reakcji leczniczej po postawieniu diagnozy. W odniesieniu do opieki zdrowotnej taka profilaktyka to nic innego jak umiejętność przewidywania zagrożeń poprzez analizę modeli matematycznych, tworzenie map potrzeb zdrowotnych i sieci placówek udzielających porad oraz mądre kształcenie kadr, które poświęcając czas pacjentom, nie trwonią sił w walce o godne życie i wysoki odpis PKB na zdrowie. Kontekst ostatnich tygodni ujawnia nagość królestwa z Miodowej, iluzję propagandowej zmiany i gliniane nogi kolosa. Goliat jeszcze biegnie, ale po odmrożeniu roztopi się, zalewając lawiną kolejek, długów, braków, pozwów, roszczeń i oskarżeń. Efekt będzie podobny do sterydoterapii, podczas której nie zaplanowano monitoringu i zapobiegania skutkom ubocznym, gdzie przysłowiowy kij zabija drugim końcem. Sprawdza się wówczas parafraza z Gombrowicza, że nie ma takiego „wypłaszczenia”, które nie byłoby „wybrzuszeniem”. Decydenci prowadzący naród przez morze pandemii, boją się dwóch rzeczy naraz: skutków ubocznych terapii oraz nawrotu dolegliwości podczas obniżania dawek i obostrzeń. Pacjent, godząc się na trudy leczenia, zawsze stawia cel pełnej sanacji, nawet jeśli wyraża tylko oczekiwanie lżejszego cierpienia. Nadzieja nie opisuje wznowy i przywrócenia zakazów. Nie skuteczność metody często decyduje o zmianie deklaracji wyboru lekarza. Strach władzy przed tym ruchem suwerena jest silniejszy niż dekalog. Stąd utrzymanie dużej dawki sterydu, powikłane agresją rekomendacji i łamaniem kręgosłupów. Dlatego ordynator ma dożyć do majowego poranka. Resztę dokończy powrotna fala. ■

“

Goliat jeszcze biegnie, ale po odmrożeniu roztopi się, zalewając lawiną kolejek, długów, braków, pozwów, roszczeń i oskarżeń.



AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Sam ze sobą

Rzadko która czynność wymaga tak wielkich pokładów odwagi jak bycie z samym sobą. Życie w izolacji powoli staje się jedynym słusznym modus vivendi roku 2020. Jedni szaleją, inni uderzają w robótki ręczne, innych jeszcze jakaś siła wyciąga na balkony, by śpiewać. U Vincenta van Gogha zaś izolacja zaowocowała jednym z najważniejszych obrazów w historii sztuki.



Obraz: Vincent van Gogh, „Gwiaździsta noc”, 1889 r., MoMA, Nowy Jork

Gwiaździstą noc” prze-rabiano na tysiące różnych sposobów. Teorie na temat tego obrazu mają wszyscy: od ekspertów sztuki po astrologów, pisano o nim wiersze, śpiewał o nim Don McLean. Mało, jeśli w ogóle cokolwiek można dodać do dywagacji na temat tego niepokornego nieba nad cichą prowansalską wioską. Tego nieba, które wybucha widzowi prosto w twarz, nie pozostawiając mu wyboru. Musi przyłączyć się do szalonego tańca chmur, gwiazd i księżyca.

Lubię myśleć o tym płótnie od drugiej strony. O tym, w jakich okolicznościach powstało. W maju 1889 r. Vincent dobrowolnie poddał się leczeniu na oddziale psychiatrycznym przytułku-szpitala Saint Rémy. Wioska ta położona jest w sercu Prowansji, niedaleko Arles, w którym van Gogh zostawił swoje odcięte w szale ucho. Od czasów Arles jego stan pogarszał się, a Saint Rémy wydawało się być dobrą alternatywą dla dzikiego, artystycznego życia Paryża czy ciągłych awantur z Paulem Gauguinem w Prowansji. Tu Vincent był sam, w zupełnej izolacji od rodziny i przyjaciół.

Mógł mimo wszystko malować: miał farby i wokół niezwykle plenery gór Alpilles. „Gwiaździstą noc” namalował jednak nie z natury, ale z wyobraźni. Nosił to niebo w sobie przez lata i wielokrotnie w listach pisał, jak bardzo chciałby je z siebie wydobyć: „Absolutnie chcę namalować gwiaździste niebo. Często wydaje mi się, że kolory nocy są dużo bogatsze niż kolory dnia z odcieniami najbardziej intensywnych fioletów, niebieskości i zieleni.”

Namalował je, gdy był sam ze sobą, a jego świat ograniczały ramy przytułku. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 04/2020

1. Usunięcie kobiety przy drzwiach.

„Dekameron” Boccaccia to historia 10 osób: siedmiu kobiet i trzech mężczyzn, zatem brak jednej z nich byłby nieuzasadniony.

2. Dodanie krost na twarzy jednego z mężczyzn.

Gdyby mężczyzna był już zainfekowany, nie byłaby to dobra wiadomość dla reszty zamkniętych z nim współtowarzyszy.

3. Zamiana okrągłych drzew na smukłe cyprysy.

Grupa postaci z „Dekameronu” zamknięta była na wsi niedaleko Florencji, obecność cyprysów w tym pejzażu byłaby więc uzasadniona.

4. Dodanie ognia w tle.

Wiele przedstawień plagi pokazuje ogień, którego używano do palenia zainfekowanych przedmiotów w celu zapobiegania rozprzestrzeniania się zarazy.



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

NAGRODZENI Z „GL” 04/2020: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje

Aleksandra Targońska z Lublina. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Karol Kurcok z Tychów, Aleksandra Panasiewicz z Warszawy, Aleksandra Śliwa z Krakowa.**

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 20 maja 2020 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL05** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,



Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

HISTORIA I MEDYCyna

Zbrodnia katyńska — milczenie i pamięć

W kwietniu 1940 r. w lasach nieopodal Katynia i w innych miejscach doszło do bezwzględnej międzynarodowej zbrodni. Zamordowano 22 tys. polskich jeńców wojennych, w tym 10 tys. oficerów. Wśród nich byli m.in. lekarze wojskowi i cywilni. W tym roku minęło 80 lat od tego okrutnego mordu.

TEKST **MIECZYSLAW DZIEDZIC**, CZŁONEK OŚRODKA DOKUMENTACJI HISTORYCZNEJ ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Po agresji Armii Czerwonej, która rozpoczęła się 17 września 1939 r. na wschodnich terenach Polski, do niewoli dostało się ok. 250 tys. żołnierzy.

Jeńców umieszczono w ośmiu obozach, wyznaczając obozy specjalne dla oficerów i wyższych urzędników państwowych: w Starobielsku, Kozielsku i Ostaszkowie, a także w więzieniach na obszarach obecnej Białorusi i Ukrainy. Na mocy rozkazu NKWD nr 00350 z 5 marca 1940 r. zdecydowano o „rozpatrzeniu sprawy polskich jeńców w trybie specjalnym, z zastosowaniem najwyższego wymiaru kary – rozstrzelania”. Do dziś nie są znane wszystkie miejsca kaźni tysięcy zamordowanych ofiar – przedstawicieli polskich elit politycznych i intelektualnych.

LEKARZE W RĘKACH NKWD

W pierwszym miesiącu II wojny światowej lekarski obowiązek podjęło ok. 3 tys. lekarzy w 10 szpitalach wojskowych i ruchomych formacjach. Byli to zarówno członkowie korpusu etatowego armii i powołani rezerwiści, jak i ochotnicy, którzy zgłosili się do obrony ojczyzny. Ponad 600 z nich trafiło do sowieckiej niewoli i prawie wszyscy zostali zamordowani przez



Ks. Stanisław Jasiński i dr Tadeusz Pragłowski – członkowie Komisji PCK w Katyniu

NKWD. Niepełną listę sześćdziesięciu oficerów lekarzy straconych w Katyniu przedstawił dr Ludwik Kowieski w publikacji wydanej przez Lubelską Izbę Lekarską w 2004 r.

Zamiarem niemieckich i radzieckich okupantów była trwała likwidacja całej warstwy przywódczej narodu polskiego. Z uwagi na ograniczany

dostęp do archiwów, dotychczas niewyjaśniony jest pełny zakres współpracy Gestapo i NKWD w tej kwestii. Faktem jest, że w latach 1939-41 wysocy rangą funkcjonariusze obydwu tych organizacji zbrodniczych spotykali się na wspólnych konferencjach, najpierw w Brześciu i Przemyśle, a później we Lwowie, Krakowie, Zakopanem i Krynicy.

Niestety, nie udało się potwierdzić za pomocą dokumentacji relacji byłego premiera RP Leona Koźłowskiego, że w kwietniu 1940 r. w obiekcie wypoczynkowym NKWD w Katyniu, oddalonym kilkaset metrów od miejsca rozstrzelania polskich jeńców wojennych, przebywali niemieccy oficerowie.

BRZOZOWE KRZYŻE

2 sierpnia 1941 r. wojskowe władze niemieckie uzyskały wiadomość o masowych grobach w okolicach Katynia od jednego z jeńców wojennych, lecz wówczas nie zainteresowano się tą sprawą. Pierwsze informacje o tej zbrodni wyszły na jaw od okolicznych mieszkańców, którzy przekazali je Polakom pracującym w batalionie roboczym organizacji Todta zajmującym się naprawą linii kolejowej koło stacji Gniezdowo. W marcu 1942 r., we wskazanym przez Parfiena Kisieleva miejscu, odnaleźli oni zwłoki polskich

oficerów i postawili tam dwa symboliczne, brzoźowe krzyże.

Wieści o rozstrzelaniu jeńców, którzy mieli polskie mundury i przeważnie byli oficerami, potwierdzał w zeznaniach funkcjonariusz niemieckiej policji pomocniczej Iwan Kriwoziercow. Jednak dopiero na przełomie stycznia i lutego 1943 r. okupacyjne władze niemieckie odkryły mogiły polskich oficerów, powiadamiając naczelnego dowódcę Wehrmachtu gen. Alfreda Jodla.

WOJNA PROPAGANDOWA

Kłeska pod Stalingradem skłoniła propagandę III Rzeszy do próby skłócenia aliantów poprzez ujawnienie zbrodni popełnionej przez Związek Radziecki na polskich oficerach. 29 marca 1943 r. rozpoczęła pracę komisja prof. płk. Gerharda Buhtza, dyrektora Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Wrocławskiego, przeprowadzająca ekshumacje i badania kryminalistyczne, których wnioski naukowo potwierdzały datę dokonania masowego mordu w czasie, gdy rejon Smoleńska pozostał pod władzą sowiecką. 11 kwietnia 1943 r. niemiecka agencja prasowa Transocean poinformowała, że w pobliżu wioski Katyń, na zachód od Smoleńska, odkryto groby kilku tysięcy polskich oficerów zamordowanych przez Sowieców wiosną 1940 r. 13 kwietnia informację na ten temat podało Radio Berlin. Ten dzień jest Dniem Pamięci Ofiar Zbrodni Katyńskiej.

Informacja o zbrodni popełnionej przez NKWD została propagandowo wykorzystana przez Josepha Goebbelsa. Złożono wniosek do Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża o wysłanie do Katynia delegacji, która przeprowadzi prace ekshumacyjne. Podobną notę złożył Stanisław Radziwiłł, przedstawiciel Polskiego Czerwonego Krzyża w Genewie, jednakże aby międzynarodowa organizacja mogła podjąć działania, był niezbędny wniosek trzeciej strony – Związku Sowieckiego. Taki dokument, z oczywistych względów, nie wpłynął. Zamiast tego Radzieckie Biuro Informacyjne 15 kwietnia 1943 r. obciążyło Niemców odpowiedzialnością za ujawniony masowy mord polskich oficerów w Katyniu, informując że „w lecie 1941 r. polscy jeńcy wpadli



Informacja o zbrodni popełnionej przez NKWD została propagandowo wykorzystana przez Josepha Goebbelsa.

w ręce faszystowskich katów”. Od tego dnia zaczęło funkcjonować kłamstwo katyńskie.

PRACE IDENTYFIKACYJNE

Niemieckie Naczelne Dowództwo Wojsk Lądowych powołało różnego rodzaju komisje, które miały potwierdzić sowieckie sprawstwo dokonanej wiosną 1940 r. zbrodni, a także wysłać do Katynia delegacje lekarzy, przedstawicieli PCK, jeńców z oflagów, pisarzy i dziennikarzy z okupowanych terenów Polski.

W pierwszej ekspertyzie sądowo-lekarskiej, do której doszło 14 kwietnia 1943 r. w Katyniu, brali udział przedstawiciele Polskiego Czerwonego Krzyża i Rady Głównej Opiekuńczej – byli to asystenci prof. Jana Olbrychta z Zakładu Medycyny Sądowej w Krakowie: Maria Byrda, Marian Wodziński, a także Tadeusz Pragłowski, który w latach 1942-44 pracował w zakładzie anatomii patologicznej. Okazano im masowe groby, odsonięte w trakcie prac identyfikacyjnych komisji prof. Buhtza. W jednym z nich dr Pragłowski rozpoznał zwłoki w mundurze kapitana jednego ze swoich kolegów z Uniwersytetu Jagiellońskiego, co potwierdziło, że odkryto ciała polskich oficerów. „Pragłowski jako specjalista medycyny sądowej poczynił (...) kilka ważnych spostrzeżeń, które odegrały później pierwszorzędną rolę dla ustalenia czasu dokonania zbrodni, a pośrednio dla wskazania na ich faktycznych sprawców, tj. Związek Sowiecki” – napisał dr Marian Wodziński w raporcie Komisji Technicznej PCK opublikowanym w Londynie w 1947 r.

Tadeusz Pragłowski, etatowy docent Śląskiej Akademii Medycznej, nigdy nie uzyskał tytułu naukowego. Kadra naukowo-dydaktyczna i studenci, którzy znali jego udział w ujawnieniu prawdy o zbrodni katyńskiej, okazali mu należny szacunek, wpisując do indeksów „profesor” przed jego nazwiskiem.

15.04.1943

Od tego dnia zaczęło funkcjonować kłamstwo katyńskie.

PRZEŚLADOWANIA ZA PRAWDĘ

Ogrom tragedii, wynikający z metodycznie dokonanej zbrodni na tysiącach polskich jeńców, jest spotęgowany przez obowiązującą przez kilkadziesiąt lat znowę milczenia. Zaprzeczenie, że mord dokonało NKWD, czyli kłamstwo katyńskie, funkcjonowało w polityce międzynarodowej i na obszarze wpływów Związku Sowieckiego przez kilkadziesiąt lat. O rzeczywistych sprawcach i okolicznościach śmierci nie mogły się dowiedzieć ani osoby najbliższe ofiarom, ani społeczeństwo.

Za przypisywanie zbrodni w Katyniu oprawcom z NKWD groziły prześladowania i represje. Doświadczył tego dr Tadeusz Pragłowski. Był stale inwigilowany i aby uniknąć prześladowań przez władze komunistyczne, uciekł z Krakowa do Katowic. Był założycielem i pierwszym organizatorem tamtejszej katedry medycyny sądowej (1952). Jego rozprawa habilitacyjna wraz z wnioskiem Rady Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej o przyznanie tytułu profesorskiego miała zostać wysłana do Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej. Zapewne ze względu na podtrzymywaną przez dra Pragłowskiego prawdę o sprawcach zbrodni katyńskiej, polityczni decydenci we władzach uczelni uniemożliwili przekazanie wniosku do CKK, co było jawnym złamaniem prawa.

Od tego czasu, tj. od 1968 r., do dziś władze uczelni nie dokonały istotnego i trwałego uhonorowania postaci dra Pragłowskiego pomimo wielu starań ze strony samorządu lekarskiego. Ulubiona dewiza Tadeusza Pragłowskiego: *amicus Plato, sed magis amica veritas* (Przyjacielem mi Platon, ale większą przyjaciółką jest prawda) tłumaczy niezłomny charakter, nawet kosztem ponoszenia osobistych konsekwencji. Jeszcze w latach 70. XX w. uwarunkowania polityczne narzucały zbiorową hipokryzję czy wręcz fałszowanie faktów z historii Polski. Centralna Komisja ds. Stopni i Tytułów poinformowała w 2015 r.: „w zasobach archiwalnych Centralnej Komisji nie natrafiliśmy na jakikolwiek wniosek o nadanie tytułu profesora ww. osobie”. ■



Muzyka i medycyna, czyli sztuka i cierpienie

Wielu ludzi kocha muzykę. Jest ona dla nich przeżyciem estetycznym, relaksem, okazją do refleksji, ucieczką od stresu. Dla kompozytorów czy genialnych odtwórców muzyka jest całym życiem. Dla innych ludzi sens życia stanowi medycyna. Są też bigamiści, którzy ukochali obie te muzy.

TEKST **JERZY WOY-WOJCIECHOWSKI**, PREZES HONOROWY POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

Medycyna i muzyka to także dwie moje miłości, które towarzyszą mi przez całe życie. O ile ta pierwsza daje wzruszenia i przenosi w świat marzeń, to medycyna nie zawsze spełnia nasze oczekiwania. Boleśnie doświadczali jej niedostatki Mozart, Chopin i wielu innych.

SPOSÓB NA DŁUGOWIECZNOŚĆ

Od dawna uważano, że dźwięki są remedium na różne choroby. W Egipcie od niepamiętnych czasów stosowano „zar”, czyli leczenie

muzyką. Wiele sukcesów w muzykoterapii ma zamieszkały w Szwecji egipski kompozytor Abdelrahman Elkhatib, a w Polsce – dr Małgorzata Stańczyk z Poznania i dr Maciej Kierzy z Warszawy. Funkcje psychiczne i fizyczne podlegające sprężeniu zwrotnemu mogą być regulowane za pomocą muzyki, a umiejętnie stosowane mogą oddziaływać leczniczo.

Niektórzy artyści i aktorzy, dzięki stałej aktywności i umiarkowanemu stresowi, żyli długo, np. Pablo Picasso – 92 lata, Mieczysława Ćwiklińska – 93, Ludwik Solski – 99. Także wielu muzyków dożywało sędziwego wieku.

Yehudi Menuhin żył 83 lata, Jasha Heifetz – 88, Leopold Stokowski – 95, Artur Rubinstein – 95, a słynny wiolonczelista Pablo Casals – 97. Według prof. Andrzeja Szczeklika muzyka bezpośrednio oddziałuje na mózg. Ludzie ze słuchem absolutnym mają wyraźnie widoczne w NMR pewne skupiska w korze mózgowej odpowiedzialne za ten niezwykły dar. Zawodowi muzycy, z uwagi na precyzję i znakomitą koordynację ruchów, mają bardziej rozwinięty mózdzek oraz płat potyliczny. W porównaniu z innymi mają więcej szarej substancji i mniej jej tracą z upływem lat.

POKONAŁY GENIUSZY

Choroby, a także niedostatek, sprawiały, że długość życia wielu wybitnych kompozytorów była bardzo krótka. Wolfgang Amadeusz Mozart żył tylko 35 lat, a przyczyną jego śmierci prawdopodobnie było paciorkowcowe zapalenie nerek. Ludwig van Beethoven dożył 57 lat, a zmarł najprawdopodobniej z powodu zapalenia trzustki i marskości wątroby. Życie Johannes Brahmsa ukróciło w 67 r.ż. rak trzustki. Nasz genialny kompozytor Fryderyk Chopin żył tylko 39 lat, a zmarł z powodu gruźlicy, chociaż niektórzy uważają, że powodem jego śmierci była mukowiscydoza. Choć Chopina leczyło aż 34 lekarzy, ówczesna medycyna nie była w stanie mu pomóc.

Jan Sebastian Bach i Fryderyk Haendel cierpieli na postępującą chorobę oczu. Obaj byli operowani przez słynnego dra Johna Taylora. Niestety. Bach zmarł z powodu pooperacyjnego zapalenia płuc. Operacja nie pomogła również Haendlowi, który wkrótce po zabiegu dokończył swojego żywota. Nicolo Paganini, gdy zaczął chorować, bardzo cierpiał z powodu różnych dolegliwości bólowych. „Dentysta” szarlatan usunął mu wszystkie zęby z dolnej szczęki, a leczenie rtęcią i opium nie przynosiło ulgi. Umierał w cierpieniu.

Na choroby serca zmarli Stanisław Moniuszko, wyniszczony przez intensywny tryb życia (miał dziesięcioro dzieci i musiał zdobywać środki dla utrzymania rodziny), oraz wybitny skrzypek i kompozytor Henryk Wieniawski. Ofiarami nikotynizmu był Karol Szymanowski, Maurice Ravel Giacomo Puccini, Claude Debussy, Georg Gershwin i Dymitr Szostakowicz.

Z kolei włoski kompozytor Gaetano Donizetti, który po śmierci żony zaczął używać życia, zaraził się kiłą i zmarł z powodu udaru mózgu. Giuseppe Verdi odszedł sparaliżowany po udarze, podobnie jak Sergiusz Prokofiew. Nikołaj Rimski-Korsakow cierpiał na chorobę wieńcową. Zmarł w czasie burzy, przestraszony uderzeniem pioruna.

CO BY BYŁO, GDYBY...

Wszyscy ci wielcy kompozytorzy, najwięksi z największych, z powodu

tego, że medycyna w tamtych czasach nie była jeszcze doskonała, żyli krótko. Winę za krótkie życie Mozarta (35 lat), Chopina (39 lat), Czajkowskiego (53), Beethovena (57) i Brahmsa (67) ponosi ówczesna medycyna.

Dopiero w 1804 r. Friedrich Sertuerner wyodrębnił morfinę, która mogła zwalczać ból, przez który tak cierpiał Mozart. Dopiero 100 lat po śmierci Chopina zastosowano streptomycynę w leczeniu gruźlicy, a Roentgen na pięć lat przed końcem XIX w. odkrył promienie „X” – zbyt późno dla Fryderyka.

Na rok przed rozpoczęciem się wieku XX powstała aspiryna, która byłaby zbawienna w leczeniu chorób stawów Mozarta. Niestety została wyprodukowana dopiero 210 lat po jego śmierci. Jaki komfort życia miały Beethoven, mając nowoczesny aparat słuchowy?

UPUSTY, PIJAWKI, NASIADÓWKI

Czym leczono Mozarta? „Proszkiem margrabiego”, „czarnym proszkiem”, sokiem figowym i upustami krwi – ten sposób leczenia, zwany „wampiryzmem”, wprowadzony przez dra Broussaisa, przyczyniał się niekiedy do szybszego zejścia z tego świata. Na banalne przeziębienie zalecano po siedem upustów krwi. Nic dziwnego, że Chopin, czując, jak ta terapia go osłabia, często nie wyrażał na nią zgody. Ale i pijawki, bańki, „plasty pryszczawkowe”, plastry gorczyczne czy homeopatia też nie dawały trwałej poprawy. Mniej groźne niż upusty krwi były, stosowane na bóle brzucha Beethovena, ciepłe nasiadówki i „kuracje pitne”, których używał Czajkowski, ale i one nie przynosiły trwałej poprawy. Jak byśmy dzisiaj leczyli Mozarta, który cierpiał na rumień guzowaty, błędnie brany za szkarlatynę, miewał częste anginy paciorkowcowe, zaostrzające się co pewien czas reumatoidalne zapalenie stawów, chorował na przewlekłą chorobę nerek, prawdopodobnie przebył wirusowe zapalenie wątroby typu A, ospę, a w 1783 r. chorował na poważną grypę? Sam przyznawał (1780), że katar i flegma „towarzyszą



Funkcje psychiczne i fizyczne podlegające sprzężeniu zwrotnemu mogą być regulowane za pomocą muzyki, a umiejętności stosowane mogą oddziaływać leczniczo.

mu jak dwaj kirasjerzy”, a w 1789 r. narzekał na koszty lekarzy i aptek.

Fryderyk Chopin chorował co prawda na częste zapalenia oskrzeli, lecz jego zasadniczą chorobą była gruźlica płuc (później prawdopodobnie także jelit i krtani). Dzisiaj uzyskałby pomoc w każdej poradni ftyzjatrycznej, która mogłaby doprowadzić do jego trwałego wyleczenia.

Piotr Czajkowski po przebyciu trzech chorób zakaźnych (odra, ospa, błonica) przez całe życie cierpiał na nerwicę, depresję i choroby psychosomatyczne. Z nienajlepszym stanem psychicznym można łączyć jego „rozładowywanie napięcia” przy użyciu alkoholu. Ropień zęba, który w tak ważnym dla Czajkowskiego okresie uniemożliwiał komponowanie czy prowadzenie koncertu, dziś wymagałby krótkiej wizyty u stomatologa.

Stosunkowo najczęściej przewlekłe choroby doświadczał Ludwika Van Beethovena, który cierpiał na różne przypadłości już od najmłodszych lat. Najpoważniejszą z nich była głuchota, która od 25 r.ż. stopniowo narastała. Drugim poważnym schorzeniem towarzyszącym Beethovenowi aż do śmierci było zapalenie jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna), a trzecim – wirusowe zapalenie wątroby, które w efekcie doprowadziło do marskości tego narządu, żyłaków przełyku i krwotoków. Ten stan pogarszała jeszcze niesubordynacja mistrza do zaleceń diety oraz zamiłowanie do ponczu, win i piwa. Inne schorzenia, jak częste bóle głowy, „dychawiczność”, którą można łączyć z przewlekłym zapaleniem oskrzeli, choroba wrzodowa żołądka, kaszel wywołany ciągłymi przeziębieniami z powodu przebywania w stale niedogrzanym pokoju, zapalenie spojówek – jak sam określał – „melancholia” oraz „dna lub reumatyzm” były dla kompozytora mniej



Winę za krótkie życie Mozarta (35 lat), Chopina (39 lat), Czajkowskiego (53), Beethovena (57) i Brahmsa (67) ponosi ówczesna medycyna.

groźne, ale dopełniały historię choroby, którą można by oddzielić kilku chorych. Współcześnie Beethoven uzyskałby pomoc w poprawieniu słuchu. Utrzymywanie właściwej diety i pomoc gastroenterologa z pewnością by wybawiły kompozytora od stałych bólów i uprzykrzających życie biegunek. Właściwe leczenie interferonem i rybawiryną mogłoby opóźnić marskość lub nawet jej zapobiec. Także wirusowe zapalenie wątroby typu C jest obecnie uleczalne.

Stosunkowo najlepszym zdrowiem i długim życiem (67 lat) cieszył się Johannes Brahms. Miał raczej dobre zdrowie i nawet angina nie przeszkodziła mu w tworzeniu wspaniałego koncertu fortepianowego d-moll. Pierwszą, a zarazem ostatnią poważną chorobą Brahmsa był rak trzustki. Współcześnie zostałby on na pewno wcześniej rozpoznany (USG, CT, NMR), a interwencja chirurgiczna być może przedłużyłaby jego życie.

PRZYJACIELE

Wiekі XVIII i XIX to świadkowie niezwykłego przenikania się doskonałej muzyki i jakże ubogiej w tych odległych czasach medycyny. Należy podkreślić, że każdy z wymienionych wyżej kompozytorów przyjaźnił się z lekarzami i to nie tylko dlatego, że zbliżały ich do przedstawicieli medycyny liczne i tak dokuczliwe choroby.

Takim wzorcowym przykładem była legendarna przyjaźń Brahmsa z wybitnym chirurgiem Theodorem Billrothem, który był także pianistą, skrzypkiem, altowiolistą, kompozytorem i krytykiem muzycznym. Przyjaźń ta była całkiem bezinteresowna, a kompozytor w dowód znakomitej relacji zadedykował chirurgowi muzykowi dwa koncerty smyczkowe z op. 51. Przyjaciółmi Brahmsa były też wiedeński chirurg i muzyk Franz Schuch, anatomopatolog i muzyk Emil Zuckerkandl, biegły pianista

i chirurg Jan Mikulicz-Radecki, znany internista i świetny skrzypek Leopold Schroetter Von Kristelli, lekarz fizjolog, uznany wiolonczelista Georg Engelmann czy Johan Frank, twórca higieny, lekarz i muzyk, który koncertował z Haydnem i Beethovenem.

Z kolei najbliższym przyjacielem Beethovena był lekarz Franz Wegeler. Beethoven miał przyjaciół lekarzy znacznie więcej, lecz niektórzy popadali w niełaskę, gdy ich leczenie okazywało się mało skuteczne. Przyjaźń z Johannem Malfattim zaowocowała afektem do kuzynki lekarza – Teresy, której mistrz zadedykował powszechnie znany utwór „Dla Elizy”. O tym, jak sprawy zdrowia były ważne dla Beethovena, może również świadczyć fakt, że w kwartecie smyczkowym a-moll op. 132, napisanym w okresie, gdy czuł się lepiej, zatytułował obydwie ustępy części trzeciej „Święta pieśń dziękczynna ozdrowieńca” i „Czując nową siłę”.

Myśląc o tych największych geniuszach muzyki, trudno się nie oprzeć wrażeniu, że oni dali ludzkości wszystko, co mieli w sobie najlepszego, a niedoskonała w ich czasach medycyna nie była w stanie im pomóc. Po przeczytaniu niniejszych impresji, w domowym zaciszu, przy dźwiękach wspaniałej muzyki koncertu Wolfganga Amadeusa Mozarta G-dur, skierujmy nasze serdeczne myśli w stronę tych wielkich, których medycyna nie mogła w ich czasach ocalić.

LEKARZE KOCHAJĄ MUZYKĘ

Zamiłowanie do muzyki wśród lekarzy jest częstym zjawiskiem, być może dlatego, że wrażliwość na cudze cierpienie, chęć odreagowania od obcowania z chorobami, śmiercią i trudnymi problemami spotykany w praktyce lekarskiej uwrażliwia i sprawia, że sztuka leczenia jest tak blisko sztuk pięknych.

Również współcześnie przykładów łączenia przez lekarzy medycyny z muzyką jest wiele, a najlepiej znanym jest lekarz, teolog, filozof, organista i kompozytor, laureat Pokojowej Nagrody Nobla, zmarły w 1965 r. – Albert Schweitzer. Jego wnuczka Christine Schweitzer-Engel jest profesorem psychiatrii w Los Angeles i znakomitą, koncertującą na całym świecie pianistką. W 1999 r. bravurowo wykonała koncerty fortepianowe Mozarta na recitalu organizowanym przez Polskie Towarzystwo Lekarskie w Filharmonii Narodowej w Warszawie.

Wielu lekarzy uprawia muzykę dla przyjemności, jak chirurg Denton Cooley, który jako pierwszy w USA dokonał transplantacji serca. Z potrzeby serca grał znakomicie na skrzypcach lekarz i nauczyciel akademicki prof. Tadeusz Kielanowski, a także anatomopatolog prof. Ludwik Paszkiewicz i lwowski pediatra prof. Franciszek Groër.

Również dla przyjemności występowali w Teatryku Piosenki Eskulap okulista Krystyna Wieczorek, chirurg Jerzy Antepowicz, Karol Taube i Jerzy Jastrzębski, neurolog Konstanty Mrozek, ginekolog Jerzy Proniewski, ortopeda Maciej Brodowski, dentystki Wiesława Proniewska i Felicja Łapkiewicz, interniści Jerzy Kawecki i Jerzy Przedlacki, farmaceuta Romuald Quas de Penno czy autorka Hymnu Lekarzy Alicja Woy-Wojciechowska. Eskulap dał bezinteresownie 4 tys. koncertów, m.in. wielokrotnie na tournée w USA i Kanadzie, na Węgrzech i RFN.

Oddzielnie należy wymienić wspaniałego kompozytora i lekarza Krzysztofa Komedę Trzcińskiego, autora muzyki do filmów Romana Polańskiego. Nie każdy wie, że słowo „Komeda” zostało utworzone z wyrazów „koło” i „medyków”.

Niezapomniany był koncert w Teatrze Muzycznym Roma w 2011 r. z udziałem ponad stu muzykujących lekarzy m.in. Pleno Titolo Hanny Zajączkiewicz, Anny Kutkowskiej-Kass, Eweliny Sielskiej-Badurek, Krzysztofa Bieleckiego, Adama Torbickiego, Dariusza Kozłowskiego, Antoniego Sydora, Marka Kani, Kuby Sienkiewicza, a także lekarzy dyrygentów Justyny Chełmińskiej (Chór Kameralny WIL z Poznania) i Aleksandry Bakun (chór „Medici pro Musica” z Olsztyna). ■

KULTURA**PhotoArtMedica 2019**

**„Żywiół”,
lek. Monika
Majchrowicz,
okulistka
(Szpital pod
Bukami,
Bielsko-Biała),
PhotoArtMedica
2019 – Nagroda
Specjalna firmy
COOPER VISION
dla najlepszego
Autora Okulisty
z Polski**



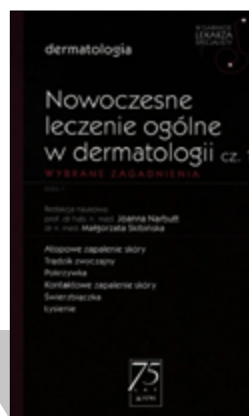
Strona internetowa konkursu: www.photoartmedica.pl

 NASZA CZYTELNIĄ


**Polskie szkoły medyczne.
Mistrzowie i uczniowie.
Wybrane zagadnienia**

Redakcja: Andrzej Śródka

Prezentacja wybranych środowisk związanych z wybitnymi osobowościami polskiej medycyny. W publikacji przedstawiono sześć szkół w obrębie nauk podstawowych i cztery szkoły naukowo-kliniczne, w tym m.in. polską szkołę bakteriologiczną czy krakowską szkołę medycyny sądowej. Opracowanie autorstwa pracowników Katedry Historii Medycyny Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.



**Nowoczesne leczenie ogólne
w dermatologii cz. 1**

Redakcja naukowa:

Joanna Narbutt,
Małgorzata Skibińska

Publikacja powstała w ramach cyklu „W gabinecie lekarza specjalisty”, omawiającego wybrane zagadnienia w danej dziedzinie medycyny. Pierwszy numer z serii dla dermatologów został poświęcony m.in. nowym terapiom w atopowym zapaleniu skóry, patogenezie trądziku, terapii pokrzywki, leczeniu kontaktowemu zapalenia skóry, świerzbicze guzkowej i postępowaniu w leczeniu łysienia.

KULTURA



PhotoArtMedica 2020



Przed nami VIII Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica, którego organizatorem jest OIL w Częstochowie. – W tej edycji po raz trzeci zapraszamy do zgłaszania fotografii m.in. w kategorii „Fotografia medyczna”. Niewątpliwie ta kategoria skłania do podjęcia tematu walki służb medycznych z pandemią COVID-19 w różnych kontekstach – mówi dr Krzysztof Muskalski, przewodniczący Salonów PhotoArtMedica, członek ORL

w Częstochowie. Jak dodaje, fotografie dokumentujące walkę z koronawirusem mogą stać się historycznym świadectwem ofiarności służb medycznych i społeczeństw całego świata dla przyszłych pokoleń. W konkursie mogą uczestniczyć m.in. lekarze i studenci medycyny z kraju i zagranicy. „Gazeta Lekarska” objęta patronatem medialnym to wydarzenie. ■

Zasady 8. edycji na stronie www.photoartmedica.pl



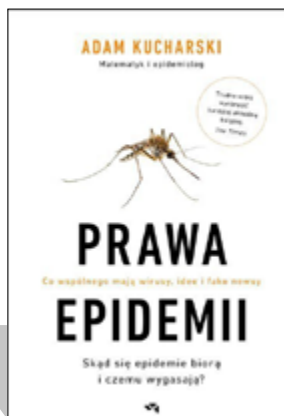
NASZA CZYTELNI



Lekarka więzienna. Kiedy przemoc, narkotyki i samobójstwa to twoja codzienność

Amanda Brown

Lekarka, która leczyła więźniów w słynnym brytyjskim zakładzie karnym Wormwood Scrubs, a także w największym europejskim więzieniu dla kobiet w Bronzefield, opisuje swoje doświadczenia związane z pomaganiem osadzonym. I przekonuje, że pomoc należy się każdemu – nawet tym, którzy popełnili największe zbrodnie, bo przecież lekarz jest od tego, aby ulżyć człowiekowi w cierpieniu.



Prawa epidemii. Skąd się epidemie biorą i czemu wygasają?

Adam Kucharski

Co wspólnego mają wirusy, idee i fake newsy? Autor – epidemiolog, profesor nadzwyczajny London School of Hygiene and Tropical Medicine – opowiada, dlaczego i w jaki sposób rozprzestrzeniają się epidemie, i to nie tylko te wywołane przez groźne patogeny, ale także i takie, które wybuchają np. w świecie finansów czy social mediach. Objaśnia mechanizmy ludzkich zachowań, ale też nie pozbawia nadziei na lepsze jutro.

**KULTURA**

Lekarze do piór!

Do 10 października można nadsyłać prace na V Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze Dzieciom”. Organizatorem konkursu jest Komisja Kultury ORL w Lublinie pod patronatem prezesa NRL Andrzeja Matyi oraz prezesa ORL w Lublinie Leszka Buka. Rozstrzygnięcie konkursu zaplanowano na 25 listopada, a wręczenie nagród laureatom – 12 grudnia. „Gazeta Lekarska” jest patronem medialnym tego wydarzenia. ■



gazetalekarska.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

**AKADEMIA MEDYCZNA W POZNANIU,
ROCZNIK 1964–1970**

Komitet organizacyjny 50-lecia ukończenia studiów ODWOŁUJE rocznicowe spotkanie w dniu 22 maja 2020 r. z powodu pandemii koronawirusa. Nowy termin zaplanowano na 18 września 2020 r. Prosimy o kontakt z organizatorami: Andrzej Mańkowski (tel. 618 672 199, 601 395 576), Hanka Kanold (tel. 502 236 477), Leon Drobnik (tel. 518 762 673), Jerzy Gizło (tel. 602 661 531).

**UWAGA! WYDZIAŁ LEKARSKI I STOMATOLOGICZNY
AM(UM) W BIAŁYMSTOKU, ROCZNIK 1969–1975 (74)**

Zgodnie z sugestią koleżanek i kolegów, ze względu na koronawirusa, odkładamy zjazd absolwentów AMB, rocznik 1969–75 (74) na 2021 rok.

**UWAGA! WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU,
ROCZNIK 1977**

Zmiana terminu spotkania absolwentów wydziału lekarskiego AM we Wrocławiu. Zjazd odbędzie się w dniach 21–23 maja 2021 r. Bliższych informacji udziela Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

**UWAGA! WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU,
ROCZNIK 1985**

Zmiana terminu spotkania z okazji 35-lecia ukończenia wydziału lekarskiego AM we Wrocławiu. Zjazd odbędzie się w dniach 28–30 maja 2021 r. Bliższych informacji udziela Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

**UWAGA! WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU,
ROCZNIK 1990**

Zmiana terminu spotkania z okazji 30-lecia ukończenia wydziału lekarskiego AM we Wrocławiu. Zjazd odbędzie się w dniach 4–6 czerwca 2021 r. Bliższych informacji udziela Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

**UWAGA! WYDZIAŁ LEKARSKI I ODDZIAŁ
STOMATOLOGICZNY AM WE WROCŁAWIU,
ROCZNIK 1970**

Zmiana terminu jubileuszowych obchodów z okazji 50-lecia ukończenia wydziału lekarskiego i oddziału stomatologicznego AM we Wrocławiu. Spotkanie odbędzie się w dniach 11–12 czerwca 2021 r. Bliższych informacji udziela Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
I ODDZIAŁU STOMATOLOGII AM W POZNANIU,
ROCZNIK 1955–1960**

Komitet organizacyjny spotkania z okazji 60-lecia ukończenia studiów z przykrością informuje, iż odwołuje spotkanie, jakie planowano na 6 czerwca br. Żywimy nadzieję, że sytuacja epidemiologiczna pozwoli, by to spotkanie zorganizować w czerwcu 2021 r. O szczegółach poinformujemy w osobnym komunikacie, Wanda Kowalewska-Piątek, Andrzej Obrębowski, Anna Serafinowska-Kiełczewska.

**UWAGA! ABSOLWENCI AM WE WROCŁAWIU,
ROCZNIK 1968**

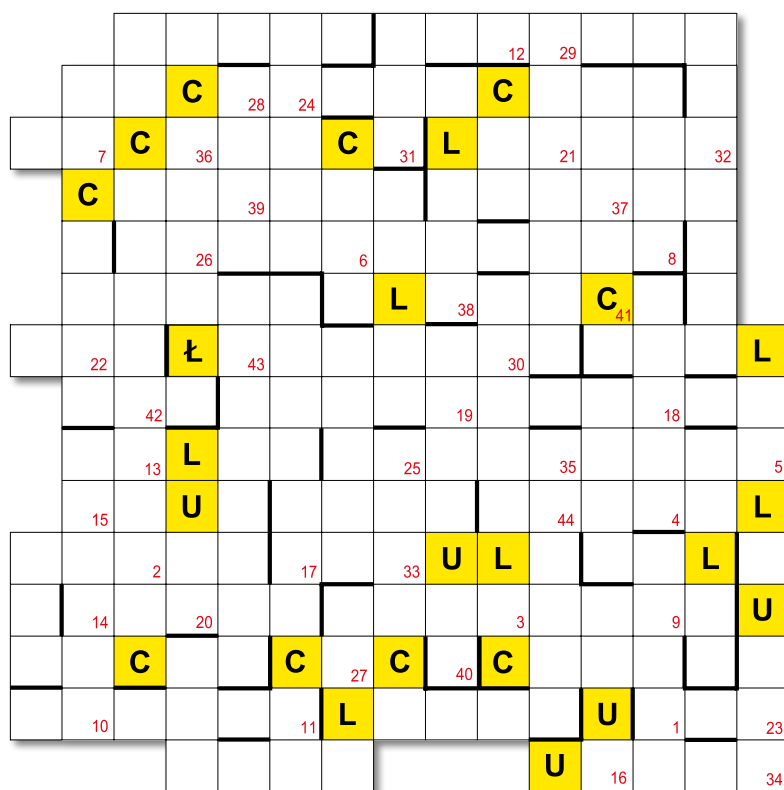
Zmiana terminu spotkania koleżeńskie. Zjazd odbędzie się w dniach 17–19 września 2021 r. w Zieleńcu. Bliższych informacji udziela Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

**WYDZIAŁ LEKARSKI AM W LUBLINIE,
ROCZNIK 1984–1990**

Spotkanie z okazji 30-rocznicy ukończenia studiów. Termin zjazdu: 7 listopada 2020 r., miejsce: Hotel Agit, Lublin, ul. Wojciechowska 29. Zgłoszenia na adres: zjazd.am@gmail.com lub do Edyty Rybak (tel. 508 074 969), Tomasza Brody (tel. 501 603 678). Koszt uczestnictwa: 270 zł, zgłoszenia i wpłaty przyjmujemy do 30 września 2020 r. na konto: 34 2490 0005 0000 4000 5090 0276. Dalsze informacje na podany w zgłoszeniu adres mailowy.

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

Objaśnienia 65 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: C, L, Ł i U. Na ponumerowanych polach ukryto 44 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Marka Twaina. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 maja 2020 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* trismus * bekka * płynie w Segedynie * przełożony klasztoru
 * decortatio cerebialis * kukulka, gżegżółka * nasza stara kurtka
 wojskowa * zaraza * dodatkowa podziałka pomiarowa * stolica
 Tybetu * alopecia * pestkowa węgielka * imię Mobutu * obywatelka
 Persji * Jezus Nazareński Król Żydów * przekroczenie norm
 religijnych * leczniczy partner imbiru i cebuli * różni się kapliczkami
 od Mazur * komiksowy kolega Wacka * cyanosis * drukuj (ang.)
 * współwynawcy Assada * święty ptak Indii * płynie z Łodzi
 do Warty * standardowa obiektywu ma 50 mm * ja (łac.) * imię
 Rosberga, mistrza F1 w 1982 r. * wywóz ścieków * galijski Merkury
 * uzdrowisko u ujścia Stupi * narzędzie do przecinania lub wygryzania
 kości * imperator * język głuchoniemych * odbył (łac.) * kuchenny
 z pochłaniaczem * zaostroszony dla Azji * robaczkowy * niemiecki obóz
 koncentracyjny * zbiórka, wezwanie * szczury pizmowe * miasto na
 pñ.-wsch. od Malmo * „Big ...” śpiewa w toalecie Kiepskich * orbitae
 * Edgar Allan, poeta * czarna, jadowity pajak * krzew żarnowiec
 * Stanisław, wokalista jazzowy * profit * skóra na twarzy * gród
 nad Niesobem * ślubny lub akwariowy * trująca psia pietruszka
 * czarodziejka, żona Jazona * nokaut w judo * alkohol etylowy
 * jego liść ornamentem * największa z Wysp Północno-Fryzyjskich
 * lacrimae * miejsce bitwy pod Badajoz w 1811 r. * mała Stanisława
 * ofiara powieszenia * stolica prefektury Magnezja * zabawa z losem
 * badanie odbytnicy * święty obraz prawosławny

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 252 („GL” nr 03/2020)
Ludzie odczuwają rzeczy dobre wolniej niż złe.

Nagrody otrzymują:

Monika Jaworska (Jędrzejów), Magda Łazinek (Lublin), Milena Romanowska (Ignatki). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody przesyłamy pocztą.

WYDAWCA



Naczelnia
Rada
Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 176 000 tegz.

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

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

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

Lucyna Krysiak
 dziennikarz
 Tel. 698 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.tarczyńska@gazetalekarska.pl

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

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do 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 recepty oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

