

SAMORZĄD: Reklama z zębem w tle



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

06 | 2020

STOMATOLOGIA

PRACA W NOWYCH REALIACH

COVID-19 w Europie

**PROBLEMY
LEKARZY**

Pierwsza fala

ROZMOWA Z PROF. KRZYSZTOFEM PYRCIEM

Prawo i medycyna

OGRANICZENIE WYKONYWANIA ZAWODU

Onkologia

ODMRAŻANIE PO KAWAŁKU

Raport specjalny

KORONAZAGADKA

CORAZ WIĘCEJ PYTAŃ O SKUTKI PANDEMII

21

ZASKOCZENIE I ZMIANY

SARS-CoV-2: z innymi
wyzwaniami mierzą się lekarze,
z innymi naukowcy.

STR. 14

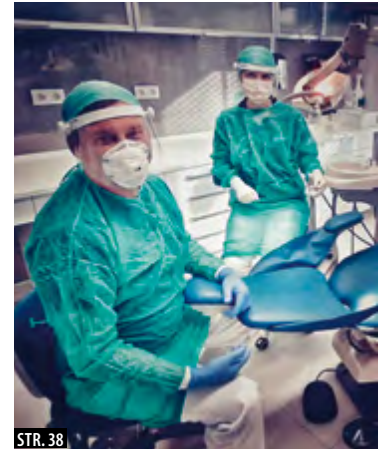


37

MAJ PEŁEN PROJEKTÓW

Okres głębokiego namysłu
władzy nad stomatologią,
z którą zapewne znów
nie wiadomo, co zrobić.

STR. 47



STR. 38

Spis treści

Czerwiec 06/2020

SAMORZĄD

- 4 | Co by tu jeszcze odmrozić, panowie?
- 7 | Reklama z zębem w tle
- 12 | Który biegły bieglejszy
- 14 | Dlaczego zdecydowali się pomóc?

RAPORT SPECJALNY

- 17 | Koronafakty
- 18 | Koronazagadka
- 21 | Zaskoczenie i zmiany
- 23 | Pandemia trwa
- 24 | COVID-19 w Europie
- 27 | Głód groźniejszy niż koronawirus?

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 28 | Darowizny, ulgi za złe długi i rozliczanie straty
- 29 | Zakażenie w pracy

- 30 | Ograniczenie wykonywania zawodu
- 32 | Emerytura a świadczenie postojowe
- 34 | Nowe rozporządzenie
- 35 | Kara za brak opieki i nadzoru
- 36 | Z tarczą czy na tarczy?

PRAKTYKA LEKARSKA

- 37 | Maj pełen projektów
- 38 | Nowa rzeczywistość
- 42 | BDO raz jeszcze
- 44 | Łatwo nie będzie
- 46 | Nie przestają rodzić
- 47 | Efekt kuli śnieżowej i kozioł ofiarny
- 50 | Zapisane w genach
- 51 | Koronakalkulator
- 52 | Pierwsza fala
- 54 | Odmrażanie po kawałku

- 57 | Komisje bioetyczne w czasach koronawirusa
- 58 | Badania kliniczne a epidemia
- 60 | Nie marnujmy lekcji okupionych krwią
- 62 | Lekarz wobec zagrożenia zakażeniem
- 64 | Pacjent Totalny

PO GODZINACH

- 66 | Istotne pytania
- 67 | Szurum burum
- 68 | Z braku
- 70 | Na krętkach cywilizacji
- 72 | „Maja” (1927-2020)
- 76 | Kultura online
- 77 | To nie jest dobry czas dla sportowców
- 78 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Z SOBIESKIEGO 110

Co by tu jeszcze odmrozić, panowie?

Nie, to nie jest cytat z filmu mistrza Barei! Pod takim hasłem, jak można było przeczytać w „Dzienniku Gazecie Prawnej”¹, odbywają się ostatnio spotkania rządowego zespołu zarządzania kryzysowego, w których regularnie uczestniczy premier.

W skrócie: kilka osób siada i zastanawia się, co dokładnie przekazać na konferencji prasowej, która rozpocznie się za kilkadziesiąt minut” – tak opisują to dziennikarze DGP, powołując się na anonimową rozmowę z jednym z członków rządu.

Po tej lekturze już nie dziwi mnie odpowiedź na mój list do Premiera RP m.in. z propozycją, by przedstawiciele samorządu lekarskiego włączani byli do prac zespołów zarządzania kryzysowego na poziomie rządowym i wojewódzkim. Chcieliśmy usprawnić przepływ informacji między praktykami a rządzącymi. Chcieliśmy pomóc w podejmowaniu trafnych decyzji. Okazało się, że posiedzenia są utajnione, uczestniczą w nich określone osoby, a zatem nasza pomoc nie jest potrzebna.

Nie tylko nas ciekawiło, jacy fachowcy wspierają Ministra Zdrowia w walce z epidemią, w sprawach zamrażania i odmrażania gospodarki, czy funkcjonowania ochrony zdrowia w tym szczególnym czasie. Minister Łukasz Szumowski, pytany o to w mediach, początkowo uchylał się od odpowiedzi, tłumacząc, że nie są to osoby publiczne i mogą nie życzyć sobie ujawnienia ich nazwisk.

Po kilku dniach za pośrednictwem PAP Ministerstwo Zdrowia przekazało jednak dane doradców i ekspertów

przygotowujących analizy dla ministra Szumowskiego. Ku mojemu zaskoczeniu nie znalazłem na tej liście żadnego praktykującego medyka, który zna realia szpitalnictwa, ratownictwa medycznego, POZ czy AOS, który jest blisko pacjentów i wie, jak wygląda codzienność polskiej ochrony zdrowia.

Teraz już łatwiej zrozumieć, dlaczego odbijamy się od ściany, gdy dopominamy się o spójne wytyczne, chociażby związane z odmrażaniem szpitali, o spójne procedury i zasady, informacje co do wymogów dla przyjęć planowych, testowania, finansowania testów, wymogów kwarantanny dla personelu oddziałów „pocovidowych”, powrotu do zasad funkcjonowania sprzed epidemii itd.

Placówki i ich dyrektorzy są pozostawieni sami sobie. Poruszają się po kruchym lodzie, bo nigdy nie mają pewności, czy za miesiąc, rok czy za kilka lat płatnik, urząd nadzorujący czy prawnik reprezentujący pacjenta lub jego rodzinę nie dopatrzą się jakiś uchybień.

„Góra” podejmuje decyzje ustalone w gabinetach i ogłasza je w świetle kamer. Ryzyko finansowe czy prawne spada na „doły”, nie mówiąc o kodeksie etyki, który obowiązuje lekarza niezależnie od tego, w jakich warunkach, uzgodzonych przez decydentów, przyjdzie mu działać. „Góra” natomiast zadbała, by uwolnić się od odpowiedzialności za podejmowane decyzje. Asymetria w karykaturalnej postaci!

Koronawirus stał się wygodnym alibi, by unikać dialogu i przejrzystości. Pośpieszne stanowienie prawa, chaos decyzyjny oraz brak spójności to choroba, która teraz coraz bardziej wyniszcza osłabioną przez lata zaniedbań polską ochronę zdrowia. Lekarzom zamyka się usta pod pretekstem ujednolicenia przekazu w czasie kryzysu. Nie przyjmuje się sygnałów wysyłanych przez nas i inne zawody medyczne. Do tego jeszcze ostatnio Minister Zdrowia rozwiązał Radę Naukową, która doradzała mu w sprawach m.in. rozwoju nauk medycznych, kształcenia w zawodach medycznych, a także przygotowywała merytoryczne opinie.

Konfrontowanie się z wiedzą i ekspertyzą przysparza rządzącym problemów. Wygodne zakłęcie „koronawirus” dziś tworzy im strefę komfortu. Jutro może być już nazwane ignorancją, która będzie nas drogo kosztować. Dziś, w sytuacji wyjątkowej, doraźne, nawet chaotyczne działania są tolerowane, obywatelska mobilizacja, spontaniczne akcje pomagają w walce z epidemią, a poprzeczka społecznej wyrozumiałości jest jeszcze zawieszona wysoko.

Takie krótkoterminowe działania nie wystarczą jednak na długo. To paliwo szybko się wyczerpuje.

Koronawirus – jak ostrzegają (właśnie!) eksperci – niesie zagrożenia ekonomiczne, a w ślad za tym pogłębiające się rozwarstwienie społeczne. Przejawem będzie m.in. skrajnie zróżnicowany dostęp do opieki zdrowotnej. Jej model zapewne trzeba będzie „wymyśleć na nowo”. Jak to zrobić bez ekspertów, bez dialogu, bez zaufania?

„Co by tu jeszcze... zrobić, panowie?” – nie wystarczy! ■

¹ Patryk Słowik, Marzena Sosnowska, „Koronawirus w głowie premiera”, „Dziennik Gazeta Prawna”, 22.05.2020

ALICJA
SZCZYPZYKDział Mediów
i Komunikacji

SKRINING

Czy MZ odnowi dialog
z samorządem lekarskim?

Ś wiadomi znaczenia społecznego lekarzy i lekarzy dentystów oraz odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów, jaka na co dzień spoczywa na ich barkach, nie tylko w okresie walki z pandemią wirusa SARS-CoV-2, byliśmy przekonani, że list wystosowany przez nas do Pana w dniu 24 kwietnia br. spotka się z należną reakcją i zrozumieniem potrzeby wznowienia merytorycznego dialogu z samorządem lekarskim. Dialogu niezbędnego

dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, a także zminimalizowania negatywnych skutków gospodarczych oraz ich wpływu na sektor ochrony zdrowia” – tak rozpoczyna się list otwarty prezesa NRL Andrzeja Matyi do Ministra Zdrowia, powstały ze względu na częste lekceważenie głosu samorządu lekarskiego.

Prezes NRL stanowczo domaga się wznowienia rzeczywistej współpracy MZ z samorządem lekarskim oraz zorganizowania spotkania przedstawicieli obu stron w celu omówienia sposobu zarządzania sytuacją w czasie epidemii, jak i przyszłej sytuacji w systemie ochrony zdrowia – do listu dołączono konkretne tematy w tym zakresie.

Tym razem ministerstwo zareagowało i spotkanie zaplanowano (w formie online) na 25 maja. O szczegółach w następnym numerze „GL” i na stronie internetowej NIL. ■

Staż podyplomowy
w czasie pandemii

Jeszcze w marcu Prezydium NRL postulowało, aby osoby, którym harmonogram stażu podyplomowego uległ zmianie z powodu rozprzestrzeniania się epidemii COVID-19, mogły mieć zaliczane staże częstkowe przez swoich koordynatorów. Okręgowe rady lekarskie miałyby potwierdzać takie zaliczenie.

Procedowana obecnie zmiana art. 15 ust. 8c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty pozwoli okręgowym radom lekarskim na uznawanie okresu, w którym lekarz stażysta nie realizował programu stażu podyplomowego, za równoważny z realizowaniem tego programu, jeżeli wykonywał w tym czasie zadania określone w wymienionym artykule.

Jednakże czas, w którym lekarz/lekarz dentysta stażysta nie wykonuje zawodu (np. z powodu preστοju, kwarantanny, choroby

czy opieki nad dzieckiem), nie będzie zaliczony na poczet odbywania stażu podyplomowego. Według resortu byłoby to niezasadne, gdyż „lekarz stażysta nie nabywa wtedy umiejętności praktycznych w wykonywaniu zawodu”.

W celu umożliwienia lekarzom i lekarzom dentystom rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego na podstawie postępowania kwalifikacyjnego, w którym braliby udział, gdyby nie utrudnienia związane z epidemią, wprowadzono zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Nowe zapisy mają zapewnić osobom, które nie ukończą stażu podyplomowego w terminie, możliwość rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego niezwłocznie po zakończeniu przedłużonego stażu podyplomowego. ■

Spadła cena testów
na SARS-CoV-2

Dlaczego NFZ obniżyło wycenę wykonania testu na obecność koronawirusa z 400 zł do 280 zł, a testu bez kosztów odczynnika z poziomu 200 zł do 140 zł? Prezydium NRL w stanowisku w sprawie zarządzenia Prezesa NFZ nr 60/2020/DSOZ zmieniającego zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oceniło, że przy podejmowaniu tej decyzji zabrakło transparentności oraz merytorycznych argumentów, w szczególności tych o charakterze ekonomicznym.

Fundusz tłumaczy, że za wszystkim stoi Ministerstwo Zdrowia – to na polecenie resortu obniżono wycenę, jak i przeprowadzono analizę kosztów ww. procedur w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Obecna wartość wykonania testów ma zagwarantować spójność i ujednolicenie finansowania wobec wszystkich laboratoriów, które te badania zobowiązały się wykonywać. Ale czy nie odbije się ona na liczbie wykonywanych testów, jak i wynagrodzeniach personelu medycznego odpowiedzialnego za te świadczenia? ■

Reaktywacja newslettera NIL



Już od dwóch miesięcy newsletter Naczelnej Izby Lekarskiej ponownie trafia do Państwa skrzynki e-mailowych. W czasie pandemii – co tydzień! Osoby, które jeszcze nie są subskrybentami, a chcą otrzymywać najnowsze informacje na temat działań samorządu lekarskiego, zapraszamy do zapisu poprzez stronę NIL (www.nil.org.pl). ■

Wznawianie planowego leczenia

Pod koniec kwietnia Minister Zdrowia zaapelował o stopniowe przywracanie planowej działalności podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Niestety zabrakło wytycznych, jak ten proces przeprowadzić. Prezydium NRL zwróciło się do resortu w tej sprawie, apelując o wydanie zaleceń niezbędnych dla przywrócenia przyjmowania pacjentów w ramach planowej opieki medycznej i badań profilaktycznych. Zdaniem Prezydium NRL „każdy pacjent przyjmowany do

planowej procedury leczniczej powinien mieć nie wcześniej niż 24 godziny przed planową hospitalizacją pobrany i oceniony wymaz z jamy nosowej lub gardła w kierunku SARS-CoV-2 (badanie metodą RT-PCR), ponieważ tylko takie badanie minimalizuje prawdopodobieństwo zakażenia koronawirusem”. Samorząd lekarski domaga się również, aby koszty wykonania badań na obecność wirusa przed skorzystaniem z planowego leczenia były sfinansowane przez publicznego płatnika. ■

Jak stosować środki ochrony osobistej?

Nazelenie Ministerstwa Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w oparciu o dostępne dowody naukowe i istniejące wytyczne, opracowała „Polskie zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne oraz organizacyjne w zakresie opieki nad osobami zakażonymi lub narażonymi na zakażenie SARS-CoV-2”. Dokument odnosi się do wykorzystania środków ochrony osobistej w zależności od drogi transmisji, miejsca i wykonywanej procedury. Natomiast „Zalecenia krajowego konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych

dotyczące stosowania środków ochrony osobistej oraz sposób organizacji pomieszczeń, w których udzielana jest pomoc medyczna dla pacjentów z podejrzeniem COVID-19”, opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia, skierowane są do konkretnych miejsc w systemie ochrony zdrowia.

Prezes NRL Andrzej Matyja określił oba materiały jako „jedyne, które należy stosować”. Resort zdrowia podkreśla jednak, że dokumenty powinny być indywidualnie przeanalizowane przez każdy szpital i odpowiednio adaptowane. ■

Petycja



Jeszcze przed wybuchem epidemii SARS-CoV-2 lekarze dentyści zwrócili się do Narodowego Funduszu Zdrowia o dostosowanie warunków finansowych umów do aktualnych kosztów ich realizacji. Umowy podpisywane były w większości ponad dwa lata temu, w zupełnie innych warunkach, niż obecnie – koszty udzielania świadczeń i utrzymania gabinetów w czasie trwającej pandemii koronawirusa znacząco wzrosły.

Ze względu na brak reakcji w tej kwestii, Naczelna Rada Lekarska przygotowała zbiorową „Petycję do Ministra Zdrowia i NFZ w obronie praktyk lekarzy dentyków i Pacjentów”.

„Skutki, jakie dla pracy gabinetów stomatologicznych wywołała epidemia (m.in. podwyższony reżim sanitarny), wykluczają realizację umów stomatologicznych, jeśli do zasad ich finansowania nie zostaną wprowadzone niezbędne korekty” – czytamy w opisie petycji, w której wzywa się MZ i NFZ do natychmiastowego podjęcia z NRL rozmów dotyczących finansowania świadczeń stomatologicznych w perspektywie przynajmniej najbliższych 12 miesięcy. ■

Link do petycji: <https://ankiety.hipokrates.org/index.php/986993?lang=pl>

Pracownicy transgraniczni

Uwagi samorządu lekarskiego uwzględnione! Po głośnej krytyce projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, który ograniczał możliwość wykonywania przez personel medyczny pracy za granicą, poprzez utrzymanie obowiązku poddania się kwarantannie po każdorazowym przekroczeniu granicy państwa, jego zapisy zostały zmienione. Końcowa wersja rozporządzenia, opublikowana 16 maja br. w Dzienniku Ustaw RP, nie przewiduje już obowiązku poddania się kwarantannie przez pracowników medycznych wracających do kraju. ■

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE

Reklama z zębem w tle

Przed wojną często promowano usługi dentystyczne, nie przestrzegając żadnych zasad.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ



Akademia Stomatologiczna w Warszawie, na zdjęciu widoczni są studenci przy fotelach dentystycznych, 1933 r.

Podziały historyczne, ekonomiczne i kulturowe, będące spuścizną po zaborach, znacząco wpłynęły na kształtowanie się rynku usług dentystycznych w dwudziestoleciu międzywojennym.

Świadczeń stomatologicznych udzielały osoby o różnym przygotowaniu zawodowym i umiejętnościach. Wówczas w Polsce praktykowało 10,6 tys. osób parających się stomatologią, wśród których byli zarówno dyplomowani lekarze, jak i osoby bez dyplomu, technicy dentystyczni, a na wsiach nawet zwykli kowale i balwierze, których tylko dodatkowym zajęciem było rwanie

zębów. Na ten chaos nakładał się kryzys ekonomiczny, który sprawiał, że wykonujący ten zawód, aby się utrzymać i opłacać wysokie podatki, musieli zabiegać o pacjentów i często ogłaszali się i reklamowali swoje usługi, nie przestrzegając żadnych zasad.

WOLNOAMERYKANKA

Reklama dentystyczna w okresie międzywojennym nie rządziła się żadnymi prawami. Wprawdzie powołany w 1938 r. samorząd lekarzy dentystów chciał te sprawy uporządkować i wprowadzić odpowiednie przepisy, które określałyby, co jest dozwolone, a co nie, ale wojna przerwała te plany.

1925

W tym roku ustanowiono „Kodeks Deontologii Dentystycznej”, w którym zawarto m.in. oficjalne stanowisko w sprawie reklam usług dentystycznych.

Często reklama była używana wymiennie z ogłoszeniem, miała charakter dwuznaczny i wybiegała poza jakiekolwiek ramy deontologii. Zarówno rząd, jak i samorząd lekarski krytycznie odnosili się do reklam usług medycznych (oprócz dentystów ogłaszali się lekarze, aptekarze, felczerzy, znachorzy, szarlatani), również dentystycznych, które często – jak opisał Zygmunt Wiśniewski w swojej książce pt. „Lekarze i Izby Lekarskie w Drugiej Rzeczypospolitej” – były propagowaniem partactwa. Partacze byli w tym czasie zakałą środowiska. Były to osoby podszywające się pod lekarzy dentystów, wywodzili się z różnych środowisk i nie posiadali żadnych dokumentów uprawniających do wykonywania zawodu.

Oficjalne stanowisko w sprawie reklam usług dentystycznych zostało zawarte w „Kodeksie Deontologii Dentystycznej”, który ustanowiono w 1925 r. W punkcie szóstym tego kodeksu zapisano: „Powstrzymaj się od wszelkiej reklamy. Ona poniża praktyka i rzuca cień na cały zawód”. Kodeks był w tamtych czasach ważnym, choć skromnym dokumentem, gdyż zapoczątkował walkę z „reklamiarstwem”, która, niestety, nie przynosiła efektów. Nie nakładał bowiem żadnych sankcji prawnych na reklamodawców. A w tamtych czasach dominowały metrowe, balkonowe szyldy (można je porównać do dzisiejszych billboardów), efektowne neony, a wewnątrz – jak pisze wspomniany już



Z. Wiśniewski, przedziatki przypominające „separatki golarni czy też fryzjersi damskich”.

Dentyści wykonywali swój zawód we własnych gabinetach, ambulatoriach ubezpieczalni lub pracowali w lecznicach, które powstawały lawinowo i traktowały ich jak najemników. To właśnie lecznice najbardziej prześcigały się w pomysłowości reklam, które miały niewiele wspólnego z prawdą. Osiedli w Warszawie lekarz dentyista z Radomia w oknach swojego domu umieścił dużymi literami napis „Gabinety dentystyczne”, a w odpowiedzi lekarz z naprzeciwka napisał dziesięć razy na murach swojej kamienicy „Zęby sztuczne”.

sztuczne, choroby zębów, dyżury nocne”. Inny dentysta reklamował się tak: „Mam lekarstwa, co się tyczy ustnych chorób, także koralowy proszek, łatwergę, opiat do szkorbutu, tynkturę ustową”. Mnożyło się wówczas od reklam, których celem miało być sławienie „cudownych” właściwości różnych preparatów, metod i umiejętności. Reklama nie ominęła też sprzętu i wyposażenia gabinetów dentystycznych.

REKLAMIAINSTWO I SZYLDOMANIA

Ówczesna prasa, szczególnie codzienna, drukowała różnego rodzaju ogłoszenia zachwalające usługi den-



szanujące się czasopisma sprzeciwiały się tego rodzaju praktykom. Wychodząca w dwudziestolecie międzywojennym „Kronika Dentystyczna”, której redaktorem i wydawcą był lekarz dentyista Maurycy Krakowski, wypowiedziała zdecydowaną wojnę „reklamiarstwu”, opisując je jako nieetyczne zarówno wobec pacjentów, jak i kolegów wykonujących zawód lekarza dentyisty. Bez skrupułów ujawniała nieprawdziwe anonsy w prasie, podając nazwy gabinetów i nazwiska właścicieli. Szczególnie piętnowała agresywne promowanie się lecznic.

Autor jednego z artykułów napisał: „Nazywa się to blaga i nabieranie gości”. Jednemu z właścicieli lecznicy usytuowanej na Nowym Świecie 62 w Warszawie o nazwisku Gelbfisz zarzucił, że nie jest nawet lekarzem dentyistą, tylko weterynarzem, który aby otworzyć lecznicę i być wiarygodnym jako jej właściciel, zatrudnił na stanowisku kierowniczkę absolwentkę Państwowego Instytutu Dentystycznego, co dodawało prestiżu i spełniało formalny wymóg fachowości.

Innym napiętnowanym w „Kronice Dentystycznej” był lekarz dentyista Eizenberg, który pod szyldem „specjalnej lecznicy zębów” parł się usługami kosmetycznymi, które dziennikarz tego czasopisma opisał tak; „Instytucja ta – jak utrzymują wtajemniczeni

1. Witryny sklepowe na jednej z krakowskich ulic, widoczny m.in. szyld „Skład Dentystyczny Józef Leibowicz”, 1934 r.

2. Skromna tabliczka informacyjna z napisem „Do dentyistki” umieszczona na drzewie, prowadząca do gabinetu dentystycznego w Piasku, 1933 r.



Zarówno rząd, jak i samorząd lekarski krytycznie odnosili się do reklam usług medycznych (oprócz dentyistów ogłaszali się lekarze, aptekarze, felczerzy, znachorzy, szarlatani), również dentystycznych, które często były propagowaniem partactwa.

Oprócz tego wywiesił szyld o treści „gabinet mierzący od siedmiu do ośmiu łokci i dwa mniejsze – zęby

tystyczne, nie bacząc na ich treść, ponieważ widziała w nich dla siebie dobre źródło dochodu. Jednak

– doskonale prosperuje, bowiem w dzisiejszych ciężkich warunkach kryzysowych kosmetyka damska, taka jak tynkowanie i pacyfikowanie zmarszczonych twarzy, daje pomyślne wyniki materialne". Autor pisze dalej, że reklamiarstwo i szyldomania lecznic to nie jedynie popełniany przez nie grzech, zwykle pracuje w nich jedna wykwalifikowana osoba, a wyposażenie nie różni się od zwykłego gabinetu, jakich wiele.

PROBY WERYFIKACJI

W Polsce międzywojennej lekarzy dentystów dotykały te same problemy co lekarzy ogólnych i specjalistów. Mieli problemy z utrzymaniem się na rynku pracy. Mała liczba pacjentów, którzy decydowali się leczyć zęby w gabinetach prywatnych, większość korzystała z przychodni dentystycznych należących do ubezpieczalni. Agresywna reklama miała więc swoje uzasadnienie. Zdawano sobie sprawę, że piętnowaniem nie rozwiąże się problemów. Rozwiązały je weryfikacja umiejętności.

W 1919 r. Ministerstwo Zdrowia Publicznego wydało rozporządzenie, które zobowiązywało lekarzy powiatowych do weryfikacji uprawnień osób wykonujących



W Polsce międzywojennej lekarzy dentystów dotykały te same problemy co lekarzy ogólnych i specjalistów. Mieli problemy z utrzymaniem się na rynku pracy.

zawód lekarza dentysty. W przypadku absolwentów wydziałów lekarskich uniwersytetów nie było to trudne. Większość praktykujących stanowili jednak absolwenci dwuletnich prywatnych szkół dentystycznych, do których przyjmowano bez matury. Ta grupa mogła uzupełnić wykształcenie, ale to trwało latami, mimo że za sprawą prof. Antoniego Cieszyńskiego organizowano dla nich kursy w Państwowym Instytucie Dentystycznym.

GRUPA PARTACZY

Jednak tego rodzaju procesom doskonalenia nie można było poddać techników dentystycznych, którzy także zajmowali się leczeniem zębów. Zaliczano ich do tzw. grupy partaczy. Byli bardzo pomysłowi w swoich działaniach i mimo

zmasowanej niechęci środowiska nie dawali się wypchnąć z rynku. Wspomagali ich w tym firmanci i firmantki, czyli osoby wykształcone i wykwalifikowane, które za odpowiednią odpłatnością, minimum 100 zł miesięcznie, użyczały im swoich gabinetów i szyldów. Problemy te dzieliły lekarzy dentystów, ale nie było wówczas narzędzi do samooczyszczenia się środowiska. Lekarzom taką możliwość stworzyły izby lekarskie, stomatologów do 1938 r. nie posiadali własnego samorządu, a administracja w tym zakresie działała opieszałe. Co prawda w 1931 r. dokonano weryfikacji dyplomów uprawniających do wykonywania tego zawodu i po weryfikacji liczba uprawnionych spadła o 260 osób, ale tzw. partaczy to nie dotknęło. Działali nadal. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

OZL w formie elektronicznej

Tegoroczne okręgowe zjazdy lekarskie, które miały odbyć się na początku roku, z wiadomych względów zostały odwołane. Jako że stan epidemii trwa i zakaz zgromadzeń nadal obowiązuje, większość izb podjęła decyzję o zorganizowaniu OZL za pośrednictwem dostępnych kanałów elektronicznych.

Lubelska Izba Lekarska ma już okręgowy zjazd za sobą. Wydarzenie odbyło się w dniach 7-8 maja. Jak informuje „Medicus”, nie było tradycyjnego spotkania, a delegaci głosowali nad uchwałami online, korzystając z programu opracowanego przez informatyków izby. Była także możliwość oddania głosu w siedzibie LIL. Frekwencja wyniosła 85 proc. Pod głosowanie poddano

siedem uchwał, m.in. dotyczące zatwierdzenia sprawozdania z działalności ORL, OROZ i OSL za rok 2019 i uchwalenia budżetu izby na rok 2020.

Śląska Izba Lekarska także już przeprowadziła tegoroczny OZL. Delegaci w formie korespondencji mailowej głosowali nad trzema uchwałami: regulaminowa, zatwierdzenie budżetu za rok poprzedni i przyjęcie planu budżetu na ten rok. Można też było oddać głos pocztą tradycyjną lub przyjść osobiście do izby.

Ich śladem idą kolejne izby, np. OZL Beskidzkiej Izby Lekarskiej odbędzie się w trybie obiegowym w dniach 1-5 czerwca. Inne izby wprowadzają podobne rozwiązania. ■



gazetalekarska.pl

Środki ochrony dla lekarzy

Do okręgowych izb lekarskich dotarły środki ochrony osobistej zakupione przez Fundację Lekarze Lekarzom działającą przy Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Za 20 mln zł przekazane przez Kulczyk Foundation na konto FLL udało się kupić w sumie 1 mln masek chirurgicznych, 1,5 mln masek FFP2 N95, 100 tys. kombinezonów klasy II, 100 tys. gogli i 100 tys. przyłbic, które zostały rozdysponowane pomiędzy okręgowe izby lekarskie według liczby czynnych zawodowo lekarzy i lekarzy dentystów. Izby przekazały je, zgodnie ze zgłoszonym zapotrzebowaniem, do personelu medycznego oraz placówek medycznych.

I tak, np. do OIL w Szczecinie trafiły 34 tys. maseczek chirurgicznych, 50,4 tys. masek FFP N95, 3 350 kombinezonów, 3 200 sztuk gogli i 3 400 przyłbic. W pierwszej kolejności środki otrzymały szpitale.

– Za pośrednictwem OIL w Szczecinie prawie 400 lekarzy Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM otrzymało zestawy maseczek chirurgicznych, masek ochronnych FFP2 N95, kombinezonów, gogli oraz przyłbic. Bardzo dziękuję za tę pomoc w imieniu naszego personelu. To niezwykle budujące, że biznes wspiera medyków i solidarnie staje z nami ramię w ramię w walce z epidemią – mówi Marcin Sygut, dyrektor SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie. ■

Wyspecjalizowani w sieci



W Śląskiej Izbie Lekarskiej nawet w czasie epidemii można uczestniczyć w kursach specjalizacyjnych. Działalność Ośrodka Kształcenia Lekarzy i Lekarzy Dentystów ŚIL przeniósł się do internetu. Przy użyciu metod i technik kształcenia na odległość odbyło się już kilkanaście szkoleń specjalizacyjnych. Organizacja kursu online umożliwia większej liczbie lekarzy wzięcie w nich udziału. Aktualna oferta realizowanych szkoleń znajduje się na stronie CMKP i ŚIL.

Jednocześnie w formie e-learningu prowadzone są szkolenia doskonalące, w tym kursy z kompetencji miękkich oraz języków obcych. Ośrodek Kształcenia Lekarzy i Lekarzy Dentystów stworzył także możliwość interaktywnych warsztatów na temat radzenia sobie z emocjami oraz komunikacją w sytuacji kryzysowej. Zajęcia, na których poruszono między innymi kwestię radzenia sobie ze strachem i lękiem w czasie epidemii COVID-19, prowadziła prof. Alicja Gałązka. Zapis webinarium jest dostępny na stronie internetowej ŚIL. ■

Teleobrazy

Także prezydium i rady okręgowych izb lekarskich nie przestały działać, i za pośrednictwem telekonferencji/wideo-konferencji czy wykorzystania innych narzędzi elektronicznych (np. e-mail) prowadzą dyskusje i podejmują uchwały. Tak działają m.in. LIL, OIL w Krakowie, OIL w Gorzowie Wielkopolskim,

Beskidzka Izba Lekarska, Opolska Izba Lekarska, Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska i Wojskowa Izba Lekarska.

W OIL w Zielonej Górze posiedzenia prezydium ORL odbywają się za pośrednictwem internetu, a rady nie odbywają się. Podobnie działają OIL w Białymstoku i Świętokrzyska Izba Lekarska. ■

Baza wiedzy o COVID-19



Zachęcamy do odwiedzenia strony internetowej www.infocovid19.pl – można tam znaleźć zweryfikowane naukowo informacje na temat COVID-19, a także zbiór aktualnych aktów prawnych związanych ze zwalczaniem epidemii koronawirusa w naszym kraju.

Stworzona baza wiedzy jest projektem społecznościowym OIL w Gdańsku. Wszyscy konsultanci oraz członkowie zespołu redakcyjnego są

lekarzami i lekarzami dentykami zrzeszonymi w gdańskiej izbie. Jak zapewniają autorzy portalu, publikacje są przygotowywane przy pomocy wybitnych ekspertów z wielu dziedzin i oparte wyłącznie na wiarygodnych źródłach naukowych oraz oficjalnych opracowaniach polskich oraz międzynarodowych instytucji. Dodatkowo na stronie znajduje się zakładka z linkami do najciekawszych internetowych źródeł wiedzy na temat pandemii COVID-19. ■

Doprowadzili do zmiany

Rada Miejska w Łodzi przyjęła obywatelski projekt uchwały premiującej szczepione dzieci podczas rekrutacji do miejskich przedszkoli. Komitet obywatelski tego projektu stworzyli członkowie ORL w Łodzi.

Projekt uchwały miał trafić pod obrady Rady Miejskiej, jeśli uda się zebrać trzysta podpisów. Podpisało się pod nim w sumie aż 1300 osób.

Zgodnie z uchwałą, zaszczepione dzieci oraz te, które nie mogą być szczepione z przyczyn medycznych, mają być premiowane dwudziestoma dodatkowymi punktami podczas rekrutacji do łódzkich przedszkoli. ■

„Koronę” w Wielkopolsce tworzą ludzie



Kiedy w połowie marca tego roku startowała akcja koronazglovy.pl, nikt nie przypuszczał, że do wspólnego działania na rzecz lekarzy i lekarzy dentyków dołączy tak spora grupa wolontariuszy i pracowników Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. To właśnie oni codziennie pakują, sortują, nakleja, szyją, rozwijają środki indywidualnej ochrony. Wśród tych ludzi znaleźli się także ci, którzy zechcieli działać w Centrum Szwalniczym WIL, przekształconym na czas epidemii koronawirusa z Centrum Edukacyjnego EDU WIL. To tu powstało do połowy maja br. 25 tys. maseczek, 1500 fartuchów, 3 tys. czepków i 500 kombinizonów. Wszystkie trafiły do podmiotów leczniczych w Wielkopolsce. ■

Nowy portal łódzkiej izby

Powielu miesiącach ciężkiej pracy wystartował nowy portal OIL w Łodzi. To już nie jest zwykła strona z informacjami, a serwis pełen przydatnych funkcjonalności.

Uruchomiono możliwość składania wielu dokumentów online, za pośrednictwem portalu można również m.in. zapisywać się na kursy organizowane przez Ośrodek Kształcenia Medycznego OIL

oraz je opłacić, kontaktować się z działem prawnym, a także zapoznawać z wszystkimi komunikatami i alertami.

Każdy lekarz i lekarz dentyista zrzeszony w łódzkiej izbie może także założyć na portalu swój profil, a wówczas będzie mógł np. komentować treści i uczestniczyć w dyskusjach, otrzymywać personalizowane informacje oraz zamieszczać bezpłatne i płatne ogłoszenia. ■

Refundacja szczepień

Rada OIL w Warszawie zdecydowała o kontynuacji programu wsparcia szczepień przeciwko meningokokom typu B dla dzieci członków warszawskiej

izby, którzy nie zalegają z opłacaniem składek. Nastąpiły natomiast zmiany w samym programie – ze szczegółami można zapoznać się na stronie internetowej OIL w Warszawie. ■



KRZYSZTOF MADEJ

Który biegły bieglejszy

Felieton to taki gatunek publicystyki, który powinien wypływać z emocji felietonisty. To nie jest opracowanie ani tym bardziej reportaż, gdzie obiektywizm i chłód emocjonalny sprawozdawcy są cnotą tych form wypowiedzi.

Tu musi być podmiot liryczny i im bardziej jest liryczny – przepraszam, chciałem powiedzieć dosadny – tym lepiej. Emocje, o których mówię, wynikają najczęściej ze zdziwienia, że sprawy idą absurdalnie inaczej, niż można by sądzić, że iść powinny w normalnej kolej rzeczy albo z oburzenia, ze zgorznienia, lub – dla odmiany – dla wyrażenia aprobaty lub zachwytu dla jakichś nieoczekiwanych zdarzeń. Tak też będzie i w tym przypadku.

Otóż w trakcie jednego z nieodległych posiedzeń Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przedstawiony został przebieg postępowania sądowego prowadzonego przeciwko pewnej lekarce. Jak łatwo się domyślić, w sprawie o tzw. błąd w sztuce. Sprawa ma niezwykle przewlekły i zawiły charakter. Jest bardzo smutna, miejscami przerażająca, a przez to prowokująca do jakichś stanowczych wniosków. Trwa już kilka lat, nie jest jeszcze zakończona, a sama podsądna opisała ją na 100 stronach dla tych, którzy mają lub mogą mieć właściwość w sprawie. Ktoś mógłby sądzić, że idzie o to, aby samorząd lekarski pomógł Koleżance w jej niedoli. Też, ale i o coś więcej. O pryncypia, jak nie doprowadzać do takich horrorów, które uszkadzają nie tylko jednostkowe ludzkie biografie,

ale także system ochrony zdrowia, system wymiaru sprawiedliwości, a przede wszystkim mir społeczny.

Na czym polega problem? Nie od dziś wiadomo, że w wielu postępowaniach przed wymiarem sprawiedliwości zajmujących się oceną deliktów z różnych dziedzin życia, a szczególnie w medycynie, najważniejsze są opinie biegłych i to one w zasadzie przesądzają o ostatecznym rozstrzygnięciu. Wprawdzie to sąd jest najwyższym biegłym, ale nie jest praktykującym na co dzień lekarzem z dużym doświadczeniem klinicznym, więc w sprawach lekarskich to biegły ocenia delikt, a sąd w ramach swojego doświadczenia i przeświadczenia nadaje temu rozstrzygnięciu postać wyroku. Gdy mamy w sprawie kilka opinii biegłych, niekiedy różniących się między sobą w sposobie argumentowania i ocen, a czasami wręcz sprzecznych, robi się niezły galimatias, groźny dla w miarę obiektywnej oceny zdarzeń i sprawiedliwego wyrokowania. Sąd ma wtedy podwójny problem: nie tylko, które oceny i argumenty i z której opinii uczynić podstawą wyrokowania, ale także wikała się w proceduralne kłopoty z dopuszczaniem lub odrzucaniem tej, a nie innej opinii. A tak, zdaje się, zdarzyło się w tej sprawie.

W Polsce mamy obecnie groźny już bałagan zarówno z powoływaniem i ustanawianiem w sprawach biegłych, jak i z wykorzystywaniem opinii biegłych ekspertów i autorytetów. Prokuratury i sądy mogą dysponować biegłymi pozyskiwanymi na cztery sposoby. Sąd może wyznaczyć biegłego z listy biegłych tworzonej przez prezesa tegoż sądu. Wymiar sprawiedliwości może też zawrzeć umowę cywilnoprawną na wykonanie opinii sądowo-lekarskiej z osobą fizyczną (biegły ad hoc), o której powziął przeświadczenie, że jest kompetentna. Może też zawrzeć umowę z podmiotem działalności gospodarczej nakierowanym na opiniowanie sądowo-lekarskie, założonym przez profesjonalistów. Może też wystąpić o ekspertyzę do tzw. biegłego instytucjonalnego. Są nimi medyczne uczelnie wyższe, instytuty naukowo-badawcze i inne wyspecjalizowane jednostki, np. zakłady medycyny sądowej. Każda z tych dróg opiniowania procesowego ma swoje

“

Gdy mamy w sprawie kilka opinii biegłych, niekiedy różniących się między sobą w sposobie argumentowania i ocen, a czasami wręcz sprzecznych, robi się niezły galimatias.

wady i zalety, nie miejsce tu na ich analizowanie po kolei, można jednak podsumować to jednym wnioskiem, że mamy obecnie głęboki kryzys w dziedzinie opiniowania, a wymiar sprawiedliwości ma trudności z pozyskaniem wartościowych biegłych i wartościowych ekspertyz. Lekarze na ogół robią, co mogą, aby nie dać się wciągnąć na sądową listę. Praca jest trudna i dramatycznie źle opłacana, a to rodzi szereg negatywnych zjawisk. Aby zarobić jako osoba fizyczna zawierająca umowę, też trzeba się nagimnastykować, robiąc różne dziwne ruchy, np. mozolnie zliczać długie godziny przeznaczone na pracę. Nie każdemu to odpowiada. Biegli instytucjonalni mają inne ciekawsze rzeczy do roboty, a podział uzyskanych za opinię środków bywa konfliktogenny i często niesatysfakcjonujący dla licznych pośredników. Sam w przeszłości wykonałem dla uczelni kilka ekspertyz, za które nikt mi nie zapłacił, więc później byłem ostrożny. Pozostają przedsiębiorcy od opiniowania. Często poddawane są jednak w wątpliwość ich kompetencje i niezależność, ale nie mnie to oceniać.

Do tych kłopotów dochodzi jeszcze sprawa tzw. ekspertyz prywatnych. W poprzedniej nieodległej reformie prawa procesowego, tej, która kładła zwiększony nacisk na kontradyktoryjność postępowania, znaczenie opinii zamawianych przez strony było większe. Obecnie, po ostatnich zmianach, które, jak to pięknie określają prawnicy, zwiększają inkwizycyjność procesu, użycie tych opinii jest znacznie utrudnione.

Dlaczego kwestia opiniowania w sprawach medycznych jest tak ważna? Każdy proces karny ma za zadanie ocenić indywidualną i jednostkową odpowiedzialność za czyny i ich skutki. W medycynie praca wykonywana jest na ogół w bardzo rozbudowanym układzie międzyludzkim i systemowo-organizacyjnym. To sprawia, że decyzje podejmowane przez lekarza często zależą nie tylko od jego wiedzy i zaangażowania, ale od warunków pracy i możliwości, jakimi dysponuje on

w danej chwili. Cóż z tego, że ustawa o zawodzie lekarza (art. 4) mówi, że ma on obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, a także zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Sąd i tak będzie zajmował się tylko sprawą pojedynczego chorego, którego dotyczy postępowanie, nawet gdy pacjent ten był jednym z tłumu chorych szturmujących izbę przyjęć, a lekarz był w sytuacji, że dostępne mu metody i środki nie umożliwiały skorzystania ze wskazań aktualnej wiedzy i nie pozwalały (w sposób obiektywny, tj. nie przez odrzucenie) na dochowanie wszystkich górnych przykazań etycznych. Dobry biegły powinien umieć dostrzegać tego typu skomplikowanie sytuacji, a analiza wielu postępowań mówi, że są z tym częste problemy.

Na razie bywamy świadkami gorszących (z punktu widzenia intelektualnego i logicznego, nie obyczajowego) sytuacji rywalizacji opinii, które strony próbują wnieść w ramach swojej strategii procesowej z licytowaniem się, kto był w tej pracy eksperckiej bardziej kompetentny i bezstronny. Ważone i mierzone bywają w tych licytacjach stopnie i tytuły naukowe, ale jak zmierzyć wiedzę praktyczną i doświadczenie zawodowe? Ostatnio usłyszałem pytanie: czy biegłym wypowiadającym się na temat zastosowania lub zaniechania współczesnych metod leczenia może być lekarz z długim już stażem emeryckim? Liczymy na to, że ten kryzys w opiniowaniu w sprawach medycznych zostanie zażegnany przez odrębną zupełnie ustawę o biegłych sądowych. Projekt już jest, ale wątpliwości do zawartych w nim propozycji jeszcze więcej. Chyba więc długa droga przed nami, a sprawy lekarskie ciągną się latami i zdarza się, że sądy czekają na opinię biegłego instytucjonalnego 2-3 lata.

Zainteresowanie sprawą, od której wyszedłem, ma też jeszcze inny aspekt. Zastanawialiśmy się nad tym, aby w takich ciągnących się w nieskończoność postępowaniach (kiedy sąd bywa głuchy na inne opinie i argumenty poza tymi, które uzyskał z pierwotnej opinii biegłego, którego sam powołał) skorzystać z możliwości, jakie dają art. 90 i 91 Kodeksu postępowania karnego. Nie zacytuję ich, bo są długie. Rzecz sprowadza się do możliwości udziału przedstawiciela organizacji społecznej w postępowaniu sądowym, „jeśli zachodzi potrzeba ochrony interesu społecznego lub interesu indywidualnego, objętego zadaniami statutowymi tej organizacji, w szczególności ochrony wolności i praw człowieka”. Przecież to, wypisz wymaluj, o nas, o samorządzie lekarskim. Taki przedstawiciel dopuszczony do udziału w postępowaniu zgodnie z art. 91 kpk może uczestniczyć w rozprawie, wypowiadać się i składać oświadczenia na piśmie. To mogłaby być rola takiego szczególnego rodzaju „biegłego” oceniającego inne, pomijane aspekty postępowania dowodowego. Musimy przymierzyć się do tej roli i spróbować ją wdrożyć.

Na uczelni, w której pracuję, prowadzę seminarium z prawa medycznego. Mogę omówić tylko malutki fragment. Mówię o odpowiedzialności karnej, cywilnej i kilku innych. Mówię o zarządzaniu ryzykiem. Kiedyś jedna ze studentek, kiedy nakreśliłem temat seminarium, powiedziała z wyrzutem: „dlaczego wy chcecie nas przed rozpoczęciem kariery zawodowej jakoś specjalnie nastraszyć?”. Żachnąłem się. Przecież nie taki był mój cel. Po pewnym czasie (myślę wolno, ale nieustępliwie) zmieniłem zdanie. Teraz na koniec wykładu pytam, czy udało mi się ich nastraszyć. Jeśli wyglądają na spłoszonych i tak mi poświadczają w słowach, uważam, że odniosłem sukces. Ja sam po zapoznaniu się ze sprawą, od której zacząłem, jestem mocno zaniepokojony. A poza tym, jak mnie zapewniał pewien znawca tematu, Polska jest jedynym krajem, w którym w prokuraturze istnieją specjalne wydziały specjalizujące się w ściganiu tzw. błędów w sztuce. ■



MARTA
JAKUBIAK

redaktor naczelna „GL”

ŚOO DLA MEDYKÓW

Dlaczego zdecydowali się pomóc?

„Widok samolotu standardowo oznacza dla nas ciężką pracę, ale tym razem dawał frajdę, bo ta praca była spełnianiem się w czynieniu czegoś dobrego... nawet jeśli lądował o godz. 4.00 nad ranem”.



Początek epidemii w Polsce upłynął pod znakiem braku środków ochrony indywidualnej dla medyków. Ponieważ apele Prezydium NRL do polskich władz o zaopatrzenie lekarzy w niezbędny ekwipunek chroniący przed zakażeniem nowym koronawirusem trafiały w próżnię, zaczęto działać, by pozyskać samodzielnie choć część niezbędnego zaopatrzenia.

W marcu utworzono w ramach Fundacji Lekarze Lekarzom specjalny fundusz pomocowy NIL, który niebawem fundacja Dominiki Kulczyk zasilila kwotą aż 20 mln zł. Dzięki całemu łańcuchowi dobrych serc udało się zakupić, sprowadzić do Polski

i rozdystrybuować na terenie kraju aż 57 ton sprzętu medycznego, w tym masek, kombinezonów i przyłbic. Kim byli ludzie, którzy całkiem za darmo włączyli się w akcję i dlaczego zdecydowali się pomóc?

ZAKUPY Z DRUGIEGO KOŃCA ŚWIATA

W proces zakupowy zaangażowała się Polsko-Chińska Rada Biznesu na czele z Moniką Karpińską oraz Jackiem Boczkim, a także Konsul Generalny RP w Kantonie Adam Bralczyk oraz Ambasador Nadzwyczajny i Pełnomocny RP w Chińskiej Republice Ludowej Wojciech Zajączkowski. Bez takiego wsparcia trudno byłoby przeprowadzić cokolwiek w kraju oddalonym o ponad

6600 km. – Odpowiedź na pytanie, dlaczego włączyliśmy się w tę akcję, jest bardzo prosta: zarówno ambasada w Pekinie, jak i konsulat generalny w Kantonie wypełniali swoje obowiązki. To wszystko – odpowiada skromnie Wojciech Zajączkowski.

Kiedy już udało się „zdobyć” potrzebny sprzęt z pewnego źródła, trzeba było jeszcze sprowadzić go do Polski. Z pomocą przyszły Polskie Linie Lotnicze LOT, które włączyły się w akcję jako przewoźnik zakupionego towaru, a koszty tego transportu pokryła Kancelaria Prezesa Rady Ministrów przy osobistym zaangażowaniu ministra Michała Dworczyka i dr Joanny Kopcińskiej, posłanki Parlamentu Europejskiego.

BEZPIECZNE LĄDOWANIE

Samoloty, w sumie cztery transporty, lądowały na poznańskiej „Ławicy”. Nikt za ich obsługę nie wziął ani złotówki.

– Podczas obsługi rejsów samolotów z pomocą humanitarną, bo taki był oficjalny status tych lotów zgodnie z międzynarodowym prawem lotniczym, nasza praca była tym, czym jest praca lekarzy w szpitalach..., czyli obowiązkiem często połączonym z pasją – opowiada Grzegorz Bykowski, wiceprezes Portu Lotniczego Poznań-Ławica im. Henryka Wieniawskiego. – Mówiąc wprost i prostym językiem, fajnie było widzieć ludzi uśmiechniętych na widok samolotu, który w normalnych warunkach oznacza ciężką pracę, a tym razem dawał tak bardzo ważną dla każdego możliwość spełnienia się w czynieniu czegoś dobrego... nawet jeśli lądował o godz. 4.00 nad ranem – podsumowuje.

– Jeśli można, zawsze trzeba pomagać. To moralny obowiązek. Nieśnienie pomocy, gdy ktoś jej potrzebuje, jest w naturze ludzkiej – mówi z kolei Maciej Walkowiak, który również wspierał samorząd w przeprowadzeniu tej akcji.

Pomogli też Piotr Gromadzki z Grom Cargo Serwis, Izba Celna w Poznaniu (Oddział Celny Port Lotniczy Poznań-Ławica) i Welcome Airport Services – oddział w Poznaniu.

Dlaczego Grupa PEKABEX z Poznania włączyła się w akcję, zapewniając transport z lotniska na teren Targów Poznańskich, gdzie zakupiony sprzęt był składowany? – Wszelkie

decyzje podejmowane przez Zarząd Grupy PEKABEX, związane ze wspieraniem służby zdrowia i osób najbardziej potrzebujących pomocy, w obecnej sytuacji pandemii są nie tylko wyrazem solidarności, lecz także wielkiej wdzięczności. Szczególnie dla personelu medycznego, który spotyka się na co dzień z największym ryzykiem – odpowiada Przemysław Borek, prezes firmy. – To naprawdę budujące, że mimo trudnego czasu, tyle firm jest gotowych pomagać – zauważa.

– Funkcjonariusze KAS z Oddziału Celnego Port Lotniczy Poznań-Ławica odprawili cztery transporty lotnicze ze środkami ochrony osobistej, niezbędnej do walki z koronawirusem, dokonane przez przewoźnika PLL LOT Cargo. Każdy lot miał nadany status lotu humanitarnego. Wszystkie transporty zostały priorytetowo potraktowane przez funkcjonariuszy Krajowej Administracji Skarbowej, tak aby mogły jak najszybciej trafić do szpitali i placówek medycznych – informuje Małgorzata Spychała-Szusczyńska, rzecznik prasowy Izby Administracji Skarbowej w Poznaniu.

CENTRUM DOWODZENIA

Pomogła też firma Lions Club Pillory, a nawet wojsko. – Zajęliśmy się zorganizowaniem centrum logistycznego, przy dużym wsparciu władz miasta Poznania. Przyjęcie transportu na lotnisku musi przebiegać bardzo sprawnie, bo samolot nie może zbyt długo czekać. Trzeba było szybko załatwić formalności prawno-celne

i transportowe. Na terenie Targów Poznańskich zorganizowaliśmy centrum dystrybucji i tam, z pomocą wojska, poprowadziliśmy całą akcję. Żołnierze ze szkoły wojsk lądowych chętnie nam pomogli. Potem nastąpił jeszcze dodatkowo dobry splot wydarzeń, bo poznańska firma Raben zadeklarowała, że bezpłatnie dostarczy towar do wszystkich okręgowych izb lekarskich, oczywiście wg grafiku przekazanego przez Fundację Lekarze Lekarzom – mówi Karol Działoszyński, wiceprezydent Lions Club Pillory, który wraz z prezydentem LCP Jackiem Masiotą zaangażowali się w pomoc.

Choć transport z Chin do Polski był realizowany w czterech transzach, a samoloty lądowały o różnych porach, nawet o 3.00 rano, udało się sprawnie wszystko przeprowadzić. – To, czego doświadczyłem podczas tej akcji, było niezwykle optymistyczne: wszyscy, których prosiliśmy o pomoc, udzielili jej nam bez najmniejszego wahania i dodatkowo zrobili to *pro publico bono* – zauważa.

– Nie zostałem lekarzem, mimo ubolewań mamy, ale doskonale czuję się w tym środowisku, bo jestem z lekarskiej rodziny. Mój tata był profesorem biochemii i medycyny. Doskonale pamiętam grypę Hong Kong z 1969 r. i to, co się wtedy działo. Wszyscy byli przeżeni, a w wyniku powikłań pogrypowych zmarło 20 tys. osób, co komuniści skrzętnie ukryli. Pamiętam tamte czasy – wspomina Karol Działoszyński.



Takie dyplomy otrzymywali żołnierze.

26 i 27 kwietnia wylądowały w Poznaniu ostatnie dwa z czterech samolotów, które przywoziły z Chin środki ochrony osobistej.



– Jedną z zasad lionizmu światowego w Lions Club Pillory jest „we serve” – „służymy”. W momencie, kiedy wsparcia najbardziej potrzebowała służba zdrowia, nasze „we serve” było w sposób oczywisty dla Fundacji Lekarze Lekarzom. Nie można było inaczej – podsumowuje. I dodaje, że kiedy ludzie widzą aktywność innych, pomaga to im wszystkim. Uważa, że włączając się w tę akcję, pomogli także samym sobie, a zaangażowanie i pomaganie niesie dobro i wzmacnia ludzi.

Z kolei Tomasz Kobierski, prezes zarządu Grupy Międzynarodowych Targów Poznańskich, gdy pojawiła się kwestia potrzeby magazynowania sprzętu dla medyków zakupionego przez FLL, wiedział, że nie może postąpić inaczej, tylko zaangażować się w tę akcję.

– Grupa MTP w miarę swoich możliwości wspiera służbę zdrowia w trudnym okresie pandemii koronawirusa. Przekazaliśmy pół kilometra barierki, którymi ogrodzono szpital jednoimienny przy ul. Szwajcarskiej w Poznaniu. Do tego szpitala przewieźliśmy też maseczki, rękawiczki i stroje ochronne z Agencji Rezerw Materiałowych w Lublińcu. Gdy tylko pojawiła się kwestia, gdzie magazynować dary przekazane przez Fundację Lekarze Lekarzom, a zakupione z funduszy Kulczyk Foundation, nie wahaliśmy się i z chęcią udostępniłmy jedną z naszych hal – wyjaśnia.

Przy wsparciu żołnierzy Akademii Wojsk Lądowych im. gen. Tadeusza Kościuszki z Wrocławia oraz 12. Wielkopolskiej Brygady Obrony Terytorialnej im. gen. bryg. Stanisława Taczaka wszystko przebiegło jeszcze sprawniej. Zakupione środki ochrony musiały teraz być podzielone i wysłane do okręgowych izb lekarskich, a stamtąd – do potrzebujących.

W POLSKĘ JEDZIEMY

– Impuls do działania pojawił się po przeczytaniu artykułu w prasie o darowiźnie Kulczyk Foundation na rzecz Fundacji Lekarze Lekarzom, który został opublikowany po przylocie pierwszych samolotów z darami. Jeden z naszych pracowników zwrócił na



niego uwagę Januszowi Aniołowi, dyrektorowi generalnemu naszej spółki. Decyzja szefa mogła być tylko jedna. Skoro Raben ma sieć oddziałów w całym kraju, a okręgowe izby lekarskie rozsiane są po całej Polsce, to jak najbardziej powinniśmy pomóc w dystrybucji – opowiada Katarzyna Ostojka, marketing manager Raben Logistics Polska.

– Skontaktowałam się w tej sprawie z Fundacją Lekarze Lekarzom i z Lions Club Poznań Pillory, oferując naszą pomoc i udało się. Rozwieźliśmy 57 ton niezbędnego sprzętu do OIL. Niektórym OIL-om udało się także pomóc dodatkowo – rozwożąc już później przesyłki ze środkami ochrony indywidualnej do delegatur czy innych lokalizacji. Wszyscy pracownicy zaangażowani w proces, choć wykonywali przecież swoje codzienne obowiązki, czuli, że robią coś ważnego i dobrego dla innych – zauważa. – Cieszymy się, że mogliśmy pomóc i dołożyć naszą skromną cegiełkę do walki z pandemią. Wsparcie tych, którzy są na pierwszej linii frontu walki z COVID-19 – podsumowuje Katarzyna Ostojka.

Cały sprzęt, czyli w sumie 1 mln masek chirurgicznych, 1,5 mln masek FFP2 N95, 100 tys. kombinezonów klasy II, 100 tys. gogli i 100 tys. przyłbic, został rozdysponowany pomiędzy 24 okręgowe izby lekarskie, a te przekazały je, zgodnie ze zgłoszonym zapotrzebowaniem, do personelu medycznego oraz placówek medycznych.

KONTROWERSJE

Sprzęt zakupiony przez Fundację Lekarze Lekarzom został sprowadzony do Polski zgodnie z rekomendacjami i przy wsparciu Polsko-Chińskiej Rady Biznesu, która poleca tylko sprawdzonych i wiarygodnych dostawców. Wszystkie zamówione produkty posiadają komplet niezbędnych dokumentów dopuszczających do obrotu w Unii Europejskiej, a więc również w Polsce.

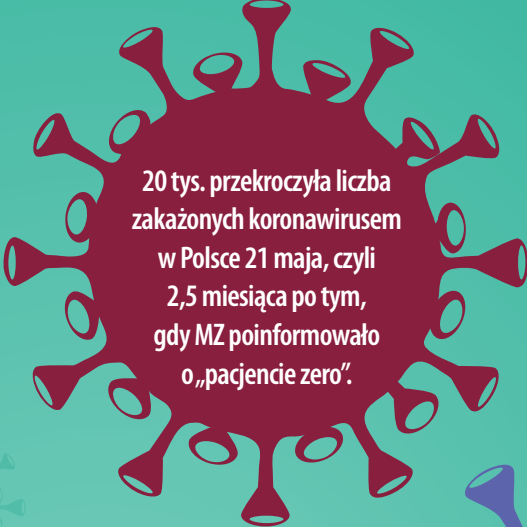
Obwieszczenie 19 maja opinii publicznej przez Janusza Cieszyńskiego, podsekretarza stanu w MZ, że sprowadzone przez Naczelną Izbę Lekarską maseczki FFP nie spełniają norm, bez wcześniejszego zwrócenia się do samorządu o wyjaśnienia w tej sprawie, można uznać za grę nie fair. I niezrozumiałe jest, że podczas gdy z wielu miejsc płynie dla medyków wsparcie jako naturalny ludzki odruch, resort zdrowia poddaje w wątpliwość ich dobre intencje i to, że dołożyli wszelkiej staranności przy zakupie środków ochrony osobistej. Zwłaszcza że nie ma jeszcze pewności, z którego transportu maski zostały przebadane przez MZ.

„Przy zakupie wprowadziliśmy najwyższe procedury sprawdzenia wiarygodności dokumentacji oraz jakości zamówionego sprzętu. Strona chińska również przeprowadziła dodatkowe kontrole jakości. Sprowadzone przez nas towary posiadają więcej niż jeden certyfikat jakości oraz złożono nam deklaracje zgodności produktów” – czytamy w komunikacie wydanym przez NIL. ■

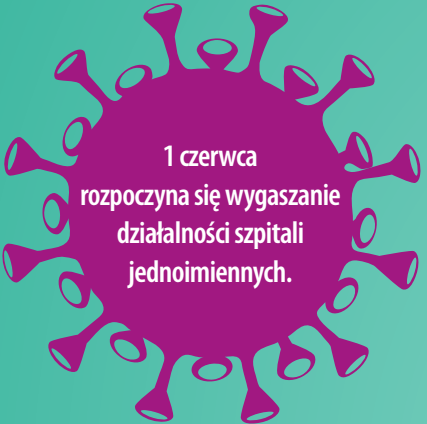
W momencie, kiedy wsparcia najbardziej potrzebowała służba zdrowia, „we serve” było w sposób oczywisty dla Fundacji Lekarze Lekarzom.

KORONAFAKTY

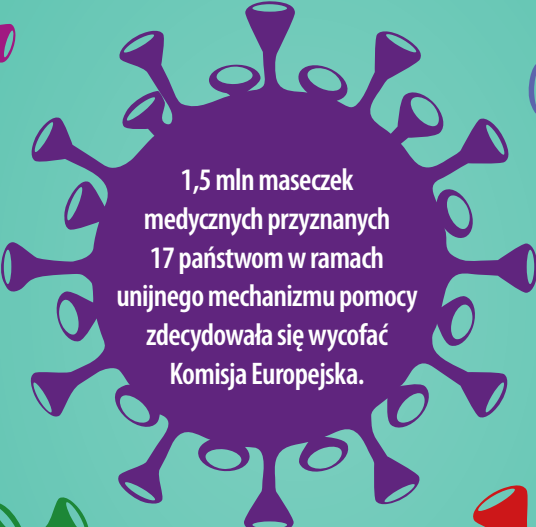
PANDEMIA TRWA. WOKÓŁ NAS WIELE SIĘ ZMIENIA. CZAS BIEGNIE NIEUBŁAGANIE, A NIEKTÓRZY CORAZ BARDZIEJ PRYZYWCZAJAJĄ SIĘ DO ŻYCIA W IZOLACJI SPOŁECZNEJ. CZY SARS-COV-2 POZOSTANIE Z NAMI NA LATA?



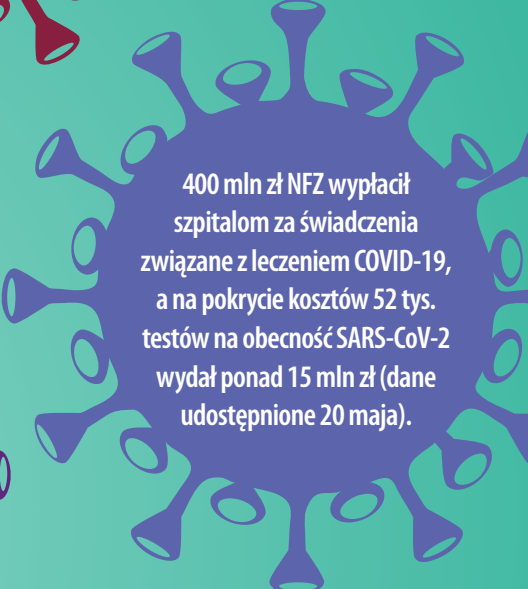
20 tys. przekroczyła liczba zakażonych koronawirusem w Polsce 21 maja, czyli 2,5 miesiąca po tym, gdy MZ poinformowało o „pacjencie zero”.



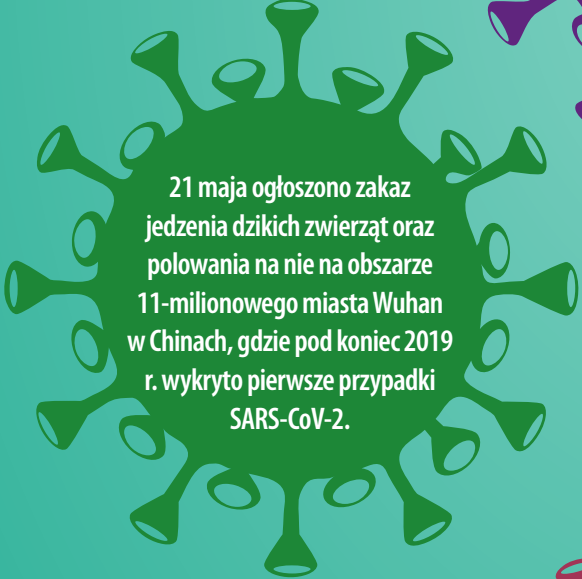
1 czerwca rozpoczyna się wygaszanie działalności szpitali jednoimiennych.



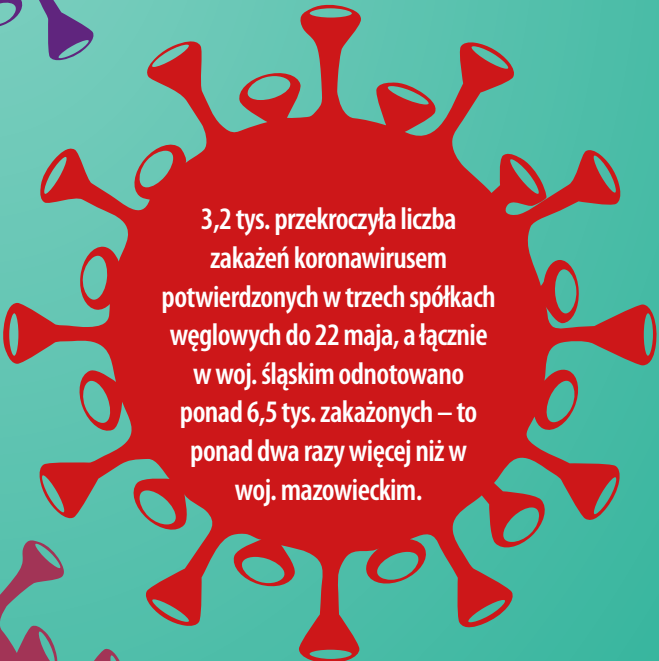
1,5 mln maseczek medycznych przyznanych 17 państwom w ramach unijnego mechanizmu pomocy zdecydowała się wycofać Komisja Europejska.



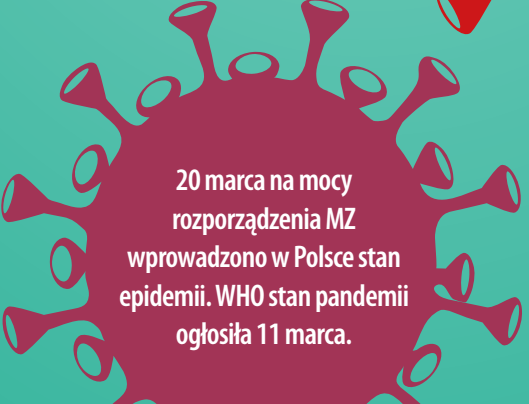
400 mln zł NFZ wypłacił szpitalom za świadczenia związane z leczeniem COVID-19, a na pokrycie kosztów 52 tys. testów na obecność SARS-CoV-2 wydał ponad 15 mln zł (dane udostępnione 20 maja).



21 maja ogłoszono zakaz jedzenia dzikich zwierząt oraz polowania na nie na obszarze 11-milionowego miasta Wuhan w Chinach, gdzie pod koniec 2019 r. wykryto pierwsze przypadki SARS-CoV-2.



3,2 tys. przekroczyła liczba zakażeń koronawirusem potwierdzonych w trzech spółkach węglowych do 22 maja, a łącznie w woj. śląskim odnotowano ponad 6,5 tys. zakażonych – to ponad dwa razy więcej niż w woj. mazowieckim.



20 marca na mocy rozporządzenia MZ wprowadzono w Polsce stan epidemii. WHO stan pandemii ogłosiła 11 marca.



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Koronazagadka

Mnożą się pytania dotyczące skutków pandemii SARS-CoV-2. Nikt nie wie, co przyniosą kolejne tygodnie i miesiące, ale niejedno może się zmienić i bardzo nas zaskoczyć.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Po raz kolejny okazuje się, jak bardzo ekonomia idzie w parze z ochroną zdrowia, i jak wielkim błędem jest odrywanie spraw gospodarczych od kwestii zdrowotnych. – Jeżeli gospodarka będzie w tragicznym stanie, to nakłady na służbę zdrowia będą znacznie mniejsze – mówi minister zdrowia Łukasz Szumowski.

W ostatnich tygodniach zarówno szef resortu zdrowia, jak i premier Mateusz Morawiecki, mówili o konieczności przebudowy państwa, bo COVID-19 to tylko jedna z chorób, a medycyna potrzebuje środków finansowych, aby móc pomagać pacjentom z różnymi schorzeniami. Na to, że zapewnienie bezpieczeństwa medykom i pacjentom przed chorobami zakaźnymi wymaga pieniędzy, zwracają uwagę ci, którzy w placówkach medycznych odpowiadają za zarządzanie finansami. – To generuje określone koszty – przyznaje dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu Piotr Pobrotyn.

PUSTKI W KASIE?

Dla nikogo nie jest tajemnicą, że w wyniku lockdownu część przedsiębiorców, w tym również właścicieli praktyk lekarskich, poniosła i w dalszym ciągu ponosi straty finansowe, czasem stając przed widmem bankructwa, a niektórym pracownikom zajrzała w oczy perspektywa

zmniejszenia zarobków, a nawet utraty pracy. PKB Polski w I kwartale 2020 r. spadł o 0,5 proc. w porównaniu z IV kwartałem 2019 r. – wynika z danych GUS, uwzględniających pierwsze gospodarcze efekty pandemii i wprowadzenie rządowych środków w celu przeciwdziałania jej skutkom. Te szacunkowe dane nie wyglądają źle na tle UE, a nasza gospodarka skurczyła się w I kwartale br. mniej od oczekiwań, ale za pewnik można przyjąć, że spadek PKB w II kwartale będzie większy. Nie brakuje kasandrycznych przepowiedni, że wiele państw, w tym Polska, musi spodziewać się głębokiej recesji, a świat czeka najgorszy kryzys ekonomiczny od 100 lat. Czas pokaże, na ile sprawdzą się pesymistyczne scenariusze, ale wiele wskazuje na to, że na skutek pandemii sektor ochrony zdrowia ucierpi. Głównym źródłem przychodów NFZ są składki zdrowotne, a im mniejsze będą wpływy, spowodowane m.in. wzrostem bezrobocia (w kwietniu zatrudnienie w sektorze przedsiębiorstw spadło o 2,1 proc. rdr), tym mniej pieniędzy pozostanie na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane przez publicznego płatnika.

DOŁĘGLIWE SKUTKI?

Zgodnie z planem finansowym NFZ na 2020 r., składka na- leżna miała wynieść ok. 93,1 mld zł. Jak informuje prezes ZUS Gertruda Uścińska, w kwietniu br. wpływy ze składki zdrowotnej zmalały o 1 mld zł w porównaniu z kwiet- niem 2019 r. W kolejnych miesiącach może być dużo gorzej, a niektórzy wieszczą, że w tym roku wpływy mogą być uszczuplone nawet o kilkanaście miliardów. Jeśli do NFZ trafi mniej środków, rząd Mateusza Morawieckiego zostanie zmuszony do zasypywania „dziury”, a w związku z tym, że rada ministrów nie ma swoich pieniędzy, należy spodziewać się m.in. ograniczania części wydatków i pod- noszenia danin publicznych. Niech nikogo nie zmyli odesła- nie do zamrażarki „podatku cukrowego”, skoro obóz tzw. Zjednoczonej Prawicy systematycznie wprowadza prze- różne opłaty. W jaki sposób rząd wydrenuje nasze kiesze- nie, to się jeszcze okaże, podobnie jak dopiero w kolejnych



miesiącach przekonamy się, jaka będzie skala zdrowotnych skutków pandemii. I w Polsce, i za granicą pojawiają się czarne scenariusze. – COVID-19 to polio tego pokolenia – uważa prof. Nicholas Hart. To on leczył premiera Wielkiej Brytanii Borisa Johnsona, powszechnie oskarżanego o lekceważenie zagrożenia pandemią, który później sam doświadczył zakażenia koronawirusem. Niewykluczone, że w przyszłości brytyjski szef rządu znajdzie się wśród pacjentów z zaburzeniami fizycznymi, poznawczymi czy psychologicznymi związanymi z przechorowaniem COVID-19. Systematycznie pojawiają się doniesienia, jakoby wygrana z tą chorobą wiązała się z trwałym, choć jeszcze nierozpoznanym uszczerbkiem, co stanowiłoby wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia tym większe, im dłużej SARS-CoV-2 będzie hulał po świecie.

REWIZJA POGLĄDÓW?

Wydaje się, że po rozmaitych doświadczeniach w związku z trwającą pandemią, czeka nas rewizja wielu ocen i zmiana przynajmniej niektórych paradygmatów. Jednym z nich może być rewizja podejścia do środków ochrony indywidualnej. Kpt. dr. n. med. Jacka Siewię, dowódcę polskich misji medycznych w Lombardii i Chicago, kilka tygodni temu w Stanach Zjednoczonych najbardziej

zaskoczyło reprocessowanie środków ochrony indywidualnej, będące elementem funkcjonowania systemu. Food and Drug Administration (FDA) oraz Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – instytucje, których opinie traktowane są na świecie jako wyznacznik standardów bezpieczeństwa – w obliczu niedoboru wydały zalecenia dotyczące sterylizacji sprzętu traktowanego przez producentów jako jednorazowy. – Nawet w tymczasowych szpitalach polowych zaprojektowano tory procesowe do sterylizacji, gdzie do pomieszczeń wyposażonych m.in. w lampy UV trafiały maski FP3 i FP2 podpisane przez lekarzy czy pielęgniarki. Jak tłumaczył główny technolog, jedną maskę można wysterylizować do 20 razy. To stoi w opozycji do europejskiego przekonania, że sprzęt jednorazowy trzeba wyrzucić od razu po wykorzystaniu – mówi Jacek Siewię, na co dzień kierownik Oddziału Klinicznego Medycyny Hiperbarycznej Wojskowego Instytutu Medycznego. W związku z pandemią sporo kongresów naukowych zaplanowanych na ten rok odwołano, przełożono lub przeprowadzono w formie wirtualnej. Według raportu Healthcare Convention and Exhibitors Association tylko w USA w latach 2005-2015 odbyło się ponad 30 tys. konferencji medycznych. Przedłużający się czas

dystansowania społecznego skłania część naukowców do stawiania pytań o zasadność organizacji wielkiej liczby spotkań. Zresztą w przeszłości dochodziły głosy, że korzyści z niektórych kongresów są niewielkie, a prezentowanie wyników badań naukowych w dobie powszechnego internetu jest stosunkowo proste.

CZAS ROZLICZEŃ?

Wcześniej czy później przyjdzie czas rozliczeń. Prokuratorzy już biorą pod lupę funkcjonowanie niektórych placówek, sprawdzając, czy ktoś czegoś

24 kwietnia, Lubin, mobilny punkt pobrania wymazów do badań w kierunku SARS-CoV-2.



Co zrobi Sejm?

Przez ostatnie tygodnie byliśmy świadkami wielu ważnych zmian legislacyjnych w ochronie zdrowia wprowadzanych dosłownie z dnia na dzień. Mało kto nadążał z analizą projektów rozporządzeń i ustaw, a tym bardziej tego, co stało się przepisami prawa. W związku z pandemią wstrzymano prace m.in. nad nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zbliżył się czas, kiedy parlamentarzyści ponownie pochylą się nad projektem ustawy, który z jednej strony zawiera kontrowersyjne propozycje przepisów, a z drugiej przewiduje zmiany powszechnie oczekiwane przez środowisko lekarskie. Wkrótce przekonamy się, czy pandemia odciśnie swoje piętno na tej ustawie.

Nowe nastawienie?

Jeszcze do niedawna likwidowano oddziały chorób zakaźnych i szpitale zakaźne, teraz coraz częściej pojawiają się głosy o konieczności wzmocnienia opieki w tym zakresie. Mówi się o tym nie tylko w gronie lekarzy – pewną przychylność obserwuje się także wśród części decydentów. – Zarząd województwa jest gotów uczestniczyć w tworzeniu Śląskiego Centrum Chorób Zakaźnych – deklaruje Dariusz Starzycki, wicemarszałek woj. śląskiego, gdzie w drugiej połowie maja liczba zakażonych była dwukrotnie większa niż w woj. mazowieckim. W tym regionie to ważne oświadczenie zwłaszcza po tym, gdy koronawirus zaatakował kopalnię. Do rangi symbolu urósł korek samochodowy, do którego doszło w jedną z majowych sobót w 140-tysięcznym Rybniku, kiedy kilkuset górników udało się swoimi samochodami pod szpital w celu poddania się badaniu na obecność SARS-CoV-2. Nieświadomi niczego zablokowali część miasta, a do akcji wkroczyła policja. Ta z pozoru drobna sytuacja dobitnie pokazuje nie tylko niedostatki infrastruktury, ale i brak fachowego personelu.

nie zaniedbał. Znane są przypadki donosów na personel szpitali i DPS-ów, nie tylko z grona pacjentów i ich rodzin. Wydaje się, że z biegiem czasu na światło dzienne zacznie wychodzić coraz więcej faktycznych i domniemyanych przypadków niegospodarności i nietrafionych decyzji ze strony różnych instytucji i podmiotów. Nie o wszystkim napiszą media tak jak o tym, że maseczki, które przyleciały największym samolotem świata w połowie kwietnia, nie spełniają norm FFP, a Ministerstwo Zdrowia, jak się miało ostatnio okazać, zakupiło bezwartościowe maseczki za 5 mln zł, na czym miał zarobić instruktor narciarstwa powołujący się na znajomość z szefem resortu. W ciągu ostatnich kilku miesięcy podwójnie zemściła się pogoń za taniocścią i naiwna wiara w to, że globalizacja i przenoszenie produkcji za granicę niesie ze sobą tylko korzyści. Po wybuchu

epidemii w Chinach skokowo wzrosła liczba producentów środków ochrony osobistej pozostających pod parasolem ochronnym lokalnych władz. W drugiej połowie marca ich wytwarzaniem zajmowało się już prawie 38,2 tys. firm. – Zwiększenie produkcji lub uruchomienie nowych linii produkcyjnych nastąpiło w większości przypadków z pominięciem procesu certyfikowania – tłumaczy dr Michał Bogusz, analityk z Ośrodka Studiów Wschodnich. Trudno się dziwić, że tak wielu nabywców sprzętu zostało oszukanych.

KOSZTOWNE ZALEGŁOŚCI?

Z tygodnia na tydzień, a czasami dośownie z dnia na dzień wiele placówek medycznych musiało zacząć działać w niespotykanych dotąd okolicznościach. Przed pandemią Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach dysponował kilkunastoma oddziałami i 360 łózkami (chłubiąc się m.in. porodówką i opieką neonatologiczną), a po jej wybuchu stał się de facto placówką zakaźną. Jak przyznaje prezes szpitala, Mariola Szulc, trzeba było wszystko zorganizować tak, aby zabezpieczyć przed zakażeniem personel i zapewnić poczucie względnego komfortu pacjentom. Teraz pojawiają się obawy, czy część lekarzy nie odejdzie z pracy, gdy placówki zaczną funkcjonować w „normalnych” warunkach, a jeśli tak się stanie, to czy uda się zrealizować kontrakt z NFZ oraz w jaki sposób odbije się to na ich kondycji finansowej i renomie. – Szpital to nie mury i sprzęt, ale personel – podkreśla prezes WSS w Tychach. Pewne jest jedno: trudno będzie nadrobić ostatnie tygodnie, skoro w połowie maja wykonanie zabiegów w kierowanej przez nią placówce pozostawało na poziomie 1 proc. Dane NFZ z połowy maja o skali zaległych świadczeń w leczeniu planowym dają powody do niepokoju. – W porównaniu do analogicznych okresów w roku ubiegłym, w zakresie chirurgii ogólnej w marcu mieliśmy spadek o 38 proc., a w kwietniu już ok. 70 proc. Podobny trend widać w ortopedii i traumatologii



W tym roku wpływy ze składki zdrowotnej mogą być uszczuplone nawet o kilkanaście miliardów złotych.

narządu ruchu. Nieco mniejsze ograniczenie było w kardiologii: w marcu o ok. 33 proc., w kwietniu o ok. 65 proc. – wylicza Daniel Rutkowski, zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali NFZ. Wprawdzie te dane mogą się jeszcze zmienić, ale spadki są ewidentne.

CZY POWRÓCĄ SPORY?

Część pacjentów od pewnego czasu omija przychodnie i szpitale, trudno więc oczekiwać, aby wszystkim wyszło to na dobre, skoro w niektórych chorobach skutki opóźnionej diagnostyki to być albo nie być. Lekarze również dopytują, co czeka ich dotychczasowe miejsca pracy i o to, co dalej z rozwiązaniem „jeden lekarz – jeden etat”. – Od 1 czerwca powoli rezygnujemy ze szpitali jednoimiennych – mówi minister Łukasz Szumowski. To ważna deklaracja, na którą czekało wiele osób. NFZ twierdzi, że jest za wcześniej na podejmowanie decyzji o ostatecznym rozliczeniu COVID-19, ale zarówno kierownictwo resortu zdrowia, jak i płaćnika podkreślają, że na inną rekompensatę za czas pandemii mogą liczyć szpitale jednoimienne, a na inną jednostki, które utraciły możliwość wykonania kontraktu z powodu przerwy w operacjach planowych. Wiele osób wyraża sceptycyzm co do tego, że rządowa kroplówka finansowa będzie wystarczająca. W kolejnych miesiącach, zwłaszcza w przypadku szpitali, możemy być świadkami sporów na tle finansowym na linii ministerstwo-dyrektorzy i dyrekcja-pracownicy z pandemią w tle. ■

38,2 TYS.

firm w Chinach zajmowało się produkcją środków ochrony osobistej w połowie marca br.

Zaskoczenie i zmiany

Pandemia SARS-CoV-2 ogarnęła cały świat. Jej skutki dotkną chyba wszystkich ludzi, choć każdego w trochę odmienny sposób. Z innymi wyzwaniami mierzą się lekarze, a z innymi naukowcy.



**KPT. DR N. MED.
JACEK SIEWIERA**

dowódca polskich
misji medycznych
w Lombardii i Chicago

To, co obserwowaliśmy w Lombardii i w USA, to dwie różne epidemie. Włoskie państwo zostało zaskoczone skalą zachorowań i zarażalnością patogenu, a tamtejsza służba zdrowia, choć znajduje się na wysokim poziomie, nie miała czasu przygotować się do sytuacji. Włosi jako pierwsi w Europie przyjęli uderzenie, będąc jednocześnie pierwszym na świecie rzetelnym źródłem informacji o wirusie. Ani Iran, ani Chiny nie dostarczyły prawdziwej wiedzy co do stopnia zagrożenia. Z kolei każdy stan USA, z uwagi na odmienną sytuację epidemiologiczną, inne warunki demograficzne czy sytuację gospodarczą, przyjął odmienny model działania. Trudno mi powiedzieć, czy to centralnie sterowana polityka, czy przywiązanie do idei wolności, czy też jedno i drugie. Rząd federalny podjął decyzję, że każdy gubernator stanowy samodzielnie może luzować restrykcje w życiu publicznym m.in. w oparciu

o dostępne informacje, możliwości leczenia pacjentów z COVID-19, stan kadr medycznych czy sytuację gospodarki. Nie wszędzie mieliśmy do czynienia z totalnym lockdownem. Niektóre stany sięgnęły po pomoc Gwardii Narodowej, a inne nie. Na początku maja niektóre stany rozpoczęły planowe zabiegi operacyjne. Obecnie każdy stan to taki mały poligon doświadczalny i w tej wolności jest jakaś metoda. Amerykanie sprawdzają, który model postępowania sprawdzi się najlepiej, później dokonają analiz i być może zaczną wdrażać w życie najbardziej efektywny scenariusz. Ogromne różnice, np. w zakresie standardów postępowania z pacjentami, widać nawet pomiędzy szpitalami należącymi do tego samego zarządu stanowego. Każdy kryzys w dużej skali to wyzwanie dla struktur państwa i systemów ochrony zdrowia. Osłabi je lub wzmocni, w zależności od tego, jak sobie z nim ktoś radzi. Jeśli zestawimy ponowne wykorzystywanie sprzętu do niedawna traktowanego jako jednorazowy z trendem ekologicznym, ograniczeniami w produkcji czy tym, że jesteśmy w stanie żyć bez nadmiernej konsumpcji, to okaże się, że epidemia koronawirusa wywiera piętno na każdej dziedzinie naszego życia. ■

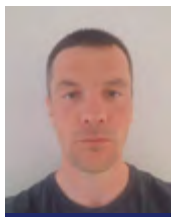
Kilka tygodni temu pojawiły się doniesienia sugerujące związek pomiędzy występowaniem nadciśnienia tętniczego a zachorowaniem na COVID-19 – chorobę wywołaną przez koronawirusa SARS-CoV-2. Informacje z Chin nie znalazły jednak potwierdzenia w wiarygodnych źródłach naukowych. 12 marca Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego opublikowało stanowisko w tej sprawie, w którym zwrócono uwagę na brak istnienia relacji między nadciśnieniem tętniczym a większą zapaadalnością na COVID-19. Co więcej, z analizy licznych badań przeprowadzonych w przeszłości, w których próbowano ocenić, czy nadciśnienie tętnicze może stanowić czynnik ryzyka infekcji wirusowych lub bakteryjnych, wynika, że nie występuje związek między nadciśnieniem i rozwojem takich infekcji w dolnych drogach oddechowych. Kilka tygodni temu pojawiły się również opinie, jakoby leczenie nadciśnienia tętniczego, a zwłaszcza przyjmowanie inhi-

bitorów konwertazy lub sartanów, przyczyniało się do większej podatności organizmu na infekcje wywołane przez wirusa SARS-CoV-2. Zgodnie z oświadczeniem Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, nie ma jednoznacznych dowodów, że przyjmowanie leków hipotensyjnych przez pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego może sprzyjać zachorowaniu na COVID-19, a u pacjentów już zainfekowanych można kontynuować leczenie inhibitorami konwertazy i sartanami. W ślad za tym 11 innych międzynarodowych towarzystw medycznych, wśród nich m.in. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, opublikowało oświadczenia o podobnej treści. Istnieje za to potencjalny związek pomiędzy mechanizmem wnikania SARS-CoV-2 do komórek oraz budową układu renina-angiotensyna, ponieważ infekcja SARS-CoV-2 następuje przy pomocy enzymu, który konwertuje angiotensynę II do angiotensyny 1-7, jakkolwiek na razie nie dowiedziono tego w warunkach klinicznych. ■



**PROF. ANDRZEJ
JANUSZEWICZ**

sekretarz
Europejskiego
Towarzystwa
Nadciśnienia
Tętniczego



**MICHAŁ
MADEYSKI**

uczestnik misji
medycznych
we Włoszech
i Kirgistanie

We Włoszech liczba zachorowań i hospitalizacji była tak ogromna, że byliśmy świadkami podejmowania dramatycznych decyzji o rezygnacji z dalszego leczenia niektórych pacjentów na rzecz tych, którzy wydawali się mieć większe szanse przeżycia. Włoskie placówki były przepełnione, mimo że otwierano kolejne oddziały intensywnej terapii. Z zupełnie inną sytuacją mieliśmy do czynienia w Kirgistanie, gdzie liczba zakażonych pacjentów była stosunkowo nieduża, a puste oddziały czekały na pacjentów z COVID-19, ale w oczy rzucał się m.in. brak profesjonalnych instalacji tlenowych – w dwóch szpitalach, gdzie byliśmy, tworzone je naprędce. W Kirgistanie obostrzenia były surowsze od tych, które obowiązywały w północnej części Włoch i z perspektywy czasu można powiedzieć, że chyba przewyższyły skalę

zagrożenia koronawirusem. Na checkpointach stali żołnierze z bronią, co chyba miało przemawiać do wyobraźni, by nie próbować przedostać się do miasta innymi drogami. Chcąc ograniczyć liczbę zakażeń SARS-CoV-2 wśród medyków, w Kirgistanie personel szpitalny na przemian spędza prawie miesiąc na terenie szpitala, a potem wraca na dwa tygodnie do domu. Wygląda to tak, że przez 14 dni mieszka się i pracuje na terenie placówki, a przed udaniem się na dwutygodniową kwarantannę, która również odbywa się na terenie szpitala, jak i przed jej zakończeniem, pobierane są wymazy w celu przeprowadzenia testów RT-PCR. Gdy pracownik ma wynik negatywny, to wraca do swojego domu na dwa tygodnie. Przed powrotem do pracy pobierany jest od niego wymaz i jeśli nie wykazuje objawów zakażenia, to wszystko zaczyna się od nowa. ■

Wynalazki mogą ratować zdrowie i życie pacjentów. Przełomowe wydarzenia w naszych dziejach, takie jak pandemia SARS-CoV-2, sprzyjają odkryciom naukowym. To doskonale widać w ostatnich tygodniach, kiedy obserwujemy wysyp wielu ciekawych projektów i jesteśmy świadkami przyspieszonej ścieżki ich zastosowania w naszym życiu, w tym również w polskich szpitalach. Z drugiej strony dzięki pandemii wiele osób dostrzega, że w zakresie inżynierii biomedycznej droga od opracowania prototypu do wdrożenia wynalazku jest bardzo długa i trudna, zasady przyznawania grantów badawczych pozostawiają wiele do życzenia, a środki, jakie mogą otrzymać wynalazcy na realizację swoich projektów, są niewystarczające. Przez to część osób, po kilku bezskutecznych próbach otrzymania pieniędzy na ten cel, zniechęca

się i całkowicie poddaje. Pierwszy prototypowy model urządzenia Ventil, służącego do niezależnej wentylacji dwóch płuc pacjenta z użyciem jednego respiratora, udało mi się sfinansować w ramach grantu w 2005 r. Przez prawie dekadę trwały badania, a potem przez kilka lat poszukiwałem producenta. Długo nie byłem w stanie przeskoczyć z etapu badań naukowych do fazy wdrożenia. Brakowało chętnych do zainwestowania w produkcję urządzenia, mimo że jego skuteczność została potwierdzona w praktyce m.in. w torakochirurgii, intensywnej terapii czy u ofiar wypadków komunikacyjnych, które mają uszkodzone płuca w wyniku obrażeń klatki piersiowej. Próby wdrożenia urządzenia umożliwiającego niezależną wentylację dwóch pacjentów jednocześnie przy użyciu jednego respiratora rozpoczęły się dopiero w ostatnim czasie, po wybuchu pandemii. ■



**PROF. MAREK
DAROWSKI**

Instytut Biocybetyki
i Inżynierii Biomedycznej
PAN



**DR LESZEK
SYKUŁSKI**

politolog, Uniwersytet
Humanistyczno-
Przyrodniczy
w Częstochowie

Wprowadzenie tzw. narodowej kwarantanny, czyli daleko posuniętej społecznej izolacji na początku epidemii koronawirusa, wiążące się m.in. z zakazem wstępu do lasów i parków, zamknięciem lub ograniczeniem działania wielu placówek, w tym m.in. poradni zdrowia psychicznego i ośrodków leczenia uzależnień, czy drastycznym ograniczeniem aktywności fizycznej, może mieć negatywne skutki dla bezpieczeństwa społecznego w naszym kraju. Gdyby kwarantanna przeciągnęła się w czasie, byłyby one jeszcze bardziej brzemiennie w skutkach. Z punktu

widzenia zachowania pewnego poziomu zdrowia psychicznego wśród społeczeństwa, izolowanie się od wszystkich nie jest korzystne. W ostatnich tygodniach z całą mocą uwidocznił się, podnoszony od dłuższego czasu, problem z dostępnością do lekarzy psychiatrów, w tym do psychiatrów dziecięcych. Od dawna Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych alarmuje o rekordowym spożyciu alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca, a wiele osób zwraca uwagę na rosnącą konsumpcję w okresie kwarantanny. Gdziekolwiek widać to już na ulicach. Kwestie bezpieczeństwa zdrowotnego, społecznego, militarnego i politycznego należy traktować całościowo. Społeczeństwo bezpieczne to takie, które jest m.in. zdrowe psychicznie. Bezpieczeństwo społeczne zależy m.in. od jego odporności na bodźce z zewnątrz. Największe mocarstwa świata prowadzą działania hybrydowe, np. wykorzystując problemy w kondycji psychicznej społeczeństw innych krajów w celu wzbudzenia wśród nich silnej polaryzacji. To naturalna praktyka. Oczywiście jest i to, że łatwiej ingerować w sprawy wewnętrzne państw, których obywatele mają poważne problemy z chorobami cywilizacyjnymi. ■

ZE ŚWIATA

Pandemia trwa

W ciągu ostatniego miesiąca liczba potwierdzonych przypadków zakażeń SARS-CoV-2 wzrosła na całym świecie o ponad 2,5 mln. Najwięcej zachorowań nadal jest w USA, ale wirus transmituje w kierunku Ameryki Południowej. Żle jest też m.in. w Rosji.

TEKST LIDIA SULIKOWSKA, DZIENNIKARZ

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers¹, do 25 maja rano potwierdzono w sumie ok. 5,5 mln zakażeń nowym koronawirusem (miesiąc temu: 3 mln chorych).

Wśród nich mamy 2,3 mln wyleczonych, a 347 tys. osób zmarło. Aktywnych przypadków na ten moment było więc nieco więcej niż tych o charakterze zamkniętym, bo ok.

2,9 mln, z czego ponad 53 tys. chorych (2 proc.) znajdowało się w stanie krytycznym. Najwięcej wyleczonych mają USA (452 tys.), Hiszpania (197 tys.), Niemcy (160 tys.) i Brazylia (150 tys.). Dzielne przyrosty zakażeń w maju wahały się w od 77 tys. do ponad 100 tys.

Do 25 maja rano najwięcej zakażeń stwierdzono w USA (1 mln 686 tys.). Na drugim miejscu znalazła się Brazylia z liczbą 365 tys. zakażonych (to o ok. 300 tys. więcej niż jeszcze miesiąc temu). Na trzecim miejscu

była Rosja (353 tys.) – w tym kraju, podobnie jak w przypadku Brazylii, także w ostatnich tygodniach bardzo wzrosła liczba zakażonych. Na kolejnych miejscach znalazły się: Hiszpania (283 tys.), Wielka Brytania (259 tys.), Włochy (230 tys.), Francja (183 tys.) i Niemcy (180 tys.). Zdecydowanie jednak w wielu europejskich krajach rozprzestrzenianie się wirusa wyhamowało.

Z kolei w Peru do 25 maja potwierdzono już 120 tys. zakażeń, choć na początku tego miesiąca było tam jeszcze niewiele ponad 40 tys. chorych. Podobny trend obserwujemy m.in. w Chile.

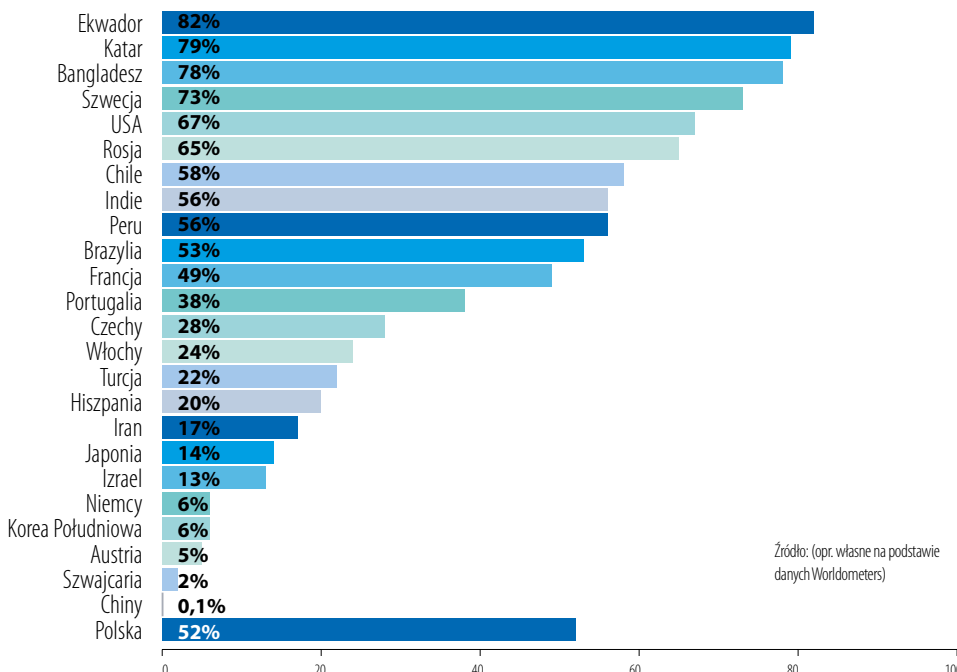
Najwięcej zgonów spowodowanych koronawirusem do 25 maja odnotowano w USA (99,3 tys.), Wielkiej Brytanii (36,8 tys.), Włoszech (32,8 tys.), Hiszpanii (28,7 tys.), Francji (28,4 tys.), Brazylii (22,8 tys.).

Kraje, w których liczba przypadków aktywnych jest zdecydowanie mniejsza niż tych o charakterze zamkniętym (do których zaliczamy wyleczonych i zmarłych), to m.in. Hiszpania, Włochy, Niemcy, Turcja, Iran, Meksyk, Szwajcaria, Irlandia, Japonia, Austria, Izrael, Dania, Korea Południowa, Czechy, Norwegia. W Chinach na ok. 83 tys. zakażonych tylko 83 przypadki są aktywne. Odwrotna sytuacja jest m.in. w USA, Rosji, Brazylii, w Indiach, Katarze, Ekwadorze, na Białorusi, w Bangladeszu i Szwecji.

W Polsce do 25 maja potwierdzono nieco ponad 21,4 tys. zakażeń koronawirusem, z czego ok. 11,2 tys. to przypadki aktywne. 996 osób zmarło, a ok. 9,3 tys. wyzdrowiało.

Zdaniem szefa Światowej Organizacji Zdrowia Tedrosa Adhanoma Ghebreyesusa do opanowania pandemii COVID-19 jeszcze daleka droga – w ciągu ostatnich 24 godzin mieliśmy 106 tys. nowych zakażeń, to największy przyrost dobowy od początku wybuchu pandemii – powiedział 20 maja Tedros Adhanom Ghebreyesus. Dodał też, że martwi go wzrost zachorowań w krajach słabo i średnio rozwiniętych. ■

Procent przypadków aktywnych w stosunku do całkowitej liczby zachorowań na SARS-CoV-2 w wybranych krajach (stan na 25 maja):



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

MELDUNKI CPME

COVID-19 w Europie

W zasadzie cały niemalże świat w ciągu kilku miesięcy znalazł się w diametralnie innej sytuacji niż dotychczas. Grupą, która w najszerszym zakresie odczuwa skutki obecnych wydarzeń, są lekarze i pozostali pracownicy ochrony zdrowia.

TEKST **MAREK SZEWZYŃSKI**, RADCA PRAWNY NIL



Od pierwszych dni marca międzynarodowe organizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne – zarówno światowe, jak i europejskie – starają się zbierać i udostępniać informacje dotyczące sytuacji w poszczególnych państwach odnośnie tych spraw, które w największym stopniu dotyczą lekarzy i systemów ochrony zdrowia.

Na łamach „Gazety Lekarskiej” wielokrotnie były przekazywane informacje, które docierają do samorządu lekarskiego z zagranicy za pośrednictwem organizacji, których członkiem jest Naczelna Izba Lekarska.

Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) na bieżąco przekazuje zbiorcze, uaktualniane raporty, zawierające z jednej strony informacje dostępne publicznie na temat różnych działań i inicjatyw na poziomie międzynarodowym, zwłaszcza instytucji Unii Europejskiej, a z drugiej strony wiadomości w zakresie rozwoju sytuacji w poszczególnych państwach, które są przesyłane przez organizacje członkowskie CPME z 38 państw. Jest to dość obszerny materiał odnoszący się do ok. 20 zagadnień istotnych z punktu widzenia środowiska lekarskiego. W niniejszym tekście przedstawiona jest część tych informacji, dająca, mam nadzieję,

pewien obraz tego, co się w okresie ostatnich blisko trzech miesięcy dzieje w Europie – z punktu widzenia krajowych organizacji lekarskich.

DOSTĘPNOŚĆ ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ

Od pierwszych niemalże dni, gdy w danym państwie stwierdzano stan zagrożenia epidemicznego, pracownicy ochrony zdrowia zgłaszali niedobory, a nierzadko całkowity brak odpowiednich środków ochronnych. Każda z krajowych organizacji, bez względu na poziom zamożności i sytuacji gospodarczej państwa, podkreślała, że w tym zakresie system ochrony zdrowia był w dalekim

CPME

Stały Komitet Lekarzy Europejskich na bieżąco przekazuje raporty zawierające wiadomości w zakresie rozwoju sytuacji w poszczególnych państwach zrzeszonych.

stopniu nieprzygotowany i że nie było sprawnie działającego mechanizmu zaopatrywania się w sprzęt ochronny odpowiadający zagrożeniu wynikającemu z epidemii.

Już w pierwszych dniach kwietnia podczas spotkania online zarządu CPME i przedstawicieli organizacji krajowych kilkakrotnie podkreślono, że jednym z podstawowych działań, jakie poszczególne kraje europejskie oraz UE jako całość będą musiały podjąć, gdy sytuacja się choć trochę ustabilizuje, jest przywrócenie właściwego, bezpiecznego łańcucha dostaw takich towarów jak sprzęt medyczny, w tym ochronny, czy leki. Prezes CPME Frank Ulrich Montgomery z Niemiec wskazał, że obecna sytuacja dobitnie pokazuje, jakie zagrożenie niesie ze sobą uzależnienie się naszego regionu – w zakresie szeregu kluczowych produktów – od dostaw nie tyle nawet z innych państw, ale wręcz z innego kontynentu. To zresztą odnosi się nie tylko do Europy, ale także do innych rozwiniętych gospodarczo państw świata, nie wyłączając Stanów Zjednoczonych.

Po upływie kolejnych tygodni widać to coraz dobitniej, patrząc na to, jak niektóre państwa niemalże rywalizowały ze sobą w celu nabycia sprzętu ochronnego, a później sporego, że wiele partii sprowadzanego towaru nie spełnia wymaganych norm.

Z raportu CPME wynika, że w miarę szybko w tym zakresie sytuacja polepszyła się w państwach o stosunkowo małej liczbie ludności (np. państwa bałtyckie, Czarnogóra), zaś w krajach „dużych” nadal są spore problemy, choć nie takie, jak w początkowym okresie epidemii. W Hiszpanii w marcu w wielu placówkach odnotowano całkowity brak niektórych rodzajów środków ochrony. We Włoszech zakupy środków ochronnych w dużej mierze były możliwe dzięki darowiznom od niektórych przedsiębiorców i osób zamożnych. W Danii wiele firm, w tym Lego, przestawiło swą produkcję i zaczęło wytwarzać sprzęt ochronny. Często powtarzała się informacja, że szczególne trudności w zaopatrywaniu się

mają lekarze i lekarze dentyści praktykujący indywidualnie.

TESTOWANIE

Pomimo jednolitych apeli środowisk lekarskich z wszystkich państw, aby pracownicy ochrony zdrowia byli traktowani priorytetowo w zakresie dostępności do testów, co ma istotne znaczenie dla zapewnienia wydolności systemu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów, w większości doniesień wskazywano, że brak jest w tym zakresie szczególnych zasad postępowania. Zwykle pracowników ochrony zdrowia poddawano testom dopiero w przypadku pojawiania się symptomów zakażenia lub stwierdzenia kontaktu z zakażoną osobą bez posiadania właściwych środków ochronnych. W konsekwencji także członkowie rodzin lekarzy i bliscie im osoby nie są traktowane w jakiś szczególny sposób.

ZAKAŻENIA I ZGONY WŚRÓD PERSONELU MEDYCZNEGO

Niewątpliwie pracownicy ochrony zdrowia są szczególnie narażeni na zakażenie, a co za tym idzie, wielu z nich ponosi tego najdalej idące konsekwencje. Każda z organizacji lekarskich wskazuje, że odsetek pracowników ochrony zdrowia wśród wszystkich osób, u których stwierdzono zakażenie, jest stosunkowo wysoki, wynoszący ok. 10-11 proc. w takich państwach jak Bułgaria, Czechy, Irlandia, Łotwa, Węgry, Włochy, a nawet ok. 20 proc. w Portugalii, Rumunii i na Cyprze.

Co zastanawiające, a wręcz budzące zdziwienie w kontekście aktualnych możliwości technologicznych, w szeregu państw brak jest oficjalnych danych na temat liczby zakażeń i zgonów wśród personelu medycznego. Często te dane są zbierane przez organizacje zawodowe. W Hiszpanii, wg danych na połowę kwietnia, zakażenie stwierdzono u ok. 40 tys. pracowników ochrony zdrowia, spośród których zmarło 26 lekarzy i 11 farmaceutów, zaś liczba zmarłych pielęgniarek nie była wtedy ustalona. Obecnie liczba stwierdzonych zakażeń przekroczyła 50 tys.

OK. 10-11%

Każda z organizacji lekarskich wskazuje, że odsetek pracowników ochrony zdrowia wśród wszystkich osób, u których stwierdzono zakażenie, jest stosunkowo wysoki.

Strategia farmaceutyczna UE

W najbliższych miesiącach Komisja Europejska ma opracować unijną strategię farmaceutyczną, której celem jest doprowadzenie do odtworzenia w Europie produkcji substancji czynnych do wytwarzania leków i rozwoju przemysłu farmaceutycznego.

Jak informuje Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, ponad 60 proc. surowców wykorzystywanych przez europejski przemysł farmaceutyczny do produkcji leków pochodzi z Chin i Indii. Efekty takiej polityki mogliśmy zaobserwować, gdy wybuchła pandemia SARS-CoV-2. Zakazy eksportu i przerwy w produkcji skutkowały deficytami na rynku i wzrostem cen.

O odbudowie własnego przemysłu farmaceutycznego, tak aby uniezależnić się od zagranicznych dostaw, myśli także USA. Prezydent Donald Trump zapowiedział odrodzenie tego rynku w ciągu najbliższych dwóch lat. (LS)

We Włoszech samorząd lekarski na dzień 4 maja potwierdził śmierć 152 lekarzy i lekarzy dentyistów, u których stwierdzono zakażenie (pod koniec maja liczba ta wynosiła już 163), natomiast ogółem zakażonych było blisko 22 tys. pracowników ochrony zdrowia.

OKREŚLANIE PRZYCZYNY ZGONU

Przekazywane informacje potwierdzają, że brak jest jednolitych zasad postępowania w Europie w odniesieniu do zasad określania przyczyny zgonu z powodu choroby COVID-19, co zresztą jasno widać, porównując oficjalne dane z poszczególnych państw w odniesieniu zarówno do ogółu stwierdzonych zakażeń, jak i do liczby ludności.

DOSTĘPNOŚĆ LEKÓW I WYROBÓW MEDYCZNYCH

W większości państw na razie nie stwierdzono niedoborów leków,



Przekazywane informacje potwierdzają, że brak jest jednolitych zasad postępowania w Europie w odniesieniu do zasad określania przyczyny zgonu z powodu choroby COVID-19, co zresztą jasno widać, porównując oficjalne dane z poszczególnych państw.

choć pewne problemy zauważono w Szwecji i na Słowacji. Również w odniesieniu do sprzętu medycznego, w szczególności respiratorów, sytuacja wydaje się być w normie, chociaż w wielu raportach są obawy, że braki się pojawiają, jeżeli epidemia będzie szybko się nasilać. Jak już wiadomo z doniesień prasowych, w początkowym okresie brakowało respiratorów i łóżek do intensywnej opieki w Hiszpanii i we Włoszech, obecnie sytuacja się poprawiła. Co ciekawe, brak wystarczającej liczby respiratorów zgłosiła niemiecka izba lekarska, choć Niemcy są postrzegani jako jedno z najlepiej przygotowanych państw.

PERSONEL MEDYCZNY

Niedobory kadr medycznych oprócz Polski zgłosiło 10 państw. W kilku z nich wynikało to głównie z aktualnej kryzysowej sytuacji, braku wystarczającej liczby specjalistów w określonych dziedzinach oraz

konieczności poddania kwarantannie sporej grupy osób. Natomiast takie państwa jak Czechy, Irlandia, Słowacja, Ukraina, czy Węgry wskazały, że problem ten istnieje od dawna, a obecnie się to spotęgowało.

PRZEMOC WOBEC PERSONELU MEDYCZNEGO

W większości państw nie stwierdzono na razie przemocy wobec personelu medycznego, tym niemniej w kilku państwach (Belgia, Rumunia, Wielka Brytania) są doniesienia o tym, że pracownicy medyczni spotykali się z wrogością jako potencjalne „źródło” zakażenia. W Wielkiej Brytanii były także sygnały o próbach uciszania pracowników informujących o brakach środków ochronnych.

ROSZCZENIA (SKARGI) WOBEC LEKARZY

Ogólnie kwestia roszczeń ze strony pacjentów wobec lekarzy za błędy

popętniane w trakcie zwalczania epidemii lub za zakażenie pacjenta nie jest jeszcze postrzegana jako istotny problem, w wielu państwach personel medyczny jest doceniany. Jednakże w dłuższej perspektywie może się pojawić taka tendencja.

We Włoszech pod koniec marca, czyli w najtrudniejszym okresie w tym państwie, prezes tamtejszej krajowej izby lekarskiej skierował bardzo emocjonalne pismo do prezesa samorządu adwokackiego sygnalizujące, że w czasie, gdy lekarze walczą „gołymi rękami” z epidemią, m.in. przez kancelarie adwokackie rozpowszechniane są informacje o możliwości wnoszenia pozwów i skarg na lekarzy, są także oferowane bezpłatne porady prawne i innego rodzaju zachęty w tym zakresie. Stwierdził m.in.: „Nie ukrywam przed Tobą rozczarowania, jakie odczuwam, gdy dostrzegam, że interesy natury ekonomicznej przeważają nad interesem ogólnym, zgodnie z którym lekarze powinni mieć zapewnione tyle spokoju, na ile to możliwe, aby móc udzielać pomocy, co i tak jest przecież nadzwyczaj trudne w tej sytuacji”.

Natomiast lekarze fińscy wskazują, że obowiązujący w tym państwie system odszkodowawczy określany jako „no-fault” przyczynia się do tego, że ogólnie roszczeń wobec konkretnych lekarzy jest stosunkowo mało. ■

ZE ŚWIATA

Więzienie za agresję wobec medyków

W Indiach wydano rozporządzenie, na podstawie którego w okresie panującej epidemii COVID-19 przemoc wobec personelu medycznego jest uznawana za przestępstwo niepodlegające kaucji i podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 7 lat oraz grzywnie.

Śledztwa w takich sprawach mają trwać maksymalnie miesiąc, a ostateczny wyrok sądowy musi zapaść w ciągu roku. Osoby, które wyrządzą szkodę prywatnej placówce albo uszkodzą auto lekarza, muszą zapłacić odszkodowanie w wysokości dwukrotności wartości rynkowej zniszczonego mienia lub majątku.

To odpowiedź rządu na narastający problem agresji wobec lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia niosącym pomoc chorym na COVID-19. Ataki są powodowane strachem, że medycy, mając kontakt z zakażonymi, rozprzestrzeniają koronawirusa.



Podobne incydenty zdarzają się także w innych krajach, ale – co przyznał dr Frank Montgomery, szef Światowego Towarzystwa Medycznego (World Medical Association, WMA) – sytuacja w Indiach jest najbardziej szokująca. O szczegółach tej sprawy pisaliśmy w poprzednim numerze „GL”.

18 maja WMA wydało oświadczenie, w którym wezwało WHO i państwa członkowskie, aby sprawcy przemocy wobec personelu medycznego ponosili za swoje czyny adekwatną odpowiedzialność.

Europejskie organizacje lekarzy z inicjatywy CEOM (Europejska Konferencja Izb Lekarskich) także opublikowały wspólne oświadczenie, w którym wezwano rządy europejskich krajów oraz instytucje odpowiedzialne za ochronę zdrowia do zapewnienia medykom bezpiecznego środowiska pracy i opracowania polityki „zero tolerancji” dla przemocy wobec pracowników ochrony zdrowia. ■

Głód groźniejszy niż koronawirus?

Do końca roku możemy mieć nawet 44 mln mieszkańców Afryki zakażonych SARS-CoV-2 i 190 tys. zgonów z powodu COVID-19. Taki scenariusz jest możliwy, jeśli nie będą przestrzegane środki zapobiegające rozprzestrzenianiu się wirusa – szacuje Światowa Organizacja Zdrowia.

WHO przewiduje też, że liczba przypadków wymagających hospitalizacji z powodu COVID-19 może osiągnąć w Afryce nawet 5,5 mln, z czego od 52 tys. do 107 tys. to osoby, które będą wymagały wspomagania oddychania. To przerasta dostępne możliwości medyczne w dużej części Afryki (na milion osób przypada tam zaledwie średnio dzie-

więć łóżek na oddziałach intensywnej opieki medycznej).

Wprowadzenie obostrzeń izolacyjnych z pewnością hamuje rozprzestrzenianie się wirusa, ale trzeba pamiętać, że na tym kontynencie izolacja ma zupełnie inny wymiar niż w krajach rozwiniętych. Fundacja pomocy humanitarnej Redemptoris Missio zwraca uwagę, że z tego powodu Afrykanom grozi jeszcze większy głód.

Niedobory żywności pogłębią się m.in. dlatego, że import żywności, transport i produkcja rolna zostały utrudnione przez wprowadzenie blokad, ograniczeń w podróżowaniu i fizycznych środków dystansujących społeczeństwo. Potrzebna jest pomoc humanitarna.

Do 22 maja liczba potwierdzonych zakażeń nowym koronawirusem w Afryce przekroczyła 100 tys., w tym było 3,1 tys. zgonów. Wydaje się jednak, że dynamika zakażeń w ostatnim czasie przyspiesza. O ile w ciągu 52 dni od potwierdzonego „pacjenta zero” zakażyło się 10 tys. osób, to przejście z poziomu 30 tys. do 50 tys. zakażonych zajęło tylko 11 dni.

Na szczęście w Afryce przewiduje się wolniejsze tempo transmisji wirusa i niższy wskaźnik umieralności (m.in. ze względu na młodszą populację – ponad 60 proc. Afrykanów ma poniżej 25. r.ż.) w porównaniu do tego, co obserwuje się w krajach najbardziej dotkniętych pandemią w pozostałej części świata. ■

FINANSE A PANDEMIA COVID-19

Darowizny, ulgi za złe długi i rozliczanie straty

TEKST PAULINA BĄK, RADCA PRAWNY

Mimo że nie wprowadzono zwolnień podatkowych dla grup dotkniętych przez pandemię, to jednak uchwalono przepisy, które ułatwić mogą wywiązanie się z obowiązków podatkowych. Poniżej przedstawiam wybrane z ułatwień.

ODLICZENIE DAROWIZN

Art. 4 i 23 ustawy o COVID-19¹ zezwoliły na odliczenie od podstawy opodatkowania „kwalifikowanej” darowizny. Co ważniejsze, odliczenia można dokonać już od podstawy obliczenia zaliczki na podatek. Odliczeniu podlegać będą darowizny przekazane pomiędzy 1 stycznia a 30 września br. Przepisy nie limitują wysokości możliwego odliczenia.

W zależności od momentu przekazania darowizny wysokość odliczenia może być podwyższona. W przypadku darowizny przekazanej do 30 kwietnia br. – odliczeniu podlega kwota odpowiadająca 200 proc. wartości darowizny; w maju br. – 150 proc. wartości darowizny; od 1 czerwca do 30 września br. – odliczeniu podlega kwota odpowiadająca wartości darowizny.

Darowizny muszą być przekazane na przeciwdziałanie COVID-19:

- podmiotom wykonującym działalność leczniczą, wpisanym do wykazu, o którym mowa w art. 7 ustawy o COVID-19;
- Agencji Rezerw Materiałowych z przeznaczeniem na cele wykonywania zadań ustawowych;

- Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwpidemicznych z przeznaczeniem na cele wykonywania działalności statutowej.

Listę podmiotów prowadzi NFZ i są to w większości szpitale jednoimiennie. W efekcie nie każda darowizna – nawet dla jednostek publicznych – będzie uprawniała do dokonania odliczenia. Warto dodać również, że towary takie jak maseczki, kombinezony czy środki dezynfekujące, przekazane nieodpłatnie wyżej wymienionym podmiotom, opodatkowane są zerową stawką VAT. Stawka 0 proc. obowiązuje od 1 lutego do 31 sierpnia br. Konieczne jest udokumentowanie darowizny umową. W przypadku dokonania darowizny w okresie od 1 lutego do dnia wejścia rozporządzenia w życie, trzeba pisemnie potwierdzić przekazanie kupionych lub wyprodukowanych produktów.

ZAWIESZENIE ULGI NA ZŁE DŁUGI

Obecnie podatnik, który zaliczył dany wydatek w koszty uzyskania przychodu, ale nie dokonał płatności w ciągu 90 dni od terminu wskazanego na fakturze i w umowie, jest zobowiązany taką nieuiszczoną należność zaliczyć do przychodów. Z tego obowiązku zwolnieni zostaną podatnicy, którzy:

- ponieśli w danym okresie rozliczeniowym negatywne konsekwencje ekonomiczne z powodu COVID-19;
- uzyskali w danym okresie rozliczeniowym przychody niższe o co najmniej

50 proc. w stosunku do analogicznego okresu poprzedniego roku podatkowego, a w przypadku podatników, którzy rozpoczęli prowadzenie działalności w 2019 r. – w stosunku do uzyskanych w tym roku średnich przychodów.

Warunku zmniejszenia przychodów nie stosuje się do podatników, którzy: stosowali w 2019 r. formę opodatkowania, w przypadku której nie ustala się przychodów (np. kartę podatkową); rozpoczęli prowadzenie działalności w ostatnim kwartale 2019 r. i nie uzyskali w tym okresie przychodów z działalności gospodarczej; rozpoczęli prowadzenie działalności w 2020 r.

REZYGNACJA Z ZALICZEK UPROSZCZONYCH

Art. 4 ustawy o COVID-19 wprowadza również możliwość rezygnacji przez małych podatników PIT z wpłacania zaliczek w formie uproszczonej, jeżeli ponoszą negatywne konsekwencje ekonomiczne z powodu pandemii. Zrezygnować można z płatności zaliczek na miesiące marzec-grudzień br.

O rezygnacji nie trzeba informować na bieżąco. Taką informację należy przekazać w zeznaniu rocznym. Rezygnację z uproszczonych zaliczek powinni rozważyć podatnicy, którzy w roku będącym podstawą obliczania zaliczek osiągnęli przychody istotnie wyższe, niż przewidyują, że osiągną w roku obecnym.

MOŻLIWOŚĆ ROZLICZENIA STRATY

Art. 4 ustawy o COVID-19 wprowadza też mechanizm rozliczenia straty, polegający na tym, że podatnicy, którzy ponieśli w 2020 r. stratę z pozarolniczej działalności gospodarczej oraz uzyskali w tym roku łączne przychody niższe o co najmniej 50 proc. od łącznych przychodów uzyskanych w 2019 r. z tej działalności, mogą jednorazowo obniżyć o wysokość tej straty (nie więcej jednak niż o kwotę 5 mln zł) odpowiednio dochód lub przychód uzyskany w 2019 r. Rozliczenie straty polegać będzie na złożeniu korekty zeznania rocznego za 2019 r. i wniosku o stwierdzenie nadpłaty. Do rozliczenia straty jednorazowo uprawnieni są tylko przedsiębiorcy, którzy w 2020 r. uzyskali łączne przychody niższe o co najmniej 50 proc. od przychodów uzyskanych w 2019 r. ■

WAŻNE

Art. 4 i 23 ustawy o COVID-19 zezwoliły na odliczenie od podstawy opodatkowania „kwalifikowanej” darowizny.

¹ Ustawa z 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

BEZPIECZEŃSTWO LEKARZA

Zakażenie w pracy

Czy brak zabezpieczeń dla personelu medycznego oznacza odpowiedzialność odszkodowawczą pracodawcy?

TEKST **HUBERT SARŻYŃSKI**, APLIKANT RADCOWSKI,
KANCELARIA PRAWNA BSO PRAWO & PODATKI

Każdy pracodawca, w tym placówki medyczne, musi zapewnić pracownikom bezpieczne i higieniczne warunki pracy. Taki obowiązek wynika z norm polskiego prawa pracy, a jego niedopełnienie pozwala pracownikom na powstrzymanie się od wykonywania pracy.

Jednym z elementów środowiska pracy w zakresie świadczenia usług medycznych jest stałe zagrożenie zakażeniem patogenami. Orzecznictwo stoi na stanowisku, że pracodawcy świadczący usługi medyczne powinni dołożyć szczególnej staranności i zastosować wszelkie dostępne oraz możliwe środki, aby zapewnić bezpieczeństwo personelu, zwłaszcza w kontekście ochrony przed zakażeniem wskutek kontaktu z patogenami. Podstawy i zasady odpowiedzialności zostały wypracowane przez sądy m.in. na podstawie sporów dotyczących zakażenia personelu

wirusem WZW typu C i zachowują aktualność również w obliczu panującej pandemii koronawirusa.

Pracodawca jest zobowiązany do zapewnienia personelowi odpowiedniego wyposażenia i środków ochrony osobistej w zakresie niezbędnym do zapobiegnięcia zainfekowaniu. Obok wyposażenia, pracodawca powinien również wdrożyć procedury związane z bezpiecznym i higienicznym świadczeniem usług medycznych i ich przestrzeganiem. Środki ochrony powinny być dostępne w ilości wystarczającej dla zabezpieczenia personelu, niezależnie od ilości i zakresu wykonywanych usług lub zabiegów.

Orzecznictwo potwierdza również, że ryzyko zawodowe kontaktu z patogenami, typowe dla przedstawicieli zawodów medycznych, w żaden sposób nie ogranicza odpowiedzialności pracodawcy. Sądy wyprowadzają wniosek mówiący, iż w związku z obowiązkiem dołożenia szczególnej staranności przez

placówki medyczne, wobec pracodawcy stosowany jest zaostrzony reżim staranności niż w przypadku pracodawców, których pracownicy wykonują zawody narażone w mniejszym stopniu na kontakt z patogenami. Ponadto, orzecznictwo stoi na stanowisku, że dla ustalenia winy pracodawców nie jest konieczne ustalenie winy w działaniu lub zaniechaniu konkretnych osób działających w imieniu pracodawcy, co znacznie ułatwia dochodzenie roszczeń.

Placówka medyczna, w której doszło do zakażenia pracowników, musi liczyć się z obowiązkiem wykazania, że dochowała wszelkich starań i zapewniła wszelkie środki, aby uniknąć takiej sytuacji. W przeciwnym wypadku pracownicy mają otwartą drogę do roszczeń odszkodowawczych, jeżeli doznali zakażenia w związku z zaniedbaniami pracodawcy w zakresie ochrony osobistej lub procedur. ■

Czy można nie przyjść do pracy?

15 maja Sekcja Prawa Medycznego i Farmaceutycznego przy Okręgowej Radzie Adwokackiej w Warszawie przyjęła stanowisko, w którym opowiada się za możliwością odmowy pracy przez lekarzy, którym pracodawca nie zapewnia środków ochrony indywidualnej, a którzy są narażeni na kontakt z pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2. Z treścią samego stanowiska, a także komentarzem adwokata Marcina Bogdanowicza, współautora jego uzasadnienia, można zapoznać się na www.gazetalekarska.pl. (LS) ■



gazetalekarska.pl

PRACA LEKARZA W CZASIE EPIDEMII COVID-19

Ograniczenie wykonywania zawodu

Minione tygodnie przyniosły wiele zmian w swobodzie wykonywania zawodu lekarza. Największe z nich to: praca w godzinach nadliczbowych, koszarowanie lekarzy czy ograniczenie swobody pracy w większej ilości placówek.

TEKST **KATARZYNA WITA**, APLIKANT ADWOKACKI, CZŁONEK AKCJI „ADWOKACI DLA MEDYKÓW”
SEKCJA PRAWA MEDYCZNEGO I FARMACEUTYCZNEGO ORA WARSZAWA

18 kwietnia weszła w życie kolejna nowelizacja tzw. ustawy o COVID-19¹. Wprowadzone zmiany pozwoliły pracodawcy m.in. nakazać lekarzowi odpoczynek w wyznaczonym przez pracodawcę miejscu i pozostawać w gotowości do pracy także w miejscu wyznaczonym przez niego.

W zakresie czasu pracy, pracodawca może zmienić system lub jego rozkład, a także polecić świadczenie pracy w godzinach nadliczbowych. Warunkiem zastosowania zmiany jest konieczność zapewnienia ciągłości funkcjonowania placówki.

ODDELEGOWANIE NA SOR

W ramach akcji „Adwokaci dla Medyków” wpłynęło zapytanie, czy kierownictwo szpitala upoważnione jest do delegowania lekarzy do pracy na SOR, w ramach dopracowania brakujących godzin do pełnego etatu, wprowadzając równoważny czas pracy. Przepisy w ramach ustawy o COVID-19 nie dają takich możliwości. Zmiana systemu pracy dopuszczalna jest wówczas, gdy zagrożona byłaby ciągłość funkcjonowania SOR.

Wątpliwości w doktrynie prawniczej wzbudził natomiast sposób wprowadzania w wielu szpitalach zmian w czasie pracy. Ustawa nie wskazuje, w jaki sposób mają być wprowadzane: czy wymagana jest zmiana zakładowego regulaminu pracy, czy wystarczy jednostronna decyzja pracodawcy, czy konieczne jest zawarcie porozumienia ze związkami zawodowymi. Art. 15x ust. 1 cytowanej ustawy w praktyce oznacza możliwość nałożenia nieograniczonych w czasie poleceń pracy w godzinach nadliczbowych, zamknięcie na terenie zakładu pracy, a ust. 3 dodatkowo zakazuje lekarzom korzystania z urlopów wypoczynkowych, w tym urlopów na żądanie.

PRACA W JEDNYM MIEJSCU

30 kwietnia weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie nałożenia ograniczeń udzielania świadczeń medycznych. Po stronie kierownika placówki² pojawił się obowiązek stworzenia wykazu stanowisk pracy, na których lekarz ma styczność z pacjentem zakażonym wirusem lub z podejrzeniem zakażenia. Takim



Wątpliwości w doktrynie prawniczej wzbudził sposób wprowadzania w wielu szpitalach zmian w czasie pracy.

lekarzom szef placówki zobowiązany jest wydać pisemną informację o objęciu ograniczeniem, ze wskazaniem pierwszego i ostatniego dnia ograniczenia. Otrzymanie informacji lekarz stwierdza swoim podpisem. W przypadku braku możliwości wskazania dnia końcowego ograniczenia, będzie ono obowiązywać do dnia jego odwołania przez kierownika, jednak nie dłużej niż do zakończenia obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lub ustania zatrudnienia tej osoby (jednak nie wcześniej niż po upływie 14 dni od zaprzestania pracy na tym stanowisku). Wykaz ma być przesłany do właściwego wojewódzkiego oddziału NFZ i aktualizowany co miesiąc.

WAŻNE

Minimalna dopłata nie może być niższa niż 50 proc. wartości wynagrodzenia zasadniczego danego lekarza, a maksymalna kwota została ustalona na poziomie 10 tys. zł.

Co to oznacza dla lekarza? Może on nadal wykonywać świadczenia medyczne, jednakże wyłączenie wobec osób zakażonych lub z podejrzeniem zakażenia w swojej podstawowej placówce. W innych miejscach pracy, na wniosek lekarza, kierownik tej placówki zobowiązany jest do udzielenia urlopu bezpłatnego. Są jednak wyjątki: możliwe jest udzielanie świadczeń w innych placówkach wobec osób zakażonych lub z podejrzeniem zakażenia oraz udzielanie tych świadczeń, przy udzielaniu których nie jest wymagany kontakt bezpośredni z pacjentem, w szczególności: świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Są to m.in. porady, konsultacje i wystawianie recept za pośrednictwem telefonu, czatu czy wideo. Przewiduje się też sytuację nadzwyczajną: w przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może wyrazić zgodę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarza objętego ograniczeniem.

DOPLĄTY ZA OGRANICZENIA

30 kwietnia Ministerstwo Zdrowia opublikowało komunikat, w którym polecono NFZ przekazanie podmiotom leczniczym środków finansowych na tzw. dopłaty dla osób objętych ograniczeniem z tytułu utraconego dochodu. Zgodnie z załącznikiem do komunikatu, wysokość wynagrodzenia miała wynosić: 80 proc. wartości wynagrodzenia brutto otrzymanego przez lekarza w innych miejscach pracy albo 50 proc. wynagrodzenia zasadniczego lekarza w miejscu, w którym będzie pracował w czasie objęcia ograniczeniem. Załącznik określa też minimalną i maksymalną wysokość dopłaty. Minimalna nie może być niższa niż 50 proc. wartości wynagrodzenia zasadniczego danego lekarza, a maksymalna kwota została ustalona na

poziomie 10 tys. zł. W przypadku objęcia ograniczeniem za niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc zostanie proporcjonalnie pomniejszone.

W ramach akcji „Adwokaci dla Medyków” wpłynęło też zapytanie, czy lekarz musi wystosować wnioski o dopłatę. Odpowiedź brzmi: nie. Za to placówka, składając wykaz stanowisk do NFZ, ma także obowiązek przestać oświadczenia personelu medycznego, który ma prawo do otrzymania rekompensaty, o wysokościach ich miesięcznego wynagrodzenia. Placówki mają podać łączną kwotę, jaka ma być przekazana na dopłaty, w tym koszty pracodawcy. Wypłat ma dokonywać bezpośrednio placówka medyczna, na podstawie podpisania umowy z właściwym oddziałem NFZ. Komunikat nie precyzuje jednak sposobu naliczania dopłaty: czy podstawą do naliczeń będzie pensja podstawowa czy też podstawa plus dodatki? Czy procent naliczany jest od kwot netto czy brutto? Informacja o kwocie brutto pojawia się tylko w kontekście lekarzy zatrudnionych na umowie o pracę, a jak wygląda naliczanie w przypadku umów cywilno-prawnych?

NIEZGODNOŚĆ Z KONSTYTUCJĄ

Oceniając wydane rozporządzenie, trudno pokusić się o inną niż negatywna ocenę. Akt ogranicza konstytucyjne wolności obywatela RP. Art. 65 Konstytucji stanowi, iż „Każdemu zapewnia się wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy. Wyjątki określa ustawa”. Tymczasem, ograniczenie wykonywania zawodu lekarza wprowadzono nie w formie ustawy, a rozporządzenie. Drugą kwestią jest niekompletność aktu. Procedura nakładania na lekarza ograniczenia oraz wyjątki są precyzyjnie unormowane. Dlaczego jednak nie znalazło się w rozporządzeniu miejsce na unormowanie mechanizmu dopłat dla lekarza z tytułu utraconego



W ramach akcji „Adwokaci dla Medyków” wpłynęło też zapytanie, czy lekarz musi wystosować wnioski o dopłatę. Odpowiedź brzmi: nie.

dochodu? W żadnym z dostępnych źródeł nie udało się znaleźć jakichkolwiek informacji o sposobie wypłat i rozliczeń tych środków. Sama forma oddelegowania polecenia wypłaty środków w formie komunikatu Ministra Zdrowia, w tym brak opracowanych procedur wypłat, rodzi zbyt wiele wątpliwości i pytań.

Niezależnie jednak od rozważań, rozporządzenie ma pełną moc prawną dopóki skutek zaskarżenia Trybunału Konstytucyjnego nie stwierdzi jego niezgodności z Konstytucją. W przypadku uznania rozporządzenia za niekonstytucyjne, lekarzowi przysługiwać będzie odszkodowanie od państwa z tytułu utraconych dochodów [art. 417(1) Kodeksu cywilnego].

13 maja Senat przyjął uchwałę o wniesieniu do Sejmu projektu nowelizacji ustawy dot. wsparcia systemu ochrony zdrowia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2. Projekt przewiduje m.in. dodatek do wynagrodzenia, badania diagnostyczne, zapewnienie środków ochrony indywidualnej, 7-dniowy płatny urlop czy utworzenie Zespołów Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek. ■

¹ Ustawa 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. z 2020 poz. 374).

² Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, są udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub lekarzy i lekarzy dentyistów, o których mowa w ust. 4, wpisanych do wykazu, zwanego dalej „wykazem”, opracowywanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w porozumieniu z wojewodą (art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach...).

TARCZA ANTYKRYZYSOWA

Emerytura a świadczenie postojowe

Lekarze emeryci, którzy jednocześnie wykonują zawód na podstawie umowy cywilnoprawnej, mają prawo do świadczenia postojowego z ZUS przyznawanego w ramach tzw. tarczy antykryzysowej.

TEKST **BEATA WIERZCHOWSKA,**
RADCA PRAWNY NIL

Emerytura nie wyklucza prawa do takiego świadczenia, o ile umowa została zawarta przed 1 kwietnia 2020 r., a dochód z tytułu tej umowy nie jest wyższy niż 300 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału ogłaszanego przez prezesa GUS na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, obowiązującego na dzień złożenia wniosku.

DODATKOWE WYMOGI

Ponadto trzeba pamiętać, że świadczenie postojowe przysługuje, gdy w następstwie wystąpienia COVID-19 doszło do przestoju w prowadzeniu działalności przez zlecniodawcę/zamawiającego, z którym została zawarta umowa cywilnoprawna, skutkującym ograniczeniem bądź całkowitym zaprzestaniem wykonywania tej umowy.

Zgodnie bowiem z art. 15zq ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r.¹, osobie wykonującej umowę agencyjną, umowę zlecenia, inną umowę o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowę o dzieło (zwane „umową cywilnoprawną”), przysługuje świadczenie postojowe, jeżeli



Świadczenie postojowe można uzyskać maksymalnie trzy razy.

nie podlega ubezpieczeniom społecznym z innego tytułu. Emeryt nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia społecznego z tytułu pobieranej emerytury (co do zasady, z emerytury czy renty odprowadzana jest tylko składka na ubezpieczenie zdrowotne).

DO KIEDY WNIOSEK?

Co ważne – nie jest za późno, aby złożyć wnioski do ZUS o świadczenie postojowe za marzec czy kwiecień br., jeśli w tym okresie zaszyły przestanki uzyskania prawa do tego świadczenia. Wnioski należy złożyć na druku RSP-C (w wersji elektronicznej lub papierowej) najpóźniej w terminie trzech miesięcy od miesiąca, w którym został zniesiony stan epidemii (ogłoszony na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej od 20 marca br. do odwołania na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia²).

Trzeba też pamiętać, że świadczenie postojowe można uzyskać maksymalnie trzy razy, przy czym po raz kolejny można je otrzymać nie wcześniej niż w miesiącu następującym po miesiącu wypłaty wcześniej przyznanego świadczenia postojowego.

DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

Emerytura nie wyklucza też prawa do świadczenia postojowego dla lekarzy emerytów prowadzących działalność gospodarczą – oczywiście przy założeniu, iż spełniają pozostałe warunki, o których mowa w art. 15zq cyt. ustawy z 2 marca 2020 r. Wnioski do ZUS składa się w tym przypadku na druku RSP-D.

Dodać należy, iż przy wnioskowaniu o świadczenie postojowe z tytułu wykonywania działalności gospodarczej po raz pierwszy, należy też dodatkowo wykazać spadek obrotów o 15 proc. Aby natomiast skorzystać ze wsparcia po raz kolejny, nie trzeba wykazywać spadku przychodów o kolejne 15 proc., a sytuacja materialna lekarza powinna być na podobnym poziomie lub niewiele się zmienić. ■

¹ Ustawa 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. z 2020 r. poz. 374; zm.: Dz. U. z 2020 r. poz. 567, poz. 568, poz. 695 i poz. 875).

² Rozp. Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 491; zm.: Dz. U. z 2020 r. poz. 522, poz. 531 i poz. 565.).

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Nowe rozporządzenie

6 kwietnia br. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [Dz.U. 2020 r., poz. 666]. Weszło ono w życie 15 kwietnia, zastępując rozporządzenie z 9 listopada 2015 r. pod takim samym tytułem.

TEKST JAROSŁAW KLIMEK, RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

W nowym rozporządzeniu jako zasadę przyjmuje się prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, a w papierowej jedynie wtedy, gdy samo rozporządzenie tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej – może to być np. stały brak rozwiązań informatycznych czy sprzętu.

Dokumentacja prowadzona w jednej formie nie może być jednocześnie prowadzona w drugiej (rozporządzenie mówi co prawda o dokumencie, a nie dokumentacji, ale to raczej błąd). Konsekwentnie, przekazywanie dokumentacji w przypadku kierowania na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie ma się odbywać drogą elektroniczną, a dopiero gdy nie pozwalają na to warunki organizacyjno-techniczne, to w postaci papierowej (wyjątkiem będzie NPL). Prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej zwalnia z prowadzenia wykazów objętych dokumentacją wewnętrzną zbiorczą (§ 12 ust. 2, § 36 ust. 2, § 51 ust. 2 rozporządzenia), gdyż możliwe ma być automatyczne wygenerowanie takich dokumentów.

WYMAGANE ZABEZPIECZENIA

Dokumentacja musi być zabezpieczona w sposób ciągły, nie tylko w czasie udzielania świadczeń. Nowe przepisy wymagają również

systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń i zarządzania tym ryzykiem, udokumentowania procedur zabezpieczenia dokumentacji, systemów jej przetwarzania (w tym dostępu i przechowywania), stałej aktualizacji oprogramowania (nie tylko programu do prowadzenia dokumentacji, ale też systemu i jego zabezpieczeń), stosowania środków bezpieczeństwa uwzględniających najnowszy stan wiedzy. System informatyczny mu również zapewnić informację o czasie sporządzenia dokumentacji oraz dokonania wpisu lub innej zmiany oraz eksport danych w sposób umożliwiający ich odtworzenie w innych systemach informatycznych. Pojawiło się też wskazanie formatów danych (poza wskazanymi w przepisach o SIM) – HL7 oraz DICOM (ma to umożliwić przetwarzanie informacji w Systemie P1).

Nowe przepisy mają ułatwić prowadzenie dokumentacji poprzez ograniczenie liczby danych i ich powielania w kolejnych dokumentach: wpisywanie tylko numeru PESEL bez konieczności wskazywania odrębnie daty urodzenia, wpisywanie adresu tylko przy tworzeniu dokumentacji wewnętrznej, możliwość kontynuacji historii choroby przy wielokrotnych hospitalizacjach w tym samym szpitalu, wpisywanie do dokumentacji wyłącznie unikalnych numerów e-recepty bez konieczności wpisywania informacji

WAŻNE

Prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej zwalnia z prowadzenia wykazów objętych dokumentacją wewnętrzną zbiorczą.

o lekach i ich dawkowaniu czy numerów e-skierowań.

IKP

Internetowe Konto Pacjenta ma też być źródłem informacji niezbędnych do udostępniania dokumentacji medycznej. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisywać ma teraz wyłącznie jeden lekarz (kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony).

PODPIS I UDOSTĘPNIANIE

Od 1 stycznia 2021 r. nie będzie możliwości podpisywania dokumentacji elektronicznej przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego. Możliwie będzie opatrywanie jej podpisem kwalifikowanym, profilem zaufanym lub mechanizmem udostępnionym przez PUE ZUS.

Udostępnianie dokumentacji ma następować z zachowaniem jej integralności, poufności oraz autentyczności i – tak jak dotychczas – bez zbędnej zwłoki. Udostępnienie dokumentacji w formie wydruków następuje przez osobę upoważnioną, która potwierdza zgodność wydruku z dokumentacją, podając swoje imię, nazwisko, stanowisko i opatrując wydruk swoim podpisem. Wydruk musi umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczenia z imienia, nazwiska, tytułu zawodowego i nr PWZ. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Kara za brak opieki i nadzoru

Zespół ratownictwa medycznego przywioził na izbę przyjęć pacjenta po przedawkowaniu leków. Chory próbował popełnić samobójstwo, zażywając około 120 tabletek leku przeciwdepresyjnego i popijając je alkoholem.

TEKST PAULINA TOMASZEWSKA, PRAWNIK NIL

Lekarz dyżurny izby przyjęć (obwiniony) nie podjął należnych czynności medycznych, w szczególności: nie dokonał badania fizykalnego, nie dokonał pomiaru tętna, ciśnienia, saturacji. Jedynie skontaktował się z oddziałem toksykologicznym innego szpitala w celu uzyskania zgody na przekazanie pacjenta, a samemu pacjentowi polecił oczekiwać na korytarzu izby przyjęć na transport. Po kilku minutach pacjent samowolnie opuścił izbę przyjęć. O jego oddaleniu poinformowała pielęgniarka. Po 20 minutach w izbie przyjęć pojawili się funkcjonariusze policji, informując o znalezieniu martwego pacjenta na przystanku autobusowym pod szpitalem.



Postępowanie w sprawie prowadzone było równolegle przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej oraz prokuraturę. Rzecznik na podstawie art. 54 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich zawiesił postępowanie do czasu ukończenia postępowania karnego. W toku postępowania karnego za wyjściową przyczynę zgonu pacjenta biegli wskazali ostre zatrucie tianeptyną i alkoholem etylowym. W przedstawionej opinii zauważyli, że lekarz dyżurny nie wykonał badania fizykalnego, płukania żołądka, podania węgla aktywnego, a ograniczył się jedynie do podjęcia decyzji o przeniesieniu pacjenta na inny oddział. Pozostawił pacjenta bez opieki i nadzoru, narażając go na niebezpieczeństwo pogorszenia stanu

zdrowia. W toku postępowania karnego lekarza uznano za winnego popełnienia występku z art. 160 § 3 k.k. w zw. z art. 160 § 2 k.k. (narażenie człowieka na niebezpieczeństwo) i orzeczono karę jednego roku pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres próby wynoszący dwa lata.

W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej sądy lekarskie, opierając się o materiał dowodowy zgromadzony w postępowaniu karnym, uznały lekarza za winnego naruszenia art. 8 KEL i orzekły karę ograniczenia PWZ w postaci zakazu świadczenia pomocy doraźnej w ramach pogotowia ratunkowego, izby przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych na okres roku. ■

KOMENTARZ



GRZEGORZ WRONA

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Dokonanie wszystkich koniecznych czynności przez lekarza podejmującego się pracy albo delegowanego do pracy w SOR, szczególnie jeśli stanowisko lekarza jest jednoosobowe, a SOR zaopatruje wielu chorych z licznymi schorzeniami, jest nie lada wyzwaniem.

Analizując nagromadzenie zadań ciążących na lekarzu i kierowanym przez niego zespole pielęgniarsko-ratowniczym, rzecznicy i sądy lekarskie oceniają z jednej strony pilność i obowiązkowość wykonania procedur opartych o aktualną wiedzę medyczną, z drugiej strony – zasób możliwości, którymi w tym czasie dysponuje lekarz, takich jak: personel, sprzęt,

pomieszczenia, dostęp do diagnostyki. I nie powinno być zaskoczeniem, że wówczas, kiedy poddawanych opiece jest jeden lub kilku chorych, niebędących jednocześnie w stanie zagrożenia życia, wymagania stawiane lekarzowi i ocena jego działań dokonywana przez sądy będą odmienne niż w przypadku, kiedy liczba chorych przekracza możliwości zastosowania normy wystarczającej staranności i należytego do wykonania obowiązkowych procedur czasu. Na te oceny zazwyczaj ma wpływ negatywny skutek działań, np. śmierć pacjenta. Warto podkreślić, że rzecznicy i sądy badają, czy lekarz miał możliwość ten skutek przewidywać, co ma wpływ na treść zarzutów i wymiar orzeczonej kary. Zapewne na podstawie takich ocen w tej sprawie zapadło dość surowe orzeczenie.

Warto jeszcze zwrócić uwagę na potrzebę lub konieczność zawieszania postępowania wyjaśniającego przez rzecznika ze względu na toczące się równoległe postępowanie karne. A może powinniśmy, nie oglądając się na oceny innych, orzekać, zanim sądy karne wydadzą wyroki? Nie będziemy wówczas tymi wyrokami w dość szeroki sposób związani. Przecież jesteśmy profesjonalistami w medycynie i dlatego w tym zakresie mamy sprawować pieczę nad należytych wykonywaniem zawodu. ■

W PIGUŁCE

Z tarczą czy na tarczy?

Lekarzom wykonującym zawód w formie praktyki lekarskiej, czyli prowadzącym działalność gospodarczą, przysługuje, po spełnieniu określonych warunków, pomoc zarówno w ramach tarczy antykryzysowej, jak i tarczy finansowej PFR.

Niestety, przesłanki nabycia świadczeń z tych źródeł finansowania różnią się od siebie. Jeżeli np. lekarz prowadzący działalność gospodarczą nie zatrudnia żadnego pracownika, to nie przysługuje mu pomoc finansowa realizowana przez Polski Fundusz Rozwoju z tzw. tarczy finansowej (więcej na stronie internetowej NIL w zakładce „praktyka lekarska”).

Samorząd lekarski walczy, aby zasady te zostały zmienione na korzyść lekarzy niezatrudniających pracowników, argumentując to specyfiką zawodu lekarza i lekarza dentystry jako

zawodów zaufania publicznego oraz ich roli w całym systemie ochrony zdrowia. Działalność wykonywana samodzielnie przez lekarzy i lekarzy dentystry nie może nie zasługiwać na przyznanie jej statusu firmy z kwotą bazową analogiczną jak kwota subwencji z tarczy finansowej, przyznawanej w razie zatrudnienia jednego pracownika.

Podobna sytuacja miała miejsce w odniesieniu do pomocy z tzw. tarczy antykryzysowej, realizowanej przez urzędy pracy. W początkowej fazie obowiązywania przepisów lekarz niezatrudniający pracowników był wykluczony z możliwości uzyskania mikropożyczki, zgodnie zresztą z definicją mikroprzedsiębiorcy, zawartą w art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r. poz. 1292 z późn. zm.) Po zmianie przepisów do

18 kwietnia 2020 r.¹ mikropożyczka przysługuje również osobom, które nie zatrudniają i nigdy nie zatrudniały pracowników.

Chaos prawny związany z ciągłymi zmianami przepisów tzw. tarczy antykryzysowej powoduje, że wielu lekarzy pozostaje nadal w przekonaniu, że jeśli nie zatrudniają pracowników, to nie mają prawa do mikropożyczki.

Zachęcam tych, którzy jeszcze nie złożyli wniosków o mikropożyczkę, do skorzystania ze swojego prawa. Wniosek należy złożyć do powiatowego urzędu pracy, właściwego ze względu na miejsce prowadzenia działalności gospodarczej, po ogłoszeniu naboru przez dyrektora powiatowego urzędu pracy. Wnioski powinny być wnoszone w postaci elektronicznej poprzez platformę Praca.gov.pl lub w postaci papierowej do urzędu. ■

BEATA WIERZCHOWSKA, RADCA PRAWNY NIL



¹ Ustawa z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 695 z późn. zm.).

Prace nad szczepionką a RODO

Czy RODO umożliwia współpracę między naukowcami z Europejskiego Obszaru Gospodarczego i spoza niego w zakresie prac nad szczepionką przeciwko COVID-19?

Europejska Rada Ochrony Danych przeanalizowała ten problem i 24 kwietnia br. przyjęła wytyczne (03/2020) w sprawie przetwarzania danych dotyczących zdrowia do celów badań naukowych w kontekście pandemii COVID-19.

EROD wskazała, iż RODO umożliwia współpracę między naukowcami zarówno z Europejskiego Obszaru Gospodarczego, jak i spoza niego, w zakresie poszukiwania szczepionki



przeciwko COVID-19 oraz metod leczenia, przy jednoczesnej ochronie podstawowych praw ochrony danych w ramach EOG.

Z kolei w sytuacji, gdy dane osobowe są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy, należy preferować rozwiązania gwarantujące stałą ochronę podstawowych praw osób, których

dane dotyczą, takie jak decyzje stwierdzające odpowiedni stopień ochrony danych (art. 45. RODO) lub odpowiednie zabezpieczenia (art. 46 RODO). W przypadku braku decyzji stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych lub odpowiednich zabezpieczeń, organy publiczne i podmioty prywatne mogą powołać się na wyjątki zawarte w art. 49 RODO.

Międzynarodowe przepływy danych do celów naukowych w ramach prac w zakresie opracowania szczepionki przeciwko COVID-19 są zatem możliwe na podstawie RODO. Po raz kolejny okazuje się, że RODO nie zakazuje – jak się powszechnie uważa – a jedynie wprowadza zasady. ■

BEATA WIERZCHOWSKA, RADCA PRAWNY NIL



ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Maj pełen projektów

Poprzedni felieton kończyłem przekonaniem, że hasłu „odmrażania” stomatologii powinno nadać się jakiś konkretny wymiar. Maj zapamiętamy chyba jako okres głębokiego namysłu władzy nad stomatologią, z którą zapewne znów nie wiadomo, co zrobić.

5 maja do niemal powszechnej wiadomości nieoficjalnymi kanałami trafia dokument wyglądający na nową wersję ministerialnych Zaleceń, niemniej nigdzie nieopublikowany i niewprowadzony żadnym ministerialnym pismem.

W momencie oddawania felietonu do druku mijają dokładnie trzy tygodnie, w trakcie których ścierają się zapewne różne wizje tego „odmrożenia” w stomatologii. Dokumentu oficjalnie nie ma. W tym też dniu, podczas spotkania z kierownictwem MZ ustalono wspólnie, że w interesie nas wszystkich jest jak najszybsze wydanie takich Zaleceń. Są one bowiem w największej mierze efektem pracy konsultantów krajowych i właśnie dlatego jako samorząd zawsze podkreślaliśmy ich wagę. Oczywiście pod zwyczajowym warunkiem, że przystają do rzeczywistości, a te, które na dziś obowiązują (z 25 marca) do realiów majowych nie pasują.

Piszę o tym, bo to już drugi dokument o podstawowym znaczeniu, który żyje własnym życiem jako projekt. 7 kwietnia Prezes NFZ przedstawił projekt zarządzenia modyfikującego udzielanie świadczeń

w warunkach stanu epidemii. NRL wydała dzień później do niego uwagi i to był ostatni ślad po tym projekcie. Nie omieszkalem zwrócić się w tej sprawie do posłów i senatorów komisji zdrowia Sejmu i Senatu. Jednemu z posłów, który mój kwietniowy list przekuł w interpelację poselską, ministerstwo odpowiedziało, że zarządzenia nie ma, gdyż analizowane są uwagi NRL i dzieje się to w tempie „najszybszym z możliwych”. 50 dni intensywnego namysłu nad trzysłonicowym dokumentem NRL to zdecydowanie za długo i warto może pomyśleć, co czuje parlamentarzysta, czytając taki wywód.

Można więc nabrać przekonania, że w maju – jako dość rozbudowana gałąź medycyny – nawigowani byliśmy przez... projekty.

Maj naznaczony był też kontrowersjami i medialnym zamętem wokół wzrostu cen w części gabinetów. W tej sprawie nie wydawaliśmy, rzecz jasna, żadnej rekomendacji. O ile placówka stomatologiczna informuje o zwyczajach opłat przed zabiegiem, do momentu, kiedy sama skala podwyżki jest istotnie wytłumaczalna zwiększonymi kosztami, a jej zakomunikowanie nacechowane jest dbałością o dobre relacje z pacjentem, dotąd jest to kwestia wolnego rynku, umowy pomiędzy stronami. Skala zjawiska nie była duża, niemniej media czuły się w obowiązku zrobić z tego temat. Wobec tego, że ta sprawa wkomponowuje się w większą, niedokończoną jeszcze układankę, konkluzję pozwolę sobie przedstawić w następnym felietonie. Póki co, monitorujemy zachowania mediów i urzędów, rezerwując sobie nasze prawo i obowiązek wkroczenia w momencie, gdyby działania mediów wyszły poza sferę wolności prasy i swobody wypowiedzi, i dowodziły zaprogramowanej nagonki.

Po szczegóły, zwłaszcza dotyczące losów Petycji Lekarzy Dentystów do MZ i NFZ, ustaleń z Ministerstwem (zwłaszcza ich realizacji) oraz nowości wszelakich odsyłam tradycyjnie na <https://stom.hipokrates.org> i @StomatolodzyN. Petycja i sprawa świadczeń publicznych jest tak wielką księgą problemów, że powiedzieć o tym zdawkowo to tak, jakby nie powiedzieć nic. ■



Strona Komisji
Stomatologicznej NRL



Profil KS NRL na Twitterze
@StomatolodzyN



LIDIA
SULIKOWSKA

dziennikarz

STOMATOLOGIA

Nowa rzeczywistość

Wraz z wybuchem epidemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 turbiny stomatologiczne zamilkły. Z czasem poszczególne gabinety zaczęły wznawiać pracę, ale do normalności jeszcze daleko.

W połowie marca do redakcji „GL” wpłynął list od lekarzki dentystki z woj. lubelskiego. Napisała w nim, że bardzo by chciała pracować, choćby w okrojonym wymiarze, to jednak bardzo trudne, bo nie ma skąd wziąć niezbędnych środków ochrony osobistej. Podobne problemy dotknęły stomatologów w całym kraju.

DOBRE, ŻE MAM SPOKOJNYCH PACJENTÓW

Beata Zdanowska od niemal 30 lat prowadzi indywidualną praktykę stomatologiczną w Łukowie, na północnym krańcu woj. lubelskiego. Jednoosobowo. Bez asysty. Nie zatrudnia pracowników. Przyjmuje tylko prywatnie. Nazywa siebie stomatologiem rodzinnym, bo zdarza się, że leczy już trzecie pokolenie swoich pacjentów.

W marcu, kiedy epidemia dotarła do Polski, wszystko się dla niej zmieniło. – Zamknęłam gabinet na trzy tygodnie. Nie dlatego, że bałam się wirusa. Codziennie jestem narażona na kontakt z groźnymi patogenami. Przystałam przyjmować pacjentów, bo musiałam się zastanowić, jak zorganizować pracę w obliczu epidemii. Brakowało informacji, na jakich zasadach mamy działać i czy w ogóle, w jaki sposób mamy zabezpieczać pacjenta i siebie. Dopiero pod koniec marca Ministerstwo Zdrowia wydało zalecenia – opowiada.



Trzeba było przejść na pracę w trybie dyżurów i przyjęcia samych pilnych przypadków.

1 OS. / 1 H

Jeden pacjent na godzinę – aby przestrzegać obecnie obowiązujących zasad bezpieczeństwa, trzeba tak funkcjonować.

Brak zaleceń to nie był jednak jedyny problem. W hurtowniach nie było środków ochrony osobistej, a gdy już się pojawiły, to w przerażająco wysokich cenach. – 10 zł za maseczkę, to przecież dramat – mówi Beata

Zdanowska. Powolutku wracała jednak do pracy. Najpierw kilka wizyt w tygodniu, same pilne przypadki. Od końca kwietnia grafik bardziej się zapełniał, choć oczywiście do sytuacji sprzed epidemii jest bardzo daleko.

Zgodnie z zaleceniami trzeba zachować surowsze procedury sanitarne, przyjmuje więc jednego pacjenta na godzinę. Poświęca dużo więcej czasu na dezynfekcję gabinetu, po każdym pacjencie także przebiera się, a wizyty planuje tak, by ludzie nie spotykali się w poczekalni. Musi dopełnić wszystkich obowiązujących procedur bezpieczeństwa. – Mam gabinet w podwórku. Pacjent podjeżdża pod bramę, dzwoni i pyta, czy może wejść. W środku czeka na niego ankieta do wypełnienia, ochroniacze na buty, czepki na głowę... Na szczęście moi pacjenci wszystko to przyjmują spokojnie, stosują się do procedur – opowiada.

Jeden pacjent na godzinę to jednak trochę mało, aby przy podwyższonych kosztach sanitarnych prowadzenie praktyki było opłacalne. Niestety, aby przestrzegać obecnie obowiązujących zasad bezpieczeństwa, trzeba tak funkcjonować. Pytanie tylko, jak długo. – W kwietniu miałam dochód na poziomie jednej czwartej tego, co udawało się wypracować w czasach przed koronawirusem. W maju może dojdę do połowy tego, co zarabiałam wcześniej. Pomoc od państwa to jednorazowa pożyczka w wysokości 5 tys. zł, którą dostałam po czterech tygodniach od złożenia wniosku. Podobno jest bezzwrotna, ale czy rzeczywiście tak będzie? Od tygodni czekam też na wypłatę postojowego. Za wolno to wszystko działa – zauważa.

Mimo wszystko nie poszła śladami lekarzy dentystów, którzy zdecydowali się wprowadzić dodatkową opłatę za zużycie materiałów ochronnych. – W internecie jest mnóstwo hejtu na tych, którzy podnoszą ceny. Nie zauważa się kosztów, które tak bardzo wzrosły. Kto ma je ponosić? To, że ja nie doliczam opłaty epidemiologicznej, to moja indywidualna decyzja i ekonomiczne ryzyko. I coraz bardziej sama ją kontestuję. Nasze państwo nie zapewniło stomatologom środków ochrony osobistej ani dostępu do ich zakupu po rozsądnych cenach, więc chyba nie ma nic niemoralnego w tym, żeby pobierać dodatkową opłatę, skoro rynek



Zgodnie z zaleceniami trzeba zachować surowsze procedury sanitarne.

sprzedawców podniósł je dla stomatologów – pyta retorycznie stomatolożka z Łukowa.

ZA DUŻO PANIKI

Monika Stachowicz Od 2004 r. wspólnie z mężem Waldemarem prowadzi Centrum Leczenia i Profilaktyki Paradontoz Periodont w Warszawie. Na co dzień w placówce działają cztery stanowiska pracy dla stomatologów. W połowie marca centrum zostało zamknięte. – Potrzebowaliśmy trochę czasu, aby się zorientować w sytuacji i przygotować do pracy w warunkach epidemii. Po około dwóch tygodniach zaczęliśmy przyjmować przypadki bólowe. To było jednak kilka godzin pracy w tygodniu, co w sposób oczywisty odbiło się na przychodach. Koszty stały się zbyt wysokie, a dochód dramatycznie zmalał. Poza tym drastycznie wzrosły ceny środków ochrony osobistej, które na dodatek było bardzo trudno kupić – mówi Monika Stachowicz.

Jakie procedury wdrożyliście do zabezpieczenia się przed wirusem?

– W naszym centrum zawsze przestrzegaliśmy zastrzeżonych procedur sanitarnych. Gabinety są wyposażone w śluzę chirurgiczną, odrębną wentylację i klimatyzację, mamy też dużą poczekalnię podzieloną na dwie strefy, a także dwie toalety dla pacjentów. Teraz dodatkowo wydzieliliśmy trzecią strefę w poczekalni – tłumaczy.

Pacjent przed przyjęciem ma mierzoną temperaturę, wypełnia kartę epidemiologiczną, a jego gardło jest odkażane. Wizyty są umawiane na konkretną godzinę. Bez osób towarzyszących. Dziecko przychodzi tylko z jednym opiekunem. Okrycia wierzchnie pacjent zabiera do gabinetu ze sobą, a po klinice porusza się w masce ochronnej, którą zdejmuję dopiero w gabinecie. – To, co zmieniło się najbardziej, to zabezpieczenie nas samych. Ubieramy się w kombinezony lub

TAK JEST

Pacjent przed przyjęciem ma mierzoną temperaturę, wypełnia kartę epidemiologiczną, a jego gardło jest odkażane.



Wizyta u stomatologa jest naprawdę bezpieczna. Zawsze była. Jedyne, co się teraz zmieniło, to zwiększone ryzyko dla samego lekarza dentysty.

specjalne fartuchy. Czepki i przyłbice stosowaliśmy już wcześniej. Zazwyczaj pacjenta też ubieramy w fartuch ochronny i buty. Po każdej wizycie godzinę poświęcamy na dezynfekcję gabinetu, największej czasu zajmuje dekontaminacja. Włączana jest lampa UV, a powietrze w pomieszczeniu jest oczyszczane z drobnoustrojów – opowiada moja rozmówczyni.

W placówce działają z tego powodu nie cztery, tylko dwa stanowiska jednocześnie. Można przyjąć o wiele mniej pacjentów, ale pewnie w takim trybie trzeba będzie działać jeszcze przez wiele miesięcy. Co gorsza, nawet te dwa gabinety nie są szczególnie oblegane. – Media wywołały panikę, która jest nieadekwatna do zagrożenia. Przez to wielu ludzi boi się iść do lekarza, no chyba że jest naprawdę bardzo pilna potrzeba. Tymczasem my na samych zabiegach ratunkowych nie przetrwamy. Wizyta u stomatologa jest naprawdę bezpieczna. Zawsze była. Jedyne, co się teraz zmieniło, to zwiększone ryzyko dla samego lekarza dentysty. Trzeba jednak pozwolić wracać do normalności – zauważa współwłaścicielka warszawskiego Periodentu.

I dodaje, że z powodu zmniejszonych dochodów i wzrostu kosztów stałych zdecydowała się wprowadzić opłatę epidemiologiczną za wizytę. – Wiele gabinetów tak zrobiło, przez co wylał się na nas straszny hejt. Fryzjerzy podnoszą ceny swoich usług o połowę i każdy to rozumie. Dlaczego nas za to krytykować? – pyta retorycznie.

NA KONTRAKCIE

Wraz z ogłoszeniem epidemii wiele gabinetów stomatologicznych zostało zamkniętych, ale są też

takie, które działają nieprzerwanie. Przychodnia Portowa w Szczecinie świadczy usługi stomatologiczne zarówno w ramach pomocy doraźnej, jak i ogólnostomatologiczne, a także protetyczne. Działają przede wszystkim w oparciu o kontrakt z NFZ. Od 16 marca stomatologia zaczęła działać tam w trybie awaryjnym – przyjmowano tylko pacjentów na Fundusz w ramach doraźnej opieki stomatologicznej, czyli pilne przypadki, w nocy i w weekendy.

– Ponad 90 proc. gabinetów stomatologicznych w naszym województwie zawiesiło wówczas udzielanie jakichkolwiek świadczeń, na dodatek tylko nieliczne z tych, które nadal funkcjonowały, przyjmowały w ramach NFZ. Dodatkowo pojawił się problem z osobami na kwarantannie. Od 6 kwietnia zaczęliśmy przyjmować także takich pacjentów. Oczywiście z zachowaniem wszelkich procedur bezpieczeństwa – tłumaczy Karol Wasilewski, prezes zarządu Przychodni Portowej w Szczecinie.

Jedynie pacjenci ze stwierdzonym zakażeniem koronawirusem nie są tu przyjmowani. Dla nich usługi świadczy dentobus, który jest dostępny przy szpitalu wojewódzkim w Szczecinie. Zresztą, jak w całej Polsce, osobami chorymi na COVID-19, którzy potrzebują pilnej interwencji dentystycznej, zajmują się teraz dentobusy.

Czy mieliście problem z dostępem do środków ochrony osobistej? – Część udało nam się zakupić. Na szczęście zostaliśmy wpisani na listę jednostek, które świadczą pomoc pacjentom z podejrzeniem COVID-19, dzięki czemu otrzymaliśmy z wojewódzkiego centrum zarządzania kryzysowego sporo

środków ochrony. Pomogło nam także Centrum Zarządzania Kryzysowego miasta Szczecin – opowiada Karol Wasilewski.

Jako że usługi świadczone są tutaj w ramach NFZ, nikt w przychodni nawet nie myślał o wprowadzeniu opłaty epidemiologicznej. Byłoby to niezgodne z prawem. Problem opłacalności wykonywania świadczeń jednak pozostał.

– Pomoc doraźna, którą świadczymy obecnie, jest nieco lepiej opłacana, niż była przed epidemią, co pozwala nam jakoś funkcjonować, ale wprowadzenie wyśrubowanych norm bezpieczeństwa sporo kosztuje. Mam obawy, że kiedy wrócimy do poprzednich zasad finansowania pomocy doraźnej, a także gdy trzeba będzie zacząć wykonywać pozostałe zakontraktowane świadczenia według starych stawek, to nie będziemy w stanie się bilansować. Zalecenia płynące z GIS i MZ finansowo bardzo obciążają placówkę, choćby wymóg przyjmowania pacjenta jednego na godzinę czy wyposażenie lekarza w dodatkowe, drogie środki ochrony. Gabinety prywatne mogą podnieść ceny, my musimy działać w oparciu o podpisany kontrakt. Nie wiem, komu będzie opłacało się przyjmowanie pacjentów na NFZ, jeśli nie zmieni się wycena świadczeń. Będzie też problem, by w ogóle wypełnić kontrakt. Przy zachowaniu obecnych norm bezpieczeństwa, z przyjęciem jednego pacjenta na godzinę, zaległości są niemożliwe do odrobienia – tłumaczy Karol Wasilewski.

PRACA W DENTOBUSIE

NS ZOZ „Super-Dent” w Łodzi realizuje świadczenia stomatologiczne w poradni (na NFZ, jak i prywatnie), a także ma kontrakt na obsługę dentobusu. Ta placówka także, podobnie jak Przychodnia Portowa w Szczecinie, nie miała przerwy w pracy, choć ta praca zmieniła się diametralnie.

– Zaraz po wybuchu epidemii musieliśmy przygotować się do pracy w nowych warunkach. Na samym początku epidemii przeszliśmy w tryb pracy w postaci dyżurów dla

FAKT

Koszty bardzo wzrosły. Gabinet, lekarz i pacjent wymagają nieporównywalnie większego czasu i kosztownego przygotowania.

pacjentów bólowych i pilnie potrzebujących pomocy. To spowolnienie staraliśmy się wykorzystać do przygotowania poradni do pracy w nowym, zaostrzonym reżimie sanitarnym. W gabinetach zainstalowaliśmy wyciągi, szukaliśmy możliwości dekontaminacji, zdobywaliśmy środki ochrony osobistej. Teraz powoli zaczynamy przyjmować też mniej pilnych pacjentów, także prywatnie. Przychodzi moment, że chorzy nie powinni już czekać. Zresztą sami się zgłaszają i chcą kontynuować rozpoczęte wcześniej leczenie. Choć wiadomo, że do przyjęć sprzed epidemii jeszcze długa droga – informuje Jacek Kubera, menedżer łódzkiej placówki.

Jako że placówka jest operatorem dentobusu, to wyznaczono ją do pomocy pacjentom zakażonym SARS-CoV-2. Auto stacjonuje na terenie szpitala zakaźnego w Łodzi. Czy trudno było namówić stomatologów do pracy? – Mamy dziewięciu lekarzy pracujących z dziećmi w dentobusie. To głównie młodzi ludzie,

chętni do podejmowania wyzwań. Po przeprowadzeniu szkolenia przez konsultanta wojewódzkiego nasze zespoły, czyli lekarz, asystentka i kierowca, nauczyły się właściwego postępowania w przypadku leczenia chorych na COVID-19. Jak na razie pacjentów było niewielu – opowiada.

Czy widzi Pan jakiegokolwiek szanse na wypełnienie podpisanego na ten rok kontraktu z NFZ? – Mieliśmy trochę nadwykonań. Ponadto przygotowaliśmy dodatkowy gabinet, bo zaległości rzeczywiście jest sporo. To daje nadzieję na zwiększenie liczby przyjęć. Niewątpliwie z radością przyjęlibyśmy zmianę wyceny punktu za świadczenia w ramach NFZ. Koszty bardzo wzrosły. Zarówno gabinet, lekarz i pacjent wymagają nieporównywalnie większego czasu- i kosztochłonnego przygotowania. Kombinezony, wyciągi powietrza, płyny do dezynfekcji rąk ... Decyzja o zwiększeniu wyceny punktów jest oczekiwana w środowisku, ale jak będzie, zobaczymy – podsumowuje Jacek Kubera. ■



Uwaga – petycja!

Samorząd lekarski od dawna zwraca uwagę, że wycena świadczeń stomatologicznych przez NFZ jest nieadekwatna do ponoszonych kosztów i postuluje o jej wzrost. Co więcej, w czasie epidemii koszty wykonywania świadczeń, w związku z wprowadzonymi rygorystycznymi normami bezpieczeństwa sanitarnego, bardzo wzrosły, więc postulat lekarzy dentystów o podniesienie wycen jest jeszcze bardziej aktualny.

Na początku kwietnia światło dzienne ujrzał projekt zarządzenia prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia stomatologicznego. Projekt zawierał propozycje współczynników korygujących w wybranych zakresach. 8 kwietnia PNRL wystosowała uwagi do tego projektu, dotyczące przede wszystkim tego, aby współczynniki korygujące nie dotyczyły jedynie wybranych zakresów oraz aby nowe zasady udzielania świadczeń określić przynajmniej do końca roku, a nie, jak zapisano w projekcie – na czas trwania epidemii. Wobec braku reakcji NFZ na te postulaty, a także braku przyjęcia samego rozporządzenia, którego projekt NFZ wcześniej opublikował, NRL przygotowała zbiorową petycję do Ministra Zdrowia i NFZ w obronie praktyk stomatologicznych i ich pacjentów.

„Nie możemy zaakceptować sytuacji, w której koszty udzielania świadczeń będą przewyższały przychody z tytułu umów” – piszą autorzy petycji i wzywają Ministra Zdrowia i NFZ do natychmiastowego podjęcia z NRL rozmów dotyczących finansowania świadczeń stomatologicznych w perspektywie przynajmniej najbliższych 12 miesięcy. Proponują też rozwiązania, w szczególności:

- współczynniki korygujące wartość punktową świadczeń, dostosowujące wycenę świadczeń do obecnie ponoszonych kosztów;
- finansowanie teleporad stomatologicznych;
- umożliwienie wykorzystania zapisanych w umowach limitów świadczeń do końca 2021 r.

Petycja została udostępniona 11 maja. Kilka dni później podpisało się pod nią już ponad 2 tys. osób. Zbieranie podpisów trwa.



Nowe zalecenia

Kiedy Ministerstwo Zdrowia wyda nowe zalecenia dotyczące opieki stomatologicznej w związku z epidemią COVID-19?

24 marca MZ wydało zalecenia postępowania przy udzielaniu świadczeń stomatologicznych w sytuacji ogłoszonego na terenie Polski stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Zalecono ograniczenie zakresu działalności gabinetów stomatologicznych do wykonywania procedur niezbędnych w przypadku wykonywania pilnej interwencji, tj. występowania bólu, procesów zapalnych i ropnych, urazów, torbieli oraz stanów z wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań u pacjentów.

Są to, jak dotychczas¹, jedyne zalecenia opublikowane przez resort zdrowia w zakresie udzielania świadczeń stomatologicznych w czasie obecnej epidemii. Od dłuższego czasu samorząd lekarski domaga się ich aktualizacji. W apelu Prezydium NRL z 17 kwietnia do Ministra Zdrowia napisano, że w związku z zapowiadającym stopniowym „odmrażaniem życia gospodarczego” napływają do praktyk stomatologicznych sygnały pacjentów o chęci przynajmniej dokończenia nagle przerwanych leczenia. „Prezydium NRL wyraża przekonanie o konieczności dostosowywania wydanych na okres epidemii Zaleceń MZ do aktualnego stanu zagrożenia zarówno pod kątem wymogów wykonywania procedur stomatologicznych, jak i zakresu udzielanych świadczeń” – czytamy w dokumencie.

Na początku maja pojawiła się w mediach robocza wersja aktualizacji zaleceń, ale oficjalnego dokumentu nie ma.

¹ Nowych zaleceń nie wydano do momentu druku „Gazety Lekarskiej”. Zachęcamy do śledzenia aktualnych komunikatów w tej sprawie (jeśli się takie pojawią) na www.gazetalekarska.pl i www.nil.org.pl

STOMATOLOGIA

BDO raz jeszcze

Od 1 stycznia br. Baza danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami (BDO) jest narzędziem do prowadzenia gospodarki odpadów przez wszystkich przedsiębiorców, w tym lekarzy i lekarzy dentystów. Ustawodawca dopuścił jednak możliwość sporządzania dokumentów ewidencji odpadów w formie papierowej do 31 grudnia 2020 r.

W myśl art. 67 ust. 6. ustawy o odpadach dokumenty ewidencji odpadów sporządza się wyłącznie online za

pośrednictwem indywidualnego konta w systemie BDO. Jednak ustawodawca, na mocy ustawy z dnia 23 stycznia 2020 r. o zmianie ustawy o odpadach oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020, poz. 150), dopuścił sporządzanie dokumentów ewidencji odpadów w formie papierowej do 30 czerwca 2020 r.

Z kolei regulacje powstałe w związku z epidemią COVID-19 wydłużyły możliwość sporządzania dokumentów ewidencji w formie papierowej do 31 grudnia 2020 r. (ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach

związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U z 2020 r. poz. 568)).

Przypomnieć należy, że do prowadzenia ewidencji odpadów w systemie BDO konieczne jest dokonanie rejestracji. Wpisu do rejestru BDO dokonuje marszałek województwa właściwy ze względu na miejsce zamieszkania lub siedzibę podmiotu, ewentualnie właściwy ze względu na miejsce wykonywania działalności. ■ (OA)



gazetalekarska.pl

Zgrzyt bez tajemnic



Tę publikację okrzyknięto jako kamień milowy w dziedzinie medycyny snu.

Na początku maja na łamach „Scientific Reports” opublikowano wyniki badania klinicznego przeprowadzonego przez interdyscyplinarny zespół badaczy Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu we współpracy z Polską Akademią Nauk oraz Uniwersytetem w Tel Avivie.

Po raz pierwszy jednoznacznie wskazano na genetyczne podstawy bruksizmu sennego oraz związku między

bezdechem sennym a bruksizmem. Wykazano, że ten ostatni wiąże się z nieprawidłową funkcją przekaźników nerwowych w centralnym układzie nerwowym.

Według badań to schorzenie w różnym nasileniu może dotyczyć nawet 30 proc. populacji, choć na ogół chorzy są nieświadomi dolegliwości. Może o nim świadczyć zgrzytanie zębami podczas snu czy ból w obrębie żuchwy, a wśród objawów wymienia się m.in. bóle głowy, mięśni szyi i obręczy barkowej, a także szum w uszach czy zawroty głowy. ■ (MT)

Kasy fiskalne online

Z uwagi na trwającą pandemię COVID-19 Ministerstwo Finansów planuje przesunięcie terminów wprowadzenia obowiązku stosowania kas fiskalnych online.

Do samorządu lekarskiego trafił projekt rozporządzenia Ministra Finansów, który przewiduje przedłużenie terminu na prowadzenie ewidencji sprzedaży przy zastosowaniu kas rejestrujących z elektronicznym lub papierowym zapisem kopii dla:

- I grupy podatników w terminie do 31 grudnia 2020 r. (było: do 30 czerwca 2020 r.), tj. podatników: świadczących usługi związane z wyżywieniem wyłącznie świadczonych przez stacjonarne placówki gastronomiczne, oraz usług w zakresie krótkotrwałego zakwaterowania, dokonujących sprzedaży produktów przeznaczonych do celów opałowych.
 - II grupy podatników w terminie do 30 czerwca 2021 r. (było: do 31 grudnia 2020 r.), tj. podatników świadczących usługi: fryzjerskie, kosmetyczne i kosmetyczne, budowlane, w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentystów, prawnicze, związane z działalnością obiektów służących poprawie kondycji fizycznej – wyłącznie w zakresie wstępu.
- Konsekwencją wprowadzonych zmian będzie wydłużenie terminów na wprowadzenie kas online u powyższych grup podatników. ■ (OA)

TOWARZYSTWA NAUKOWE

Łatwo nie będzie

Z prof. **Małgorzatą Polz-Dacewicz**, prezes Polskiego Towarzystwa Wirusologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Od początku roku na świecie zmarło ponad 20 mln ludzi, w tym z powodu SARS-CoV-2 blisko 260 tys. Dlaczego więc uznano, że ten wirus jest na tyle groźny, że trzeba wszystko pozamykać?

Wiemy dużo na temat tego wirusa, w krótkim czasie poznaliśmy jego strukturę i naturę, udało się zsekwencjonować jego genom, ale wielu aspektów zakażenia nie znamy. Wywołana nim choroba COVID-19 trwa tak naprawdę od początku tego roku. Na wiele pytań dopiero szukamy odpowiedzi, np. czy po przechorowaniu pozostaje odporność, a jeśli tak, to na jak długo, jaki jest poziom przeciwciał. O tym będzie można powiedzieć dopiero po kilku latach. Jedno jest pewne – to wirus wysoce zakaźny i zamykanie różnych instytucji użytku publicznego w celu zapobiegania jego rozprzestrzenianiu jest uzasadnione nawet przy stosunkowo niskiej śmiertelności zakażonych. Ten koronawirus jest bardziej zakaźny niż wirus grypy, z którym często jest porównywany, czy Eboli. Podczas kichania i kaszlu wraz z kropelkami śliny wydany jest na znaczną odległość (ponad dwa metry).

GL Zatem zakładanie przez wszystkich maseczek ma sens?

Tak, ale kluczowe są tutaj higiena i zachowanie dystansu między ludźmi, czyli częste i dokładne mycie rąk (wirus jest wrażliwy na detergenty) i trzymanie się z daleka od źródła zakażenia. Wielokrotnie bezwiednie dotykamy twarzy – oczu, ust, nosa – i w ten sposób możemy przenieść zakażenie. Dlatego podstawowe znaczenie ma tutaj mycie rąk.

Należy pamiętać, że zgony z powodu grypy dotyczą zwykle powikłań pogrypowych. Spośród chorych na COVID-19 umiera ok. 3-4 proc. osób. Choć statystycznie zgony częściej dotyczą ludzi z chorobami współistniejącymi, to jednak nie zawsze jesteśmy w stanie przewidzieć, jaki będzie przebieg choroby u danego pacjenta. Zgony zdarzają się wśród osób starszych, ale także u młodszych, a nawet dzieci. Na przebieg kliniczny zakażenia ma bowiem wpływ jego masywność (dawka wirusa), a także odporność wrodzona danego pacjenta (wydolność układu immunologicznego).

GL Czyli jest to sprawa osobnicza.

Tak. 80 proc. zakażonych przechodzi COVID-19 bezobjawowo lub łagodnie. U 15 proc. przebieg jest na tyle



Prof. Małgorzata Polz-Dacewicz: - Wiemy dużo na temat tego wirusa, w krótkim czasie poznaliśmy jego strukturę i naturę, udało się zsekwencjonować jego genom, ale wielu aspektów zakażenia nie znamy.

poważny, że wymaga hospitalizacji, a u 5 proc. rozwija się ciężka postać zapalenia płuc, która może zakończyć się śmiercią. Rejestrujemy przypadki zgonów wśród 30-latków, ale i wyzdrowień wśród 100-latków.

GL Na tle np. Włoch, Francji czy Niemiec w Polsce nie ma tak dużo zakażeń i zgonów. Może te dane są zaniżane?

To są teorie spiskowe. Każdy hospitalizowany z podejrzeniem zakażenia koronawirusem ma wykonane badanie w tym kierunku. Jeśli test potwierdzi jego obecność i nastąpi zgon, to mimo iż były choroby współistniejące, bezpośrednią przyczyną będzie zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Wiele osób uważa, że wszystkich należałoby testować, ale nie ma to uzasadnienia – zarówno z klinicznego, jak i epidemiologicznego punktu widzenia. Jeśli stan kliniczny chorego na to pozwala, chory pozostaje w domu. Jeśli się pogarsza, trafia do szpitala. U osób niewykazujących żadnych objawów zakażenia nie prowadzi się badań, bo w danym momencie mogą mieć wynik ujemny, a za tydzień mogą już być zakażeni.



GL Na Mazowszu i Śląsku wirus zakażył wiele osób, a np. w woj. lubelskim czy lubuskim – niewiele. To samo dotyczy Nowego Jorku czy Lombardii, które są siedliskiem zakażeń, a Afrykę uchodzącą za kraj o niskiej higienie epidemia omija. Z czego to wynika?

Zgodnie z prawami epidemicznymi im większe i zamknięte są skupiska ludności, tym wyższa jest zachorowalność. Nowy Jork czy Warszawa to aglomeracje, do których w celach biznesowych przyjeżdżają codziennie tysiące ludzi, a migracja sprzyja zakażeniom. Śląsk to z kolei kopalnie, gdzie górnicy pracują w grupach i trudno ich izolować. W Afryce często trzeba przebyć wiele kilometrów, aby spotkać drugiego człowieka.

GL Niektórzy naukowcy twierdzą, że osoby, które przeszły bezobjawowo COVID-19, mogą nabywać odporność na SARS-CoV-2.

Być może, ale aby to potwierdzić, trzeba czasu. Należy też liczyć się z tym, że istnieje pewna grupa osób, tzw. non responders, czyli niewytwarzających przeciwciał. Wiemy o tym na przykładzie szczepień. Są osoby szczepione kilkakrotnie przeciwko danej chorobie, u których nigdy nie dochodzi do wytworzenia pożądanego przeciwciała i nie są to rzadkie przypadki. W przypadku WZW typu B tego rodzaju reakcja dotyczy około 4 proc. szczepionych.

Każde zakażenie wirusem powoduje wytworzenie w organizmie przeciwciał, najpierw w klasie IgM, świadczące o ostrym zakażeniu, później IgG, które pokazuje naszą odporność na ponowne zakażenie. Tylko pytanie, czy te przeciwciała powstaną, w jakim mianie i jak długo się utrzymają, zachowując swoje właściwości neutralizujące. Trzeba długofalowych badań, by stwierdzić, że po przechorowaniu COVID-19 nabywa się odporność.

GL Jak daleko nam do leku przeciwko COVID-19 i szczepionki? Pojawiło się już ponad 3 tys. artykułów naukowych na ten temat. To dowodzi, jak intensywnie wiele ośrodków na świecie poszukuje skutecznego leku, który miałby aktywność antywirusową. Trwają także badania nad opracowaniem skutecznej szczepionki profilaktycznej.

Obecnie stosowane terapie mają w większości charakter eksperymentalny, np. lekiem o nazwie remdesivir, który obudził nadzieje, ale optymizm okazał się przedwczesny. Badania nad lekiem i szczepionką toczą się równolegle, ale to potrwa. WHO wspiera około 80 ośrodków na świecie, które się tym zajmują. Amerykanie opracowują już szczepionkę opartą na mRNA, która znajduje się w pierwszej fazie badań klinicznych na ludziach. Są one prowadzone na małej grupie, ale jeśli zakończą się sukcesem, to przejdą do drugiej fazy badań, a potem do trzeciej, w których wezmą udział setki, a nawet tysiące ludzi. To będą już badania populacyjne, randomizowane, które mają nie tylko potwierdzić skuteczność szczepionki, ale ujawnić jej działania niepożądane, szczególnie te bardzo rzadkie. Mają też odpowiedzieć na pytanie, czy wystarczy jedna dawka, czy więcej. Przypuszcza się, że najwcześniej szczepionka będzie dostępna na początku przyszłego roku.

Zgodnie z prawami epidemicznymi im większe i zamknięte są skupiska ludności, tym wyższa jest zachorowalność.

GL To już jest jakiś konkret.

Tak, ale SARS-CoV-2 to wirus RNA, a z wirusami tej grupy bywa różnie. Do niej należy wirus grypy, który wciąż mutuje i co roku musi być opracowywana nowa szczepionka, ale też wirus HIV, przeciw któremu mimo wielu lat badań szczepionki profilaktycznej nie udało się opracować. Zatem łatwo nie będzie. Nie wiemy dokładnie, jaka jest zmienność koronawirusa wywołującego COVID-19, jaki jest rodzaj i częstość mutacji i na ile te nowe szczepy będą się różniły. Wykryto już 16 genotypów tego wirusa, z czego sześć dominuje w populacji ludzkiej. Trzeba będzie określić, ile dawek szczepionki należy podać, w jakim odstępie czasowym, czyli musi zostać opracowany schemat i jej dawkowanie. Jeśli krążą w populacji różne genotypy wirusa, to trzeba będzie także ustalić, czy szczepionka ma być mono- czy poliwalentna.

GL Wirus jest wrażliwy na promieniowanie ultrafioletowe.

Lampy UV od dawna stosuje się do sterylizacji laboratoriów, bloków operacyjnych, sal chorych, izb przyjęć, poczekalni. W naszych laboratoriach Zakładu Wirusologii UM w Lublinie, w którym pracuję, mamy zainstalowane lampy UV przepływowe, które dezynfekują powietrze w obecności personelu i pacjentów poprzez wymuszony przepływ powietrza przez komorę UV-C. Gwarantują stały, wysoki stopień dezynfekcji powietrza, a ich skuteczność potwierdzona jest wieloma badaniami. Lampy te emitują promieniowanie o długości fali UV-C 253,7 nm, dzięki czemu wszelkie bakterie, wirusy, grzyby oraz inne drobnoustroje są skutecznie dezaktywowane. Także koronawirus. Na co dzień muszą nam jednak wystarczyć metody profilaktyki nieswoistej, które pomogą chronić przed zakażeniem, takie jak przestrzeganie higieny, dezynfekowanie pomieszczeń i przedmiotów.

GL Jak na obecną pandemię reaguje Polskie Towarzystwo Wirusologiczne?

Naszym głównym celem było przygotowanie zjazdu naukowego, który odbywa się co cztery lata i był planowany na jesień 2021 r. Jednak musieliśmy zmienić plany. Wielu członków naszego towarzystwa wirusologów i epidemiologów w związku z epidemią skupiło się na bieżących obowiązkach, których w ostatnim czasie przybyło. Ponieważ zawieszono zajęcia dydaktyczne na uczelniach, musimy liczyć się z tym, że rok akademicki będzie trwał do września, a nowy zacznie się w październiku i należy wypełnić obowiązki z tym związane. Lekarze i stomatolodzy muszą zakończyć studia, musi być przeprowadzony nabór na nowy rok, a więc zjazd, choć z bólem serca, PTW przełożyło na rok 2022. ■



ARTUR
DROBNIAK

Ginekolog położnik
Szpital Kliniczny im.
ks. Anny Mazowieckiej
w Warszawie

GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO

Nie przestają rodzić

Warszawa, piątek, godzina 14:49 – dyżur lekarski, sala porodowa w czasach epidemii COVID-19. Dziewięć minut temu przejąłem dyżur. Od trzech minut u jednej z rodzących zwolnienie tętna płodu do 70/min. Parcie pacjentki daje niewystraszające efekty, mimo podłączonej oksytocyny.

Szybka analiza położenia główki w badaniu. Wyjście z sytuacji – vacuum extractor. Dwie minuty później na świecie mamy krzyczącą dziewczynkę.

NIE MA WYJŚCIA

Uff, kolejny raz udało się wygrać z niedotlenieniem. Siadam do szycia krocza. Cięcie było konieczne, bo przy próżnościagu trzeba zrobić odpowiednią ilość miejsca dla rodzącego się, zagrożonego niedotlenieniem, dziecka.

Będzie trzeba się spręzać, bo jednocześnie rodzi jeszcze pięć kobiet, w tym dwie są już w II okresie. Dobrze, że pacjentka jest znieczulona, przynajmniej nie będzie trzeba ostrzykiwać tkanek lidokainą i czekać, aż znieczulenie zacznie działać. Jedna warstwa, druga, OK – została sama skóra. Spoglądam na monitor z zapisami KTG z pozostałych sal. Jeden szew, drugi, jeszcze dwa, a na monitorze (godz. 15:07) zaczęło się zwolnienie tętna płodu u kolejnej rodzącej. Niedobrze, to pacjentka z ciekawą przedciążową. Pędem zakładam dwa ostatnie szwy. Biegnę na drugą salę.

Godzina 15:09, zwolnienie nadal trwa. Pacjentka bardzo słabo przejeżdża. Mimo że głowa dziecka pięknie podchodzi, rodzącej brakuje sił na ostatnie pchnięcie. Zostało już dosłownie 1-2 cm. Zwolnienie tętna do 80/min nadal trwa. Nie ma wyjścia, ryzyko niedotlenienia jest zbyt duże.

Po kilkunastu sekundach decyzja o vacuum.

TAK JESZCZE NIE MIAŁEM

15:12, synek urodzony. Nie jest idealnie, pediatrzy biorą go do zbadania, trochę wspomagają oddech chłopcą. Ostatecznie po trzech minutach dobra punktacja Apgar, gazometria z krwi pępowinowej też przyszła w dolnej granicy normy. Tym razem naprawdę uratowałem rozpoczynające się właśnie życie, kilka minut dłużej i byłoby ryzyko niedotlenienia. Tymczasem adrenalina opada, a ja znowu siadam do szycia krocza. Patrzę na monitor, mamy jeszcze cztery rodzące i całą gromadkę tzw. patologii ciąży. Ciekawie się zaczyna ten dyżur, 2 x VE w ciągu pół godziny... Tak jeszcze nie miałem.

Oto jak, w telegraficznym skrócie, wyglądała pierwsza godzina dyżuru w sali porodowej w czasie epidemii COVID-19. Nie, pacjentki nie przestały rodzić, nie zacisnęły nóg i nie zrobiły sobie paury „bo wirus”. Na tamtym dyżurze do rana było jeszcze dziewięć porodów, w tym nagłe cięcie u pacjentki z patologią ciąży z rozwijającym się zespołem HELLP.

TO NIC, ŻE NIKT NIE PODZIĘKUJE

Biorąc pod uwagę liczbę osób w pracy, zalew rodzących z całego mazowieckiego i panującą epidemię, to był kawał dobrej, potrzebnej pracy. Za którą tradycyjnie pewnie nikt nie podziękuje, choćby oklaskami. To jednak nieważne. Liczy się to, że

wszystkie dzieci zdrowe. Schodząc z dyżuru, miałem nadzieję, że żadna z pacjentek nie okaże się COVID(+), bo zamkną nas wszystkich na kwarantannie (mimo zastosowanych środków ochrony), co jeszcze ograniczy liczbę pracującego personelu, a na pracowników pewnie wyleje się fala hejtu, że śmieli mieć kontakt z chorą rodzącą.

Po takiej nocy dopiero później przychodziły przemyślenia. Liczba porodów w szpitalu zwiększyła się o ok. 30 proc. Pacjentki z powodu epidemii boją się rodzić w szpitalach wieloprofilowych, wybierają monoprofilowe placówki ginekologiczno-położnicze. Takie ja ta, w której pracuję. Czy to się zmieni po epidemii? Czy nowe przyzwyczajenia zostaną wśród pacjentek? Jeśli tak, to trzeba będzie zamknąć inne oddziały w szpitalu i otworzyć same sale położnicze...

Czy wirus zmieni myślenie o personelu medycznym? Ja w to wątpię. Codziennie wykonujemy czynny dobrego, czasami heroicznego. Walka z wirusem niczego nie zmieniła, paradoksalnie w szpitalach COVID-owych jest często mniej pracy niż było tam przed wybuchem epidemii. Ja wiem, że wyjazd w pełnym rynsztunku do pacjenta z podejrzeniem koronawirusa jest bohaterski, ale czy nie mniej heroiczna jest jazda do wypadku, gdzie każda minuta i każdy twój ruch może być na wagę życia i śmierci? Tak jak w każdym komplikującym się II okresie porodu. Ale za to oklasków nie będzie, bo w emocjach i nieepidemicznych czasach częściej słyszymy „bluzganie” niż dziękowanie. ■

PSYCHOLOGIA A PANDEMIA COVID-19



Efekt kuli śniegowej i kozioł ofiarny

Wydaje się, że uczestniczymy w wielkim eksperymencie społecznym. Sytuacji innej niż wszystkie, których udało nam się doświadczać. Nie wiadomo tylko, jak bardzo i czy trwale ona wpłynie na nasze zachowania.

TEKST MARTA JAKUBIAK, REDAKTOR NACZELNA „GL”

Jak radzimy sobie z epidemią COVID-19? Czy jesteśmy gotowi do zmiany trybu życia? Czy ufamy władzy i sobie? Wspieramy się i pomagamy?

Postawy wobec epidemii koronawirusa sprawdzili psychologowie z Uniwersytetu SWPS – dr Konrad Maj i prof. Krystyna Skarżyńska. Między 24 i 26 marca przeprowadzili badanie „Społeczeństwo wobec epidemii” na ogólnopolskiej losowo-kwotowej próbie 1080 osób dorosłych.

Po przeanalizowaniu wyników okazało się, że w dobie epidemii

koronawirusa Polacy wykazują nastawienie prospołeczne (deklarują to zwłaszcza ci o niższym poziomie nieufności). Prawie połowa badanych (47,6 proc.) deklarowała, że w związku z epidemią pomaga innym – tym, którzy są w trudniejszej sytuacji niż oni sami. Nie pomaga 15,4 proc. badanych, a 20 proc. nie ma na ten temat zdania. Aż 72 proc. uczestników badania deklaruje, że bardziej obawia się o zdrowie swoich bliskich niż o własne (przeciętną deklarację złożyło 5 proc. badanych, a 23 proc. odpowiedziało: „ani tak, ani nie”). Autorzy raportu twierdzą optymistycznie,

że „pozostaniemy społeczeństwem, a nie luźnymi, samotnymi elektronami w zadżumionej, groźnej przestrzeni”, choć podkreślają także, że „społeczeństwo doświadcza poważnej traumy, a jej konsekwencje prawdopodobnie będą widoczne nie tylko w sferze osobistego życia, ale też w obszarze życia społecznego”.

NOWA RZECZYWISTOŚĆ

Myślenie o przyszłości to stawianie pytań, na które często brakuje jednoznacznych odpowiedzi lub wręcz nie ma ich wcale. Autorzy „Ogólnosięwiatowego badania COH-FIT”,

realizowanego wśród populacji ogólnej i pracowników służby zdrowia, postanowili sprawdzić, w jaki sposób epidemia COVID-19 wpływa na zdrowie fizyczne i psychiczne. W projekcie uczestniczy ponad 200 naukowców z całego świata, w tym zespół z Polski: prof. Jerzy Samochowiec, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP), dr hab. Karolina Skonieczna-Żydecka (PTP) oraz naukowcy z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, przy wsparciu grupy ds. Zapobiegania Zaburzeniom Psychicznym i Promocji Zdrowia Psychicznego przy Europejskim Towarzystwie Neuropsychofarmakologii.

– Lockdown, którego jesteśmy świadkami i w którym sami uczestniczymy, pokazał, że wolności, o których myśleliśmy, że są dane na zawsze, mogą zostać nam odebrane, i to właściwie z dnia na dzień. Ludzie zostali pozbawieni kontaktu ze znajomymi, czasem z członkami własnych rodzin. Podstawowe interakcje społeczne stały się niemożliwe. To okoliczności, w których często dochodzi do manifestacji zaburzeń o podłożu emocjonalnym. Dodatkowo zamknięto placówki medyczne, odwoływano planowe zabiegi, diagnostykę. W najbliższej przyszłości możemy więc spodziewać się wybuchu chorób – zauważa dr hab. Karolina Skonieczna-Żydecka, współprowadząca badanie.

– Chcemy oszacować, na kogo najbardziej wpłynie zaistniała sytuacja i jak mogą manifestować się wynikające z tego faktu zaburzenia, zarówno psychiczne, ale także fizyczne – podkreśla dr hab. Skonieczna-Żydecka. Ankieta daje możliwość odfiltrowania wyników i dokładnego przeanalizowania, jak epidemia COVID-19 wpłynęła na zdrowie lekarzy i pracowników medycznych. Dlatego prowadzący zachęcają do wzięcia udziału w badaniu (<https://www.coh-fit.com/take-survey/>). Badanie ma charakter prospektywny. Obecnie prowadzony jest pierwszy etap, który potrwa do momentu ogłoszenia przez WHO zakończenia pandemii. Druga tura rozpocznie się po upływie pół roku od tego dnia i następnie w rok po zakończeniu pandemii. – Będziemy obserwować, co się dzieje z zaburzeniami, które wcześniej

zostały zmanifestowane. Otrzymane wyniki ważne są oczywiście już teraz, ale mają także ogromne znaczenie na przyszłość – wyjaśnia dr hab. Wojciech Marlicz z Kliniki Gastroenterologii PUM, współprowadzący badanie.

O JAKICH PROBLEMACH WIADOMO

Według Izabeli Kielczyk, psychoterapeuty i psychologa biznesu, Polacy z reguły bardzo starannie skrywają problemy natury psychologicznej. To kolejny temat tabu w naszym społeczeństwie. Te umiejętnie chowane wcześniej stany depresyjne i lęki teraz mogą wybuchnąć ze zdwojoną siłą.

Czy lekarze chcą mówić o swoich problemach? Jest bardzo różnie. – Do naszej poradni dzwoniли lekarze różnych specjalizacji. Pytali o swoich pacjentów, ale też chcieli rozmowy o sobie. Także o tym, jak rozmawiać z pacjentami, kiedy sami mają poczucie zagrożenia – opowiada doktor Michał Feldman, lekarz psychiatra z NZOZ Centrum Terapii DIALOG. Lekarze chcą jakoś odnaleźć się w nowej rzeczywistości. Muszą mierzyć się z wyzwaniami, z którymi nie mieli wcześniej do czynienia w takiej skali. W przypadku bardzo wielu pacjentów chodzi np. o lęk przed utratą pracy, radzenie sobie z izolacją i przeżywaniem emocji, o których nie za bardzo jest z kim porozmawiać. Pojawiło się też poczucie beznadziei, np. z powodu braku perspektyw. To zainspirowało zespół specjalistów tej placówki do opracowania poradnika „Jak zadbać o zdrowie psychiczne pacjentów w czasie pandemii?”. Dostępny jest on na stronie internetowej gazetalekarska.pl.

Obecnie przeprowadzanych jest też wiele badań, które mają pokazać, co dzieje się z lekarzami w kontekście pandemii COVID-19. – Dla nas wszystkich to jest zupełnie nowa sytuacja. Rewolucja, którą osobiście przeżywamy. Na co dzień nie myśleliśmy przecież o tym, że jesteśmy istotami śmiertelnymi i że życie może być przerwane bardzo łatwo. Także nasze, lekarskie. Jednak gdy z dnia na dzień zaczęliśmy obserwować rosnące liczby zgonów, śledzić relacje o ciężko chorych

i umierających pacjentach, zdaliśmy sobie sprawę, że znalezienie się w sytuacji choroby i śmierci może dotyczyć każdego z nas i członków naszych rodzin. Poczucie zagrożenia sprawiło, że nasze myślenie się przewartościowało – uważa doktor Feldman.

Z kolei dr hab. Karolina Skonieczna-Żydecka zauważa, że już wcześniej dużym problemem wśród lekarzy było wypalenie zawodowe. – Teraz działamy na adrenalinie, bo musimy sprostać wyzwaniom. W dłuższej perspektywie tak się nie da funkcjonować. Taką sytuacją jest bardzo niebezpieczna, bo wówczas problem wypalenia może się jeszcze bardziej nasilać – ostrzega.

NOWE TECHNOLOGIE

Wcześniej wielu osobom bardzo dokuczała konieczność pełnienia obowiązków terapeuty w formie zdalnej, przemieszanie miejsca pracy z życiem prywatnym. Po dwóch miesiącach okazało się jednak, że część z nich jest wprost stworzonych do takiej pracy i chce, by tak pozostało. – Przekonał się do nowych technologii. Jako psychiatry i psychoterapeuci mieliśmy duży opór przed zdalną pracą z pacjentami, uważając, że ona jest w pewien sposób wybrakowana. Po miesiącach izolacji widzimy, że w niektórych sytuacjach nie jest ona nie tylko gorsza, ale ma też różne przewagi: np. ci, którzy zajmują się zdrowiem psychicznym kobiet w ciąży i połogu, są w stanie pomagać znacznie większej liczbie osób – mówi doktor Feldman.

Jednak spotkanie z lekarzem, nie tylko psychiatrą, ma dla pacjenta też nieco inny wymiar niż tylko odbycie konsultacji. Daje poczucie zadbania o siebie. Jeżeli odbywa się online albo telefonicznie, ma nieco mniejsze oddziaływanie terapeutyczne. Daje się to zauważyć zwłaszcza w przypadku osób starszych, które po wizycie u lekarza mają zwiększone poczucie bezpieczeństwa i bycia otoczonym opieką. – Kontakt przez internet jest bardziej techniczny. Jest tam dużo mniej miejsca na relację – tłumaczy doktor Feldman.

Pogląd ten podziela także dr hab. Karolina Skonieczna-Żydecka. – Kontakt bezpośredni z pacjentem wciąż jest najbardziej preferowany, ale w czasie

pandemii przetestowano także inne możliwości interakcji.

To jest wartość dodana czasu pandemii. Wiemy to także jako nauczyciele akademicy, którzy zdalnie prowadziliśmy zajęcia ze studentami. Nigdy nie przypuszczałam, że kiedykolwiek przyjdzie nam zmierzyć się z taką sytuacją – podkreśla.

CO PRZYNIESIE PRZYSZŁOŚĆ

Wielu ekspertów twierdzi, że po doświadczeniu COVID-19 opieka psychiatryczna i psychoterapeutyczna będzie dużo bardziej potrzebna. – Jestem bardzo daleki od tego, żeby mówić, że tak się stanie na pewno. Wszystko zależy od indywidualnych zdolności adaptacyjnych, ale też doświadczeń. Są osoby, które przetrwały te trudne momenty i czują się wzmocnione – zauważa doktor Feldman. Choć nie potrafi jeszcze teraz prognozować, jak doświadczenie pandemii wpłynie na kondycję psychiczną jednostek i społeczeństwa, jest przekonany o dwóch rzeczach. – Czeka nas dwie fale. Jedna to fala rozwodów, a druga – urodzeń. Na pewno nie zaobserwujemy tego od razu, ale jestem przekonany, że w dłuższej perspektywie czasu w statystykach to odnotujemy. To było trudne przeżycie dla związków. Czas intensywnego bycia razem, wzmoczonego doświadczenia, z kim w domu jesteśmy. Niektórzy doznali czegoś dobrego, jednak byli też tacy, którym rozsypało się życie – ocenia.

NAJPIERW BRAWA, POTEM HEJT

Na początku była pomoc i okłaski, a następnie na pracowników medycznych zaczęła wylewać się fala hejtu. Jak tłumaczyć taką zmianę zachowań społecznych? – Myślę, że to wynik lęku i niewiedzy. W takich okolicznościach budzi się pierwotny instynkt przetrwania – wyjaśnia dr hab. Marlicz. – Przy braku edukacji i tolerancji pierwotne instynkty biorą górę nad racjonalnym myśleniem. Za naszego życia nie doświadczyliśmy czegoś takiego jak pandemia, to zupełnie nowa sytuacja – stwierdza z kolei dr hab. Skonieczna-Żydecka.

Jak zauważa doktor Michał Feldman, zmiana nastawienia do personelu medycznego nie dotyczy tych



samych ludzi. Nie wszyscy bili brawo. I nie wszyscy chcieli pozbyć się z sąsiedztwa medyków. – Jesteśmy bardzo różni. Jako lekarze cały czas doświadczamy wdzięczności naszych pacjentów. Wciąż bezinteresownie niosą nam pomoc, dziękują, zwracają się do nas z szacunkiem. Mam swoją prywatną teorię na ten temat, nie jest ona oparta na dowodach naukowych. Myślę, że wraz z wprowadzeniem zakazów, bardzo ograniczających wolność, w wielu osobach zaczęła narastać złość. Ta złość związana była np. z tym, że wielu rzeczy nie można. Ludzie tracili pracę albo możliwość uczestniczenia w aktywnościach, które były dla nich ważne. A złość ma to do siebie, że się kumuluje. W takiej sytuacji szuka się jej przyczyny. Pojawia się potrzeba znalezienia kozła ofiarnego. Dla jednych to będzie rząd, minister zdrowia, dla innych Bill Gates i spiski światowe, a dla jeszcze innych lekarze, którzy są nieudolni, roznoszą zarazę i zlecają za mało testów – wyjaśnia.

Złość związana jest też z lękiem, który w formie przewlekłej może objawiać się pogorszeniem nastroju i dolegliwościami somatycznymi, jak bóle głowy, bóle brzucha i biegunki. Ludzie stają się bardzo drażliwi, zaczynają być agresywni. To widać na ulicach, w sklepach, w relacjach sąsiedzkich. – Mechanizmy w mózgu człowieka, które pozwalają żyć w stanie przewlekłego lęku, są bardzo słabe. Nie jesteśmy stworzeni do takiego funkcjonowania przez dłuższy czas – tłumaczy doktor Feldman.

CO POZOSTANIE

Według dr Karoliny Skoniecznej-Żydeckiej, zwiększy się częstość występowania zachowań depresyjnych i lękowych, ponieważ pandemia i izolacja

to duży stres, a to sprawia, że w organizmie zwiększa się synteza kortyzolu, co z kolei wiąże się z incydencją chorób przewlekłych i – jak podkreśla specjalistka – będzie to chyba główne następstwo zwiększonej ekspozycji na stres.

– Mam poczucie, że uczestniczymy w wielkim eksperymencie społecznym. Czy i jak wpłynie on trwale na nasze zachowania? Trudno powiedzieć. Według mnie ta sytuacja była inna niż wszystkie wcześniej – ocenia doktor Feldman. Czy doświadczenie tej pandemii będzie trwałe i coś zmieni? – Po różnych przeżyciach zbiorowych, jak katastrofa smoleńska czy śmierć Jana Pawła II, spodziewaliśmy się, że coś w nas zostanie, że będzie inaczej. Chyba jednak to się nie zdarzyło. Jak będzie tym razem, trudno jednak przewidzieć – zauważa.

– Z pewnością w medycynie coraz mocniej będzie się manifestować psychosomatyka. Jest coraz więcej dowodów, że stres ma bezpośredni wpływ na dolegliwości fizyczne. Już 20 lat temu mówiono, że przyczynia się np. do powstawania wrzodów. Konsekwencją zaburzeń emocjonalnych będzie więc wzrost zaburzeń somatycznych, włącznie z otyłością, bo takie zaburzenia zmieniają nawyki: ludzie więcej jedzą, są bardziej apatyczni i mniej się ruszają. Utrudniony dostęp do lekarzy i badań diagnostycznych dodatkowo wywoła efekt kuli śnieżowej, i to na lata. Samo przywrócenie dostępu do opieki zdrowotnej nie rozwiąże problemu. Można się spodziewać, że wszystko to przyczyni się do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego i fizycznego całych społeczeństw – uważa dr hab. Marlicz. – Trzeba będzie zachować szczególną czujność, diagnozując pacjentów, i uwzględnić fakt, że mają za sobą doświadczenie pandemii – przestrzega. ■

Wielu ekspertów twierdzi, że po doświadczeniu COVID-19 opieka psychiatryczna i psychoterapeutyczna będzie dużo bardziej potrzebna.

MED-STRESS SOS

To bezpłatny program psychologiczny skierowany do przedstawicieli zawodów medycznych, stworzony z inicjatywy psychologów z Uniwersytetu SWPS. Dostępny na stronie medstres.sos.pl

DNA A COVID-19

Zapisane w genach

Czy istnieje zależność pomiędzy ludzkim DNA a zachorowaniem na COVID-19 oraz przebiegiem tej choroby?

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Genetyk dr hab. Mirosław Kwaśniewski, który jest kierownikiem Centrum Bioinformatyki i Analizy Danych UM w Białymstoku, oraz immunolog dr Paweł Gajdanowicz, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Immunologii Klinicznej UM we Wrocławiu uważają, że taka zależność występuje.

GEN ACE2

Wniosek ten oparli na podstawie prowadzonych wcześniej badań w obrębie ludzkiego genu ACE2, dzięki którym zidentyfikowano szereg wariantów mogących wpływać na podatność na infekcję innymi koronawirusami: SARS-CoV i NL63. Ich zdaniem, znając mechanizmy odpowiedzialne za przenikanie tych wirusów do organizmu i wyniki analizy genów kodujących białka biorące udział w tym procesie, można przewidzieć, czy różnice w DNA pomiędzy ludźmi mają wpływ na podatność na zakażenie wieloma znanymi i groźnymi chorobami.

Na tej podstawie domniemają, że osoby o określonych cechach genetycznych mogą mieć także potencjalnie większą podatność na zakażenia obecnym koronawirusem. – Wcześniejsze badania genetyczne i analizy asocjacyjne umożliwiły nam wykrycie związków pomiędzy genetycznymi różnicami a podatnością na zakażenia wirusami: HIV, HBV, HCV, dengi, bakteriami wywołującymi gruźlicę, trąd, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz

pasożytami malarii – tłumaczy dr Paweł Gajdanowicz. Podkreśla, że mutacja w genie kodującym receptor CCR5 zmniejsza ryzyko zakażenia np. wirusem HIV, co wskazuje na to, że u osób posiadających określone cechy genetyczne podatność na zakażenia może być zróżnicowana, a przebieg choroby zależny od indywidualnych predyspozycji genetycznych. Inna może być też reakcja na leki stosowane w terapii tych chorób.

MECHANIZM INFЕКCJI

Badania nad koronawirusem SARS-CoV wykazały też związek pomiędzy ilością białek kodowanych przez gen ACE2, występujących na powierzchni pęcherzyków płucnych, a zakażeniem tym wirusem. – Mechanizm infekcji komórek płuc wywołanej przez SARS-CoV związany jest z aktywacją białek tego wirusa przez specyficzny enzym, znajdujący się na powierzchni komórek płuca. Aktywowane białka wirusa, podobnie jak w przypadku SARS-CoV-2, łączą się z ludzkim receptorem kodowanym przez wspomniany gen ACE2, powodując zakażenie – mówi dr hab. Mirosław Kwaśniewski.

Receptor ACE2 może być więc wykorzystywany przez wirusy do wnikięcia do komórki gospodarza, wewnątrz której dochodzi do ich namnożenia. Spośród tysięcy zidentyfikowanych wariantów w obrębie genu ACE2, wiele z nich może potencjalnie wpływać na podatność na

infekcję koronawirusami SARS-CoV i NL63. Aby potwierdzić w stu procentach, czy wpływa na koronawirusa SARS-CoV-2, potrzeba dalszych badań epidemiologicznych w kontekście rozprzestrzeniania się wirusa i jego inwazyjności.

IDENTYFIKACJA

Badania w obrębie genu ACE2 uodowodniły także związek pomiędzy zachodzącymi zmianami genetycznymi a podatnością m.in. na choroby o podłożu kardiologicznym. Dzięki temu ujawniono, że na przebieg COVID-19 może wpływać nie tylko wiek pacjentów, ale choroby współistniejące, takie jak cukrzyca czy nadciśnienie, których podłoże również może zależeć m.in. od uwarunkowań genetycznych.

Wiedza ta oraz dostępność do nowoczesnych technologii umożliwiających sekwencjonowanie genomów w dużej skali (nawet całej populacji) może stanowić broń w walce z nowymi, groźnymi wirusami. Identyfikacja genetycznych predyspozycji wpływających na przebieg infekcji czy skuteczność leczenia może też odegrać istotną rolę w zarządzaniu systemem opieki zdrowotnej w stanie epidemii, m.in. poprzez wyłonienie osób o zwiększonej podatności na zachorowanie lub tych, u których choroba może mieć ciężki przebieg kliniczny. Wiedza o predyspozycjach genetycznych może też pomóc w doborze bardziej skutecznych terapii. ■

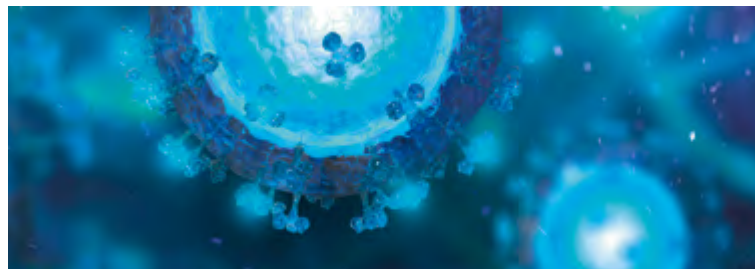
ACE2

Ten receptor może być wykorzystywany przez wirusy do wnikięcia do komórki gospodarza, wewnątrz której dochodzi do ich namnożenia.

NAUKA

Koronakalkulator

Zespół naukowców z Trójmiasta opracował kalkulator ryzyka śmierci w przypadku zakażenia koronawirusem. To prawdopodobnie pierwsze na świecie narzędzie pozwalające w prosty sposób oszacować ryzyko zgonu w takiej sytuacji. Kalkulator uwzględnia wiek i płeć danej osoby oraz informacje dotyczące czterech podstawowych typów chorób (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, nowotwory, choroby sercowo-naczyniowe), które zgodnie z aktualną wiedzą znacznie podwyższają ryzyko śmierci w przypadku zakażenia koronawirusem. – Ryzyko zgonu z powodu COVID-19 bardzo wyraźnie zależy od stylu życia i chorób z nim związanych, m.in. otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego oraz



ich powikłań. Ten związek jest naprawdę silny, najnowsze dane wskazują, że zgony wśród osób bez żadnych chorób przewlekłych odpowiadają za mniej niż 1 proc. przypadków śmiertelnych COVID-19 – mówi dr hab. Piotr Bandosz, główny twórca kalkulatora, dodając, że narzędzie wyraźnie pokazuje taką zależność. – To jego największa wartość – podkreśla. – Zdrowy styl życia może nas w przyszłości chronić nie tylko przed chorobami cywilizacyjnymi, ale także przed powikłaniami chorób zakaźnych – komentuje prof. Tomasz Zdrojewski, przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego PAN. Przelicznik dostępny jest pod adresem <https://vika.life/calculator>. Powstał dzięki współpracy m.in. lekarzy, epidemiologów, programistów i analityków danych związanych z Pomorskim Parkiem Naukowo-Technologicznym w Gdyni. ■



gazetalekarska.pl

Odpowiedź zależy od płci



Miedzynarodowa grupa naukowców przeanalizowała osiem badań przedklinicznych i klinicznych oceniających odpowiedź na radioterapię z uwzględnieniem płci. Pomysł na badanie powstał w związku z serią raportów dotyczących zachorowań na nowotwory po katastrofie w Czarnobylu oraz ataku atomowym na Hiroszimę i Nagasaki, według których kobiety są bardziej wrażliwe na promieniowanie jonizujące.

Wśród analizowanych badań przedklinicznych znalazła się praca na szczurzym modelu, oceniająca zaburzenia funkcji poznawczych po napromienianiu mózgowia. Działania niepożądane występowały u samic poddanych terapii tylko w określonej fazie cyklu hormonalnego. Kolejne przedkliniczne badanie nad ostrą toksycznością płucną radioterapii wykazało rzadsze występowanie powikłań (popromiennego zapalenia płuc czy naczyń) wśród samic. W badaniach in vitro udowodniono również zależną od płci wrażliwość i stopień odpowiedzi na radiochemioterapię raka odbytnicy. Z kolei w badaniach klinicznych większą wrażliwość kobiet na radioterapię, oznaczającą większą toksyczność leczenia i lepsze wyniki, wykazano w przypadku raka przełyku i odbytnicy. W komentarzach do pracy podkreśla się wybiórczy charakter doboru artykułów oraz obecność licznych czynników, m.in. środowiskowych (palenie papierosów, spożywanie alkoholu), które mogły wpływać na wynik analizy. ■

Mniejsza umieralność

W „Cancer” opublikowano analizę dotyczącą schorzeń nowotworowych w Stanach Zjednoczonych w oparciu o dane z lat 2001-2016. W ciągu ostatnich pięciu lat z tego okresu ogólna zachorowalność na nowotwory w USA spadała średnio o 0,6 proc. rocznie. Wyniki różniły się w zależności od typu nowotworu, a także rasy i płci chorych. Wśród mężczyzn zachorowalność zwiększyła się w przypadku pięciu spośród 17 najczęściej występujących nowotworów, dla siedmiu utrzymała się na stałym poziomie (w tym dla raka gruczołu krokowego), a zmalała dla pięciu. Wśród kobiet nastąpił wzrost zachorowalności w przypadku ośmiu spośród 18 najczęściej występujących nowotworów (w tym raka piersi), spadek zanotowano dla czterech, a dla siedmiu zachorowalność utrzymała się na stałym poziomie. Umieralność z powodu chorób nowotworowych w latach 2013-17 zmniejszała się średnio o 1,5 proc. rocznie. Największy spadek zaobserwowano dla czerniaka skóry. ■

KORONAWIRUS BEZ TAJEMNIC

Pierwsza fala

Z prof. dr. hab. **Krzysztofem Pyrciem**, biotechnologiem, specjalistą w zakresie mikrobiologii i wirusologii z Małopolskiego Centrum Biotechnologii UJ, rozmawia **Mariusz Tomczak**.

GL Czy SARS-CoV-2 jest groźniejszy niż wirus grypy?

Tak. Cała populacja jest podatna na zakażenie nowym koronawirusem, a zakażenie wirusem w dużej części przypadków jest związane z ciężką chorobą, przez co duża część społeczeństwa może wymagać hospitalizacji. Wówczas szybko dochodzimy do sytuacji, w której placówki ochrony zdrowia nie są w stanie udzielić pomocy wszystkim potrzebującym. Z tego powodu śmiertelność dodatkowo rośnie, co obserwowaliśmy w kilku krajach Europy. Nie mamy wiedzy na temat realnej śmiertelności z powodu SARS-CoV-2, bo nie znamy rzeczywistej liczby pacjentów bezobjawowych, ale na tę chwilę wydaje się, że śmiertelność z powodu koronawirusa jest wyższa niż w przypadku grypy. Co więcej, nie znamy również jeszcze wszystkich powikłań związanych z SARS-CoV-2. Wiadomo o uszkodzeniach płuc, pojawiają się też doniesienia o uszkodzeniu układu naczyniowego, mięśnia sercowego i niektórych innych narządów, ale musimy poczekać na weryfikację tych informacji.

GL Czy wirus grypy jest bardziej infekcyjny?

W tej chwili na to pytanie nie ma dobrej odpowiedzi, bo nie znamy liczby bezobjawowych pacjentów. Wiadomo za to, że do wybuchu zachorowań na grypę dochodzi w zbliżonym czasie na dość rozległym obszarze o podobnym klimacie, natomiast przenoszenie się SARS-CoV-2, m.in. z powodu wydłużonego okresu inkubacji, jak również łagodnych objawów obserwowanych na wczesnym etapie zachorowania, ma zupełnie inny charakter – w jednym mieście mogą pojawiać się liczne przypadki zakażenia i może dojść do lokalnej epidemii, a w mieście oddalonym 100 km dalej może nie być żadnego przypadku.

GL Nie brakuje opinii, że obostrzenia wprowadzane w związku z pandemią były przesadne.

Na początku epidemii pojawiały się głosy, by koronawirusa nie porównywać do grypy, bo ona w ciągu sezonu zabija aż 200-300 tys. ludzi. W krótkim czasie mamy już ponad 300 tys. potwierdzonych ofiar śmiertelnych COVID-19, czyli tyle, ile z powodu grypy umiera w ciągu całego sezonu. Różne restrykcje wprowadzano po to, aby jak najmniej osób zmarło. Czasami kwestionuje się sens ich utrzymywania, bo niektórzy sądzą, że epidemia

SARS-CoV-2 się kończy i wolno opuścić gardę, ale nie jesteśmy jeszcze w jej końcowej fazie.

GL Czy SARS-CoV-2 zostanie z nami tak jak wirus grypy?

Na ten moment wydaje się, że raczej tak. Nie wiemy, czy częstość zachorowań spadnie w okresie lata. Na razie nie jesteśmy w stanie przewidzieć, jakie znaczenie na transmisję wirusa będzie miała temperatura, choć wydaje się, że pewien wpływ zauważymy, ale nie na tyle duży, by zahamować epidemię.

GL Czym nowy koronawirus różni się od SARS i MERS?

Pod względem liczby ofiar śmiertelnych SARS-CoV-2 jest liderem wśród koronawirusów. Wprawdzie w przypadku wirusa SARS śmiertelność wynosiła 10 proc., a MERS – 40 proc., ale z powodu SARS i MERS zmarło mniej więcej po 800 osób, podczas gdy w wyniku zakażenia SARS-CoV-2 na początku maja br. odnotowano na świecie prawie 250 tys. zgonów. SARS-CoV-2 przenosi się łatwiej niż SARS czy MERS, o czym świadczy kilkumilionowa liczba zakażeń. Zakażenie SARS-CoV-2 ma łagodniejszy charakter niż MERS, co sprzyja jego rozprzestrzenianiu się. Trzeba też pamiętać, że MERS nigdy nie stał się ludzkim wirusem, mogliśmy się nim zarazić np. od wielbłąda lub wytworzonych z niego produktów, a jego transmisja pomiędzy ludźmi jest bardzo nieefektywna.

GL Czy koronawirus łatwo mutuje?

Wolałbym mówić o zmienności koronawirusów niż o ich mutacji. SARS-CoV-2 to bardzo duży wirus RNA o stosunkowo sprawnym systemie naprawczym. W porównaniu do wirusa grypy zmienia się bardzo powoli, ale np. w stosunku do wirusa opryszczki – bardzo łatwo i szybko. Koronawirusy zmieniają się, a każdy wirus potomny może być inny od poprzedniego. W miarę rozprzestrzeniania się epidemii, SARS-CoV-2 coraz bardziej zmienia się u kolejnych zakażonych pacjentów, co nie oznacza, że to wpływa na jego fenotyp, czyli m.in. na chorobę COVID-19, którą powoduje. Może się okazać, że pojawi się wariant wirusa jeszcze groźniejszy dla ludzi, ale jest też szansa, że zaczniemy mieć do czynienia z wersją mniej zjadliwą, co moim zdaniem jest bardziej prawdopodobne.



❗ Czy przy kolejnej fali epidemii, zakładając, że taka nastąpi, SARS-CoV-2 może być zupełnie inny od tego, z którym obecnie mamy do czynienia?

Nie należy tak zakładać. Wprawdzie SARS-CoV-2 zmienia się tak jak każdy organizm, ale trudno powiedzieć, czy za kilka miesięcy będzie zupełnie inny. Przede wszystkim nie powinniśmy oczekiwać kolejnej fali epidemii, bo jeszcze nie zeszliśmy z tej pierwszej. Cały czas znajdujemy się w fazie epidemicznej [rozmowa została przeprowadzona w połowie maja – przyp. red.], a to, co widzimy w statystykach zachorowań i zgonów, to efekt wprowadzenia obostrzeń na całym świecie. To one wpłynęły na zmniejszenie się intensywności kontaktów międzyludzkich, a w efekcie zmniejszyły transmisję wirusa.

❗ Czym różni się wirus stwierdzony w Wuhan od tego w Lombardii czy w Polsce?

Na ten moment, poza niewielkimi zmianami w genomie, niczym szczególnym, a przynajmniej nie ma na to dowodów. Bazy danych pokazują zmienność genomu, ale dziś jeszcze nie odważyć się korelować genotypu z fenotypem.

❗ Wiele osób powtarza, że przede wszystkim trzeba czekać na wynalezienie szczepionki. Czy słusznie?

Na razie jakichś specjalnych alternatyw nie mamy, ale warto pamiętać, że wynalezienie szczepionki może potrwać dłużej, niż wszyscy przypuszczają, a kiedy wreszcie się ona pojawi, może nie spełnić pokładanych w niej oczekiwań. Nie można trwać bezczynnie, należy wdrażać w życie różne strategie, bo w przeciwnym razie nie zabije nas koronawirus, lecz ekonomia.

❗ Kiedy zostanie opracowana szczepionka?

Może to nastąpić jeszcze w tym roku, choć to bardzo trudne. Nawet jeśli się uda, to do końca roku nie będzie jeszcze dostępna na rynku.

❗ Czy testy genetyczne wykonywane metodą RT-PCR mogą nie wykrywać obecności koronawirusa?

To nasz złoty standard, w tej chwili nie mamy nic lepszego. Każdy test może być zawodny. Jeśli próbka została źle pobrana albo jest w niej zbyt mało wirusa, możemy otrzymać wynik fałszywie negatywny.

❗ Jakie nadzieje wiąże pan z eksperymentalną metodą polegającą na, mówiąc w pewnym uproszczeniu, przetaczaniu osocza z krwi ozdrowieńców?

W obliczu braku szczepionki wydaje się to jednym z lepszych pomysłów radzenia sobie z zagrożeniem epidemicznym. Prawdopodobnie ta terapia zmniejszy śmiertelność. Pełnych wyników badań klinicznych jeszcze nie widziałem, ale śmiem podejrzewać, że efekty mogą być dość dobre.

❗ Czy jest możliwe nabycie odporności wobec SARS-CoV-2?

Moim zdaniem, tak. Analizując surowicę wielu pacjentów, którzy przeszli zakażenie, obserwuje się przeciwciała neutralizujące. Trzeba jednak mieć na uwadze, że ich



– Nie powinniśmy oczekiwać kolejnej fali epidemii, bo jeszcze nie zeszliśmy z tej pierwszej – mówi prof. Krzysztof Pyrc.

pojawienie się prawdopodobnie zależy od stopnia choroby COVID-19 i u łżej chorych odporność może się nie pojawić. Pozostaje też pytanie, jak długo się ona utrzymuje u osób, które ją nabyły i jakie korzyści zdrowotne odniosą z tego w kolejnym sezonie.

❗ Kilka tygodni temu pana zespół przy współpracy z naukowcami z kilku ośrodków opracował substancję, która hamuje zakażenie koronawirusem. Na czym polega to odkrycie?

Chodzi o N-(2-hydroksypropyl)-3-trimetylamonowy chlorek chitozanu (HTCC). Potwierdziliśmy jego niską toksyczność w warunkach laboratoryjnych, a testy wykazały skuteczność w warunkach in vitro i ex vivo. Musimy jeszcze przejść przez proces badań udowadniających, że substancję można bezpiecznie podać pacjentom. Dopiero wtedy przekonamy się, czy ona faktycznie działa.

❗ Co pan sądzi o opiniach, jakoby nowy koronawirus mógł zostać wyhodowany w laboratorium?

To niedorzeczne. Ani Chiny, ani USA nie mają wiedzy i umiejętności, żeby stworzyć takiego wirusa np. jako broń biologiczną. Niektórzy dywagują o ucieczce koronawirusa z laboratorium, ale niezwykle łatwo się takie opinie wygłasza, choć nie można ich udowodnić. Transmisja wirusów odzwierzęcych jest rzeczą naturalną, wielu specjalistów spodziewało się przeniesienia groźnego koronawirusa na człowieka.

❗ Czy SARS-CoV-2 może przenosić się na przesyłkach pocztowych?

Koronawirusy mogą przenosić się na wszystkim. Wiadomo, że poza organizmem gospodarza są w stanie przeżyć od kilkunastu minut do nawet kilkunastu dni. To, jak długo pozostaną zakażone, zależy m.in. od temperatury i wilgotności materiału, na którym się znajdują, czy warunków przechowywania. ■



LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

ONKOLOGIA A KORONAWIRUS

Odmrażanie po kawałku

Epidemia wywołana wirusem SARS-CoV-2 opóźniła diagnostykę i zaburzyła leczenie pacjentów onkologicznych.

Od połowy maja placówki ochrony zdrowia wracają do normalności. Ministerstwo Zdrowia zaapelowało do pacjentów, zwłaszcza onkologicznych i chorujących przewlekłe, aby zgłaszali się na badania i konsultacje do poradni specjalistycznych i szpitali, gdzie mogą być poddani diagnostyce i leczeniu.

wczesna diagnostyka i jak najszybsza interwencja chirurgiczna oraz radio- lub chemioterapia ratują życie.

Do pełnej aktywności, jako jeden z pierwszych w Polsce, wraca Narodowy Instytut Onkologii w Gliwicach. Jednak, jak zaznaczył prof. Krzysztof Składowski, dyrektor instytutu i kierownik I Kliniki Radioterapii i Chemioterapii, ten powrót

Profesor zapewnia, że pacjenci mogą czuć się bezpiecznie. Od każdego kierowanego na rozległą operację z powodu nowotworu okolic głowy i szyi lub jamy brzusznej pobierany jest wymaz do badania na obecność SARS-CoV-2. Jako pierwsza obowiązek ten wprowadziła Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii i badania są przeprowadzane u wszystkich pacjentów przyjmowanych na oddział. – Jesteśmy rygorystyczni w przestrzeganiu tych procedur, dzięki czemu w tym trudnym okresie nasi lekarze mogli przeprowadzić dwie innowacyjne terapie CART-T cells u chorych na chłoniaka nieziarnicznego – podsumowuje prof. Krzysztof Składowski. Po przerwie spowodowanej wykryciem wirusa SARS-CoV-2 u jednej z pielęgniarek wznowiła także przyjęcia III Klinika Radioterapii i Chemioterapii oraz Pracownia Rehabilitacyjna.

Od każdego kierowanego na rozległą operację z powodu nowotworu okolic głowy i szyi lub jamy brzusznej pobierany jest wymaz do badania na obecność SARS-CoV-2.

Resort zapewnił też, że zostały wdrożone odpowiednie procedury bezpieczeństwa związane z panującą pandemią wirusa SARS-CoV-2 i nie należy się obawiać zakażenia. Po tym sygnale ośrodki onkologiczne w kraju, jeden po drugim, przedstawiają się na nowy tryb funkcjonowania, ale już na tym etapie widać, że będzie to proces. Szczególnie jeśli chodzi o badania diagnostyczne i operacje, które trzeba od nowa zaplanować.

POWRÓT DO NORMALNOŚCI

Zakłócenia w działalności poradni i szpitali spowodowane pandemią zaniepokoiły lekarzy wielu specjalności, ale najbardziej onkologów, gdyż w przypadku nowotworów

odbywa się stopniowo. – Sukcesywnie odchodzimy od pracy rotacyjnej i zdalnej zespołów medycznych, coraz więcej pacjentów korzysta z radioterapii, wzmożony ruch notujemy także w Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej – relacjonuje prof. Składowski. Nie ukrywa, że w ostatnim czasie COVID-19 spowodował 20-procentowy spadek liczby zabiegów w radioterapii, o 20 proc. mniej leczonych odnotowano w Zakładzie Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii Onkologicznej, a w Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej – o 35 proc. mniej, ale odkąd zapadła decyzja o odmrożeniu usług medycznych, klinika już przyjęła o 10 proc. chorych więcej.

LECZENIE SYSTEMOWE

Prof. Piotr Wysocki, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, kierownik Oddziału Klinicznego Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, mówi, że mimo zagrożeń związanych z koronawirusem, dzięki ogromnemu zaangażowaniu lekarzy i pielęgniarek, w jego placówce udało się utrzymać leczenie systemowe chorych z nowotworami, w ramach którego wykorzystuje



się głównie chemioterapię, ale też immunoterapię, terapię celowaną i hormonoterapię.

– Zdecydowana większość chorych leczonych w naszym oddziale to pacjenci z uogólnionym procesem nowotworowym, często po wyczerpaniu już standardowych opcji terapeutycznych – tłumaczy prof. Wysocki i zaznacza, że dla takich chorych zachowanie ciągłości leczenia systemowego to jedyna szansa na długotrwałą kontrolę choroby, a jego przerwanie mogłoby w krótkim czasie doprowadzić do progresji procesu nowotworowego i wystąpienia bezpośredniego zagrożenia życia.

Inną liczną grupą chorych Oddziału Klinicznego Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie są pacjenci poddawani leczeniu okołoperacyjnemu, którego celem jest zwiększenie szans na całkowite wyleczenie w połączeniu z następowym zabiegiem chirurgicznym. W przypadku takich pacjentów jakiegokolwiek opóźnienie leczenia mogłoby definitywnie taką szansę unicestwić. – To, co jednak zaczyna być widoczne, to trend w kierunku mniejszej liczby nowych chorych kierowanych do leczenia systemowego, co najprawdopodobniej wynika z ograniczeń w diagnostyce w kierunku choroby nowotworowej. Czy jest to konsekwencja pandemii, będzie można ocenić dopiero za trzy,

cztery miesiące – mówi prof. Piotr Wysocki. Mimo zagrożenia koronawirusem leczenie systemowe było prowadzone bez istotnych zakłóceń w zdecydowanej większości innych dużych ośrodków onkologicznych w Polsce, m.in. w Warszawie, Poznaniu, Gliwicach, Gdańsku czy Białymstoku.

MNIEJ ZABIEGÓW CHIRURGICZNYCH

Niestety, tego samego nie można odnieść do chirurgii onkologicznej. Tak jak w Gliwicach, spadek liczby operowanych z powodu nowotworów odnotowano także w innych onkologicznych ośrodkach – zarówno krajowych, jak i regionalnych. Prof. Dawid Murawa, prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej i kierownik Katedry Chirurgii i Onkologii Uniwersytetu w Zielonej Górze oraz Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego, uważa, że tak naprawdę trudno ocenić, jak funkcjonowała onkologia w czasie pandemii SARS-CoV-2, ponieważ brakowało spójności działań w różnych dziedzinach medycznych i nikt z resortu zdrowia tego nie kontrolował.

– Według mojego rozeznania i relacji lekarzy z innymi ośrodków, z którymi się kontaktuję, system pracy onkologii wygląda różnie w zależności od szpitala. Są

placówki, w których doszło do znacznych zaburzeń w leczeniu chirurgicznym pacjentów onkologicznych, a w innych praca przebiegała w miarę normalnie – tłumaczy prof. Murawa. Jako przykład podaje szpital w Zielonej Górze, w którym akurat w czasie pandemii likwidowano chirurgię ogólną i chirurgię onkologiczną, mając większe moce przerobowe, przejmowała chorych na raka odesłanych z kwitkiem np. z Poznania. Paradoksalnie w czasie pandemii operowano tu większą liczbę chorych na raka niż w normalnych warunkach, ponieważ w związku z likwidacją chirurgii ogólnej poprawiła się dostępność do sal operacyjnych.

NA PÓŁ GWIZDKA

W poradniach specjalistycznych także życie zaczęło powoli wracać do normy, choć większość poradni onkologicznych wciąż pracuje na pół gwizdka. A to właśnie tam odbywa się weryfikacja i kierowanie chorych na badania, którzy pierwszy raz trafiają do onkologa z podejrzeniem nowotworu. Jeśli szybciej nie przywróci się poradniom dawnej płynności, może się okazać, że koronawirus jest mniej groźny niż konsekwencje związane z opóźnieniami w dostępie do specjalistów. W chorobach nowotworowych, gdzie liczy się czas, ograniczony dostęp do onkologów, badań diagnostycznych

Polska onkologia w liczbach:

- ▶ Na nowotwory złośliwe umiera w Polsce rocznie 100 tys. osób.
- ▶ Każdego roku notuje się 160 tys. zachorowań, a prognozuje się, że w ciągu najbliższych 10 lat liczba ta wzrośnie do 185 tys.
- ▶ Trzon opieki nad chorymi stanowią Centra Onkologii w Warszawie, Krakowie i Gliwicach, a ich uzupełnieniem są regionalne ośrodki onkologiczne.
- ▶ Chorzy na nowotwory są także objęci opieką sieci poradni, które znajdują się w każdym ośrodku onkologicznym.



i badań kontrolnych w trakcie leczenia może przynieść długofalowe konsekwencje.

W Narodowym Instytucie Onkologii w Gliwicach wizyty w przychodni onkologicznej w znacznej części odbywają się w formie teleporad. Chodzi o to, żeby w poczekalni uniknąć zbyt dużej liczby pacjentów. Prof. Jan Lubiński, kierownik Zakładu Genetyki i Patomorfologii PUM w Szczecinie uważa, że odmrożenie nie powinno spowodować całkowitej rezygnacji z teleporad, ponieważ ten element funkcjonowania poradni okazał się trafiony, gdyż pacjenci nie muszą przychodzić po odbiór wyników, szczególnie jeśli w badaniu nie stwierdzono nowotworu. Pandemia wymusiła także przeorganizowanie pracy w poradni, nie ma już tłumów na korytarzu, drzwi są otwierane co 10 minut, a pacjenci są pojedynczo proszeni do gabinetów na badania i lekarską konsultację. Profesor zapewnia, że z powodu koronawirusa placówka nie miała dłuższych przestojów. Jeśli chodzi o diagnozowanie osób z tzw. grup ryzyka zachorowania na raka i przerw w realizacji programów badań.

Jednak, nie mając pewności, jak wirus będzie się rozprzestrzeniał, trzeba było zawiesić badania

kontrolne oraz zablokować rezonans magnetyczny, mammografię i usg. – Kiedy z powodu koronawirusa musieliśmy zamknąć diagnostykę i odwołać badanie rezonansem u pacjentki, która wyczuła sobie w piersi guz, a po zrobieniu w innym ośrodku biopsji okazało się, że musi natychmiast podjąć leczenie, zdaliśmy sobie sprawę, że takich pacjentów może być więcej – dzieli się swoimi obawami prof. Lubiński i zastanawia, czy podobnych sytuacji nie było więcej. Obawy te potwierdzają dane o przesyłaniu do patomorfologów mniejszej niż przed epidemią ilości materiału do badania. To świadczy o tym, że wiele stanów rakowych będzie wykrywanych w późnym stadium choroby.

COVIDSURG CANCER

Zdaniem prof. Dawida Murawy, prezesa PTChO, na ten moment trudno będzie podsumować i ocenić straty poniesione przez pacjentów onkologicznych. Może w tym pomóc opracowane przez Brytyjczyków ogólnoswiatowe badanie kliniczne „COVID surg cancer”, które wraz z początkiem pandemii koronawirusa otrzymał Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej szpitala w Zielonej Górze

i rozpropagował je w ośrodkach onkologicznych w całej Polsce. Badanie dotyczy problemów związanych z leczeniem onkologicznym w trakcie pandemii i zgłaszania ich do bazy stworzonej przez autorów tego projektu badawczego.

– Na podstawie najnowszego newslettera przesłanego przez czasopismo „Covid surg” wiemy, że od początku pandemii do bazy trafiło 8 tys. pacjentów z 600 szpitali na terenie całej Europy – mówi prof. Murawa. Uważa, że to badanie w najbliższych miesiącach unaoczní, jak w poszczególnych krajach pogorszyła się dostępność pacjentów do leczenia onkologicznego, czy zabiegi operacyjne były opóźnione, czy chorych operowano, mimo że najpierw powinni otrzymać np. chemię przedoperacyjną albo radioterapię, lub odwrotnie – zamiast niezbędnej operacji zalecono im chemioterapię, bo nie mieli dostępu do innej metody leczenia. – Już pierwsze wyniki badania „COVID surg cancer” wskazują, że chorzy onkologicznie nie przeszli tej pandemii bez szwanku – konkluduje prof. Murawa. I chodzi tu również o zdrowie psychiczne, które w chorobie nowotworowej odgrywa ogromne znaczenie. ■

Na ten moment trudno podsumować i ocenić straty poniesione przez pacjentów onkologicznych.

PRACA ZDALNA

Komisje bioetyczne w czasach koronawirusa

Komisje bioetyczne oceniają projekty eksperymentów medycznych, w tym badań klinicznych prowadzonych z udziałem ludzi. W czasach pandemii koronawirusa realizacja tego podstawowego zadania napotyka na nowe trudności.

TEKST **MAREK CZARKOWSKI**,
PRZEWODNICZĄCY OŚRODKA BIOETYKI NRL

Przez lata komisje bioetyczne realizowały swoje obowiązki w trakcie zwoływanych okresowo posiedzeń. Przepisy wprowadzone w związku z epidemią wykluczyły możliwość stosowania tej formy pracy.

Dlatego komisje powinny sięgać po nowe metody, które wykorzystują środki komunikacji elektronicznej. Pozwalają one na realizowanie wszystkich rodzajów zadań, a w szczególności na opiniowanie nowych projektów eksperymentów medycznych, w tym badań klinicznych, oraz na opiniowanie materiałów, które należy zgłaszać do komisji bioetycznych już po uzyskaniu pozytywnej opinii o projekcie badania klinicznego produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Wprowadzenie stanu epidemii zmieniło sposób, w jaki komisje bioetyczne powinny realizować zadanie opisane w art. 37s prawa farmaceutycznego¹. Przestaje obowiązywać zasada milczącej zgody obowiązująca w przypadku upływu 14 dni od poinformowania komisji bioetycznej o udziale danego ośrodka w badaniu klinicznym i niezgłoszeniu przez nią zastrzeżenia co do udziału ośrodka lub badacza w tym badaniu². Dlatego, chcąc umożliwić realizację

wieloośrodkowych badań klinicznych w różnych ośrodkach badawczych, komisje bioetyczne w czasie obowiązywania stanu epidemii powinny, mimo braku obowiązku prawnego, dokonywać częściowej oceny projektu badania klinicznego w zakresie jakości danego, rejonowego ośrodka badawczego oraz poprawności wyboru badacza i członków zespołu zatrudnionych w tym ośrodku w przypadku każdego zgłoszonego rejonowego ośrodka i badacza³. Każda opinia (zarówno pozytywna, jak i negatywna) o rejonowym ośrodku i badaczu powinna być dostarczona komisji bioetycznej krajowego koordynatora tego wieloośrodkowego badania klinicznego.

Wiele innych wyjaśnień odnoszących się do pracy komisji bioetycznych w czasie epidemii zawiera Stanowisko Stowarzyszenia Członków i Pracowników Komisji Bioetycznych w Polsce w sprawie trybu działania komisji bioetycznych w czasie obowiązywania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, z którym można zapoznać się na stronie internetowej Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej (www.bioetyka.net) w zakładce Wydarzenia.

W końcu kwietnia ukazało się Stanowisko Europejskiej Sieci Komisji Bioetycznych na temat odpowiedzialności komisji bioetycznych podczas pandemii koronawirusa⁴. Amerykańska Agencja Żywności i Leków oraz

różne instytucje europejskie apelują do komisji bioetycznych, by nie rezygnowały z wykonywania swoich obowiązków, a w szczególności by nadal chroniły uczestników badań klinicznych⁵. Ważne jest także, aby nie opóźniano realizacji nowych eksperymentów medycznych – szczególnie tych, których tematyka dotyczy zapobiegania lub leczenia zakażeń koronawirusem.

Nowe prawo europejskie dotyczące badań klinicznych wymaga obiegu dokumentów wyłącznie drogą komunikacji elektronicznej, a terminy na wydanie opinii etycznych są krótsze niż obecnie⁶. Kiedy przepisy te zostaną być stosowane, polskie komisje bioetyczne będą miały za sobą naukę pracy przy pomocy środków komunikacji elektronicznej. Krótsze terminy, w jakich należy dokonać oceny etycznej, także narzucają znacznie częstsze spotkania komisji, które łatwiej organizować przy pomocy środków komunikacji elektronicznej. ■

¹ Patrz ustawa prawo farmaceutyczne.

² Patrz art. 15 zys ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych

³ Patrz art. 37r ust.2 ustawy prawo farmaceutyczne

⁴ <http://www.eurecnet.org/news>

⁵ FDA Guidance on Conduct of Clinical Trials of Medical Products during the COVID-19 Pandemic; Guidance on the Management of Clinical Trials during the COVID-19 (Coronavirus) pandemic. Version 2 (27/03/2020)

⁶ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE

REALIZACJA PROJEKTÓW BADAWCZYCH

Badania kliniczne a epidemia

SARS-CoV-2 w ciągu czterech miesięcy wywołał co najmniej 4,33 mln potwierdzonych zakażeń w ponad 200 krajach, w tym 292 tys. zgonów. W kontekście badań klinicznych zamrożenie gospodarki i odseparowanie placówek medycznych spowodowane jego rozprzestrzenianiem zawiesiło realizację wielu protokołów badawczych i uniemożliwiło bezpośrednie kontakty z badaczami.

TEKST DR PAWEŁ GRZESIOŃSKI, SZKOŁA ZDROWIA PUBLICZNEGO CMKP
DR PIOTR IWANOWSKI, STOWARZYSZENIE NA RZECZ DOBREJ PRAKTYKI BADAŃ KLINICZNYCH W POLSCE

O ile działalność zwykłej praktyki lekarskiej w zakresie planowych świadczeń zdrowotnych udaje się jakoś zredukować (zwykle kosztem dalszego spiętrzenia kolejek pacjentów) lub częściowo przynajmniej przenieść w obszar telemedycyny, o tyle dla projektów badawczych angażujących pacjentów to już niemała katastrofa. Zwłaszcza projektów będących w fazie aktywnej realizacji, czyli aktualnie rekrutujących uczestników pacjentów lub prowadzących okres leczenia czy obserwacji u już zrekrutowanych.

SZTYWNY PROTOKÓŁ A GLOBALNE ZASKOCZENIE

Największy problem występuje w przypadku badań obejmujących pacjentów w aktywnym leczeniu czy obserwacji – protokoły badań klinicznych co do zasady określają sztywny kalendarz wizyt i procedur badawczych, nie mówiąc o terminach i warunkach podawania badanego leku / zastosowania wyrobu medycznego, czy to ambulatoryjnie czy w warunkach hospitalizacji. Wynika to z natury tworzonych i stosowanych od lat 80. XX w. międzynarodowych standardów prowadzenia badań klinicznych

(Międzynarodowej Rady ds. Harmonizacji, ICH), z Dobrą Praktyką Klinikzną na czele, które funkcjonują przede wszystkim na potrzeby dopuszczenia na rynek nowych leków, choć z biegiem czasu wcielono je częściowo w systemy prawne, przez co w dużej części stosuje się je obecnie także to badań akademickich/niekomercyjnych.

Ugruntowało się oczekiwanie od świata medycyny badawczej generowania ściśle poukładanych danych, z procedurami określonymi z dokładnością do jednego czy kilku dni nawet przy wielomiesięcznym czy wieloletnim uczestnictwie danego pacjenta w projekcie. W przypadku badań komercyjnych nowych leków takie oczekiwanie stało się powszechną normą dla regulatorów rynku, z Europejską Agencją ds. Leków (EMA) i amerykańską Administracją ds. Żywności i Leków (FDA) na czele.

NOWE WYTYCZNE

Po wybuchu pandemii EMA wskazała w opublikowanych wytycznych na konieczność uwzględnienia zmian w protokołach badań z inicjatywy sponsora lub badacza. Dopuszczono modyfikacje protokołów wynikające z czasowej nieobecności badacza i możliwości

czasowego zastępstwa oraz zmiany miejsca realizacji badania w uzasadnionych przypadkach. Zaleca się, aby wszelkie istotne i trwałe zmiany w protokole badania zgłaszać do właściwego organu krajowego i ponownie występować o zgodę na zmianę protokołu do komisji bioetycznych. W razie konieczności szybkiej zmiany w realizacji protokołu badania można również skorzystać z opcji tzw. natychmiastowych środków bezpieczeństwa, nie wymagającej uprzedniej zgody urzędowej ani opinii komisji bioetycznej. Jeśli zmiany w realizacji protokołu są konieczne, priorytetowe są te osoby, u których stan ogólny jest zagrażający życiu lub zdrowiu, a przerwa w leczeniu może być katastrofalna w skutkach. W takich sytuacjach należy dążyć do wszelkich starań, aby kontynuować rozpoczęte badanie. W przypadku zmian rozpoczętych badań do sponsora należy ocenić, czy zmianę należy uznać za znaczącą – tj. gdy ma potencjalny wpływ na bezpieczeństwo lub integralność fizyczną lub psychiczną uczestnika badania klinicznego lub naukową wartość badania (szczegóły w „Guidance on the management of clinical trials during the COVID-19 (coronavirus) pandemic, Version 3, 28/04/2020 EMA”).

EMA

Po wybuchu pandemii wskazała w opublikowanych wytycznych na konieczność uwzględnienia zmian w protokołach badań z inicjatywy sponsora lub badacza.

ŚWIAT NIE TAKI PRZEWIDYWALNY

Wprowadzony z dnia na dzień tzw. lockdown oraz przekształcenie części podmiotów leczniczych w szpitale jednoimienne praktycznie zablokowało nie tylko organizację wizyt pacjentów w badaniu (ambulatoryjnych, jak i hospitalizacji), ale także w znacznym stopniu ograniczyło lub uniemożliwiło fizyczną dostępność lekarzy badaczy i ich zespołów dla danego projektu. Do tego znakomicie utrudniło logistykę, z dostarczeniem leku pacjentowi, przeprowadzeniem wymaganych protokołem procedur medycznych czy pobraniem i transportem materiału biologicznego włącznie. Tymczasem w ww. wytycznych regulatorów rynku ani dobrych praktykach nie przewidziano niemal żadnych rozwiązań awaryjnych do zastosowania w okolicznościach typu epidemii! Sponsory badań czy działające na ich zlecenie organizacje typu CRO nagle znaleźli się w sytuacji braku możliwości wypełniania swoich podstawowych obowiązków, tak wobec samych pacjentów uczestników, jak i przepisów i dobrych praktyk, takich jak bieżący monitoring badania w ośrodkach badawczych czy zbieranie i zgłaszanie zdarzeń niepożądanych (pharmacovigilance).

„DOBRE PRAKTYKI” AD HOC

Kto żyw w branży, usiadł więc do formułowania nowych zasad, wytycznych i stanowisk mających pomóc odnaleźć się w nowej sytuacji i złagodzić skutki nieoczekiwanego kryzysu. Ich wysyp zaczął się już w marcu br.: obok wytycznych EMA (a za oceanem – FDA) stanowisko zajęł i krajowy regulator (Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, URPL), a także krajowe komisje bioetyczne. Branżowe stowarzyszenia i związki pracodawców zdołały sformułować szczegółowe wytyczne na czas pandemii – jest to „Dobra praktyka badań klinicznych produktów leczniczych w trakcie trwania epidemii COVID-19” opracowana przez Stowarzyszenie GCPpl i związki INFARMA i PolCRO. Zainteresowanych czytelników odsyłamy do praktycznego repozytorium

udostępnionego przez European Forum for Good Clinical Practice na stronie efgcp.eu, zawierającego wszystkie ww. dokumenty, w tym nasze krajowe. Z wszystkich tych wytycznych wyraźnie wyłania się wspólna linia stanowisk i rekomendacji:

- prymat dla bezpieczeństwa pacjentów uczestników: zapewnienie ciągłości leczenia, nadzór nad bezpieczeństwem terapii, działanie w ramach zgody pacjenta (lub konieczność uzyskania modyfikacji tej zgody);
- uwzględnienie sytuacji kwarantanny/izolacji pacjentów uczestników oraz lekarzy badaczy i członków ich zespołów;
- wstrzymanie rozpoczynania nowych badań klinicznych – z wyjątkiem badań bezpośrednio dotyczących COVID-19;
- w toczących się badaniach – większa elastyczność dla uzasadnionych odstępstw od ustalonego protokołu badania, z możliwością traktowania ich jako natychmiastowych środków bezpieczeństwa (w rozumieniu art. 37y ustawy – Prawo farmaceutyczne i art. 51 ustawy o wyrobach medycznych), o ile stanowią de facto istotną zmianę protokołu (nie tylko logistyczną czy techniczną);
- nieangażowanie lekarzy i innych zespołów medycznych w aktywności związane z toczącym się badaniem klinicznym inne niż pilne i bezwzględnie konieczne;
- tymczasowe zaniechanie monitorowania badania w ośrodkach badawczych przez sponsora (nawet zdalne, o ile taka opcja dostępna jest technicznie i z poszanowaniem przepisów o dokumentacji medycznej i ochronie danych osobowych), a także audytów i inspekcji badań klinicznych;
- mimo formalnego zawieszenia biegu terminów administracyjnych – kontynuacja nadzoru nad badaniami przez regulatorów i komisje bioetyczne, z wykorzystaniem pracy zdalnej.

PRIORYTET DLA BADAŃ COVID-19

Wytyczne europejskiego regulatora wyraźnie wskazują na pierwszeństwo wszelkich nowych wniosków o badanie kliniczne dotyczące leczenia lub zapobiegania COVID-19

Międzynarodowy Dzień Badań Klinicznych

Temat pandemii COVID-19 niewątpliwie zdominuje tegoroczną konferencję, która ma odbyć się z okazji Międzynarodowego Dnia Badań Klinicznych, obchodzonego od kilku lat w końcu maja. Konferencja, organizowana przez Stowarzyszenie GCPpl oraz związki INFARMA i PolCRO wspólnie z Warszawskim Uniwersyteciem Medycznym, z powodu pandemii została przeniesiona na wrzesień br. (informacje: www.gcppl.org.pl). Jest otwarta także dla pacjentów i przedstawicieli organizacji pacjenckich. Udział bezpłatny.

i chorób z tym zakażeniem powiązanych. W przypadku, gdy sponsor planuje rozpocząć próbę, której celem jest przetestowanie nowej metody zapobiegania czy leczenia COVID-19, zgodnie z przepisami krajowymi należy zasięgnąć porady w sprawie alternatywnych procedur w celu uzyskania świadomej zgody w przypadku, gdy trwa izolacja pacjenta lub jest on w śpiączce farmakologicznej (w Polsce udzielić zgody na udział dorosłego, nieubezwłasnowolnionego pacjenta może jedynie sąd opiekuńczy).

Według danych z połowy kwietnia br. na świecie podjęto bardzo liczne badania oceniające potencjalne metody leczenia COVID-19. W ciągu trzech miesięcy od początku pandemii przeprowadzono ponad 180 badań klinicznych różnych terapii, od leków przeciwwirusowych i immunomodulatorów po szczepionki, terapie komórkowe i witaminy. Kolejnych ok. 150 badań przygotowuje się do rekrutacji pacjentów, co wskazuje na ogromną aktywność w tym zakresie. Dane naukowe i medyczne dotyczące COVID-19 zmieniają się jednak tak szybko, że sensowne jest pozostawienie otwartych opcji w planowanych badaniach, tak aby elastycznie reagować na nowe odkrycia. Innym groźnym zjawiskiem towarzyszącym pandemii COVID-19 okazały się, znacznie bardziej liczne niż wcześniej, ataki hakerskie na bazy danych w instytucjach prowadzących badania. ■

>180

Tyle badań klinicznych różnych terapii, od leków przeciwwirusowych i immunomodulatorów po szczepionki, terapie komórkowe i witaminy, przeprowadzono w ciągu trzech miesięcy od początku pandemii.

ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE



Nie marnujmy lekcji okupionych krwią

Wyobraź sobie wakacje. Dzierżysz w dłoni wyczekany bilet lotniczy. Cel twojej podróży to urzeczywistnienie marzeń. Jedni lecą na Malediwy, inni na Kubę, tobie być może wystarczą tym razem Bieszczady.

TEKST **FILIP PŁUŻAŃSKI**, LEKARZ REZYDENT, KLINIKA ARTROSKOPII, CHIRURGII MAŁOINWAZYJNEJ I TRAUMATOLOGII SPORTOWEJ SZPITALA WAM W ŁODZI

Przyjmijmy, że powszechne deklaracje jakiś szalony populiści potraktował poważnie i w te Bieszczady lecieć można. Dzień przed wylotem otrzymujesz telefon od linii lotniczych, że owszem lot się odbędzie, jednak ze względu na ogromne zainteresowanie destynacją zamiast z Radomia, wylecisz z innego miasta.

Nie robi to na tobie większego wrażenia, bo ostatnie dwa lata upłynęły ci na przeglądaniu albumów bieszczadzkiej fauny i flory, i wiesz, że zwierzęta, które tam żyją, to m.in. żubr, bóbr czy też łos. Na lotnisku okazuje się, że akurat przyjechał Minister Powietrznej Przerzeleni i Lotnictwa, tym samym wejście

główne zamknięte do odwołania. Pełny nadziei, niesiony wraz z tłumem, docierasz bocznym wejściem do hali odlotów.

ZGODY PODPISANE, PASY ZAPIĘTE

Kolejka, a w kolejce Goździkowa, i mimo braku jakichkolwiek informacji od przewoźnika dotyczących przebiegu odprawy i samego lotu, wiesz już wszystko. Że to najlepsze lotnisko. Że ona lata tylko z kapitanem Gagarinem. Że tu generalnie syf i malaria, ale ona chodzi do Gagarina na prywatne lekcje pilotażu i jest spokojna. Obsługa lotniska rozkłada ręce i zamiast obiecanego miejsca przy oknie dostajesz to przy drzwiach do toalety. Drzwi do kokpitu jeszcze otwarte.

Widzisz tym samym stewarda, który instruuowany przez telefon, prawdopodobnie przez pilota, uruchamia w pośpiechu kolejne systemy samolotu.

W tym czasie stewardesa biegiem rozdaje pasażerom formularze „Świadomej zgody na lot”, informując przy okazji, że jeśli ktoś zgody nie wyrazi, to drzwi cały czas są otwarte. Pilot właśnie wylądował, o, tym samolotem, który widać po lewej stronie. Przekrzykując ryk rozgrzewających się silników, steward informuje, że „za chwilę będzie pilot” i, nie bawiąc się w konwenanse, opuszcza pokład. Po chwili niepewności widzimy zziąjanego pilota w rozchełstanym mundurze, który zagryza resztki Red Bulla zimnym kawałkiem pizzy. Szybka wymiana zdań ze stewardesą



i już nawet on wie, że lecimy w „BIE-SZCZA-DY”. Zgody podpisane. Pasy zapięte. Trochę zakręci się w głowie i... startujemy.

LOTNICTWO VS MEDYCyna

Czy ta wizja brzmi znajomo? Na jakim etapie tej podróży podjęlibyście decyzję o czasowym odłożeniu urlopu? W końcu ryzyko zdarzenia niepożądanego maleje wraz z kolejnym odcinkiem serialu oglądanego na kanapie. Dlaczego posługujemy się analogią lotniczą? To pierwsza branża, która wprowadziła na szeroką skalę system rejestrowania zdarzeń niepożądanych. W jakim celu? Nie po to, żeby szukać winnego, ale aby nie dopuścić do podobnego zdarzenia w przyszłości. Mimo że pojęcie zdarzenia niepożądanego przewija się w przestrzeni publicznej już od dawna, to w wielu przypadkach wydaje się być niewystarczające dla pacjenta, który doznał uszczerbku na zdrowiu. Dlaczego?

W raportach Polskiego Zakładu Higieny póki co próżno szukać częstości występowania zdarzeń niepożądanych. W powodach umieralności cały czas „królują” choroby układu sercowo-naczyniowego, na drugim miejscu są choroby onkologiczne, potem układu oddechowego, urazy. W USA oszacowano częstość występowania działań niepożądanych na 3,1 proc. ogólnej liczby hospitalizacji, a liczbę zgonów z tego powodu na 0,71 proc. tej liczby. Przenosząc te proporcje na 8116709 hospitalizacji w 2016 r. w Polsce (łącznie z porodami i przyjęciami wielokrotnymi), co roku z powierzchni Ziemi znika populacja Zamościa lub wypełniony po brzegi Stadion Narodowy (ok. 58 tys. osób), albo raz na cztery lata działania niepożądane zabijają wszystkich mieszkańców Stołecznego Targówka lub Sosnowca. Całego Sosnowca.

DZIURAWY SYSTEM

Od 2011 r., a w zasadzie od 2012 r. działają w Polsce wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. W założeniu miały uprościć proces badania, wykrywania i naprawiania szkód wywołanych przez ewentualne działania niepożądane. System, mimo swoich bezspornie istotnych założeń, jest dziurawy. Komisje, owszem, analizują zgłoszenia działań niepożądanych, ale ze względu na niedefinitywny charakter wydawanej opinii, wykorzystywane są do ustalenia podstaw

ewentualnego pozwu. Ich działanie ogranicza się jedynie do szpitali, zdarzenia medyczne w pozostałych placówkach traktowane są jak niczyje.

Komisje mogą orzekać tylko jeśli wnioskowana kwota obejmująca wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia nie jest wyższa niż 100 tys. zł, zaś w przypadku śmierci nie przekracza 300 tys. zł. Komisje wydają opinie, a nie decyzje administracyjne. Dlatego, mimo potwierdzenia zaistnienia zdarzenia niepożądanego, pacjent zostaje sam z koniecznością dochodzenia swoich praw. Szpitale i ich ubezpieczyciele proponują pacjentom w ramach ugody okrągłą złotówkę (1 PLN), bo wysokość wnioskowanego zadośćuczynienia i odszkodowania jest jedynie sugestią. Nie dziwi zatem, że pacjent może czuć się w tej sytuacji traktowany, w najdelikatniejszych słowach, jak idiota i już bez większych ceregieli składa za pośrednictwem kancelarii zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa.

DEKLARACJE SVOJE, RZECZYWISTOŚĆ SVOJE

Zgodnie z priorytetami umowy pomiędzy Ministrem Zdrowia a europejskim biurem WHO, w 2016 r. zainaugurowano projekt wprowadzenia zmian w szkoleniu kadr medycznych, a w spotkaniu pod koniec 2016 r. wzięli udział koordynatorzy większych uczelni medycznych w Polsce. Rada Unii Europejskiej, w zaleceniu opublikowanym 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, zalecała uwzględnienie kwestii bezpieczeństwa pacjentów w kształceniu przed- i podyplomowym, podczas stażu oraz w ustawicznym rozwoju zawodowym wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Luksemburska Deklaracja Bezpieczeństwa Pacjentów z kwietnia 2005 r. zalecała wprowadzanie problematyki bezpieczeństwa pacjenta do standardowych programów nauczania profesjonalistów medycznych.

Mimo to młodzi lekarze zaczynają najpiękniejszą przygodę życia ze świadomością, że „u nas błędów się nie popełnia”, oraz „po pierwsze nie szkodzić, po drugie chronić własną skórę”.

Nie dziwi zatem, że pacjent może czuć się w tej sytuacji traktowany, w najdelikatniejszych słowach, jak idiota i już bez większych ceregieli składa za pośrednictwem kancelarii zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa.

Część z nas kojarzy zapewne Kapitana Chesleya „Sully’ego” Sullenbergera, który w 2009 r. bezpiecznie wylądował Airbusem A320 na rzece Hudson, ratując 155 pasażerów i ogromną liczbę mieszkańców nowojorskiego Manhatanu przed niewyobrażalną katastrofą. Później, w czasie jednej z konferencji poświęconych bezpieczeństwu lotnictwa, miał powiedzieć: „Wszystko, co wiemy w lotnictwie, każda reguła w zbiorze przepisów, każda procedura, którą znamy, powstała, ponieważ ktoś gdzieś zginął. Zapłaciliśmy wielką cenę za lekcje dosłownie okupione krwią, które musimy zachować jako wiedzę instytucjonalną i przekazać kolejnym pokoleniom. Nie możemy ponieść moralnej porażki, zapominając o tej ofercie. Musimy dalej nauczać”.

Ministerstwo Zdrowia od 2017 r. trzyma w szafie założenia „Ustawy o jakości w ochronie zdrowia”, mimo wielokrotnych deklaracji prof. Łukasza Szumowskiego o najwyższej wadze takich rozwiązań. Wszelkie próby ustalenia konkretnych dotyczących ww. dokumentu spełniają na niczym, bo nikt nie jest w stanie udzielić wiążącej odpowiedzi. Być może obecne skupienie opinii publicznej i tym samym rządzących na ochronie zdrowia pozwoli nam obudzić się któregoś dnia w nowej rzeczywistości. W której zdarzenia niepożądane są bezwzględnie wykorzystywane do poprawy bezpieczeństwa, a nie tylko szukania winnych. Bez zdecydowanych i systemowych działań mających na celu przede wszystkim uszczelnienie obecnego systemu, znowu będziemy marnować czas lekarzy błakających się po prokuraturach, prokuratorów błakających się po szpitalach, a przede wszystkim nadal będziemy trwonili bezcenne zaufanie naszych pacjentów. ■

OPINIE

Lekarz wobec zagrożenia zakażeniem

Wydaje mi się, że etyczno-prawne rozważania na temat problemów związanych z pracą lekarza w sytuacji jakiegokolwiek zagrożenia należałoby zacząć od art. 162 kk.

TEKST **STANISŁAW WENCELIS**,
WSPÓŁTWÓRCA KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ

Ten przepis prawny mówi wprost, że każdy człowiek jest zobowiązany do udzielenia pomocy drugiemu człowiekowi, jeżeli ten znajduje się w stanie poważnego zagrożenia życia lub zdrowia, a udzielenie pomocy nie wiąże się z zagrożeniem osoby pomagającej. Uchylenie się w takiej sytuacji od udzielenia pomocy grozi sankcjami karnymi.

Opisany obowiązek dotyczy każdego, w tym lekarzy pomagających pacjentom w warunkach bezpiecznych. Zachodzi jednak pytanie, co wtedy, kiedy kontakt z pacjentem wiąże się z jakimś zagrożeniem dla lekarza. Rzeczywiście muszę przyznać, że sprawa ta została pominięta w Kodeksie Etyki Lekarskiej i słuszne ma o to pretensje dr hab. Tadeusz M. Zielonka, wypominając nam to mocno w swojej wypowiedzi na portalu mp.pl w cyklu „Etyka lekarska w czasach zarazy”.

Pamiętam dyskusję na ten temat. Konkluzja z niej była taka, że jeśli niebezpieczeństwo wynika

z okoliczności zewnętrznych, np. pacjent znajduje się w miejscu niebezpiecznym, to lekarz może się wycofać. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy lekarz jest członkiem ekipy ratunkowej, ponieważ wówczas akceptuje zagrożenie. Także jeżeli zagrożenie wynika z choroby pacjenta, to lekarz powinien je zaakceptować, ponieważ przeciwdziałanie chorobom to istota jego zawodu. W czasie kształcenia lekarz powinien nauczyć się chronić przed chorobami siebie, a także innych pacjentów.

Tak więc już w zwykłych warunkach, gdy nie ma sygnałów o chorobie zakaźnej jako przyczynie niedomagań pacjenta, standardem jest zbadanie go w rękawiczkach, poza tym można w każdej chwili nałożyć maseczkę ochronną, gdy chory kaszle czy kicha. Natomiast przy rozpoznaniu lub poważnym podejrzeniu choroby zakaźnej lekarz zobowiązany do udzielenia pomocy takiemu pacjentowi powinien mieć do dyspozycji sprzęt ochronny i inne środki – zależnie od tego, co wiemy o czynniku zagrażającym. Sprzęt

ten dostarcza pracodawca, a lekarz jako pracownik jest odpowiedzialny za właściwe jego użycie, maksymalnie wykorzystując jego walory zabezpieczające. Ponieważ cały pion zwalczania chorób zakaźnych podlega publicznej służbie zdrowia, w której lekarze są pracownikami najemnymi, cała odpowiedzialność za zaopatrzenie w sprzęt i środki ochronne spoczywa na władzach administracyjnych państwa.

Niebagatelny problemem jest lęk przed zakażeniem – to naturalne uczucie właściwe każdemu człowiekowi w sytuacji zagrożenia. Koledzy na co dzień pracujący wśród chorych zakaźnie też nie są od niego wolni, ale – jak podkreślają – potrafią go przepracować i w końcu traktują przyjaźnie, jako czynnik zwiększający ostrożność w pracy, a więc w efekcie poprawiający ich bezpieczeństwo.

Po wybuchu epidemii wirusa SARS-CoV-2 braki w sprzęcie i środkach ochronnych z powodu olbrzymiego nagłego zapotrzebowania wystąpiły właściwie wszędzie.

FAKT

Art. 66 Konstytucji RP zapewnia prawo do bezpiecznej pracy

Dlatego zaopatrzenie powinno być kierowane przede wszystkim do ludzi bezpośrednio zaangażowanych w leczenie chorych zakażonych koronawirusem, głównie lekarzy i pielęgniarek, bo oni są najbardziej ekspozycjonowani na zakażenie, a ponieważ są przemęczeni bardzo ciężką pracą, tym bardziej są podatni na zachorowanie. Z całego świata dochodzą wieści, jak bardzo wielu spośród nich choruje i umiera. A jeżeli w Polsce stara i przemęczona kadra zostanie przetrzebiona, to kto ich zastąpi? Przez 30 lat społeczeństwo i władze, pomimo naszych ostrzeżeń, nie dbały o swoich lekarzy i pielęgniarki i teraz ich po prostu brakuje.

Jesteśmy świadkami licznych doniesień medialnych o brakach sprzętu ochrony osobistej. Świadczy to o sytuacji konfliktowej na wielką skalę. Z jednej strony ludzie chorzy, potrzebujący pomocy, a jednocześnie mogący nosić w sobie wirusa, a więc być groźni dla innych. Z drugiej – ludzie zdrowi: lekarze i pielęgniarki, którzy są wyszkoleni do niesienia pomocy chorym. To jest ich praca, a niejednokrotnie treść ich życia. Oni wiedzą, jak pomóc chorym, i jednocześnie chronić się przed zakażeniem. W wielu miejscach mają jednak świadomość, że środki ochronne są niewystarczające do skutecznej ochrony w czasie pracy z chorymi. W tych miejscach właściwie nie wolno im wydać polecenia do podjęcia pracy, a gdy takie polecenie zostanie im wydane, mają prawo odmówić jego wykonania. Są, co prawda, lekarzami i pielęgniarkami, którzy wykonują swój zawód, ale również mają prawo do bezpiecznej pracy. Zapewnia im to art. 66 Konstytucji RP: „Każdy ma prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy”. Zaś art. 210 par. 1 Kodeksu pracy brzmi: „W razie, gdy warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika albo gdy wykonywana przez niego praca grozi takim niebezpieczeństwem innym osobom, pracownik ma prawo powstrzymać się od

wykonywania pracy, zawiadamiając o tym niezwłocznie przełożonego”.

Jeśli lekarze i pielęgniarki w warunkach niedostatecznego zaopatrzenia w sprzęt ochrony osobistej masowo nie odmawiają pracy wśród pacjentów chorych zakażenie, to, moim zdaniem, główną rolę odgrywa tu mocno ugruntowane poczucie powinności i obowiązku wobec osób cierpiących oraz poczucie solidarności z chorymi. Być może pewną rolę odgrywa też strach przed ewentualnymi konsekwencjami dyscyplinarnymi czy prawnymi takiego kroku, ale w mojej opinii ma to znaczenie drugorzędne, ponieważ w dzisiejszych czasach znajomość praw pracowniczych jest stosunkowo wysoka. Ze względu na dramatyczne braki kadrowe jest rzeczą oczywistą, że obciążenie pracą jest ponadprzeciętne. Ich obciążenie psychiczne również poważnie wzrasta, bo do niewielkiej, ale odczuwalnej nawet w normalnych warunkach obawy przed zakażeniem dochodzi realny strach z powodu ekspozycji związanej z niedostatecznym zabezpieczeniem. Gdy dodamy do tego lęk o najbliższych, bo przecież osoby te po pracy wracają do swoich domów, możemy sobie wyobrazić przeżywane dramaty.

Dlatego musimy zdawać sobie sprawę, że jako społeczeństwo codziennie zaciągamy u nich wielki dług, który stopniowo staje się coraz trudniejszy do spłacenia i wobec którego wszelkie okłaski, wiwaty, publiczne podziękowania, aczkolwiek potrzebne i pewnie ciepło przyjmowane, są jednak niewystarczające. Nas, społeczeństwo, obowiązuje wdzięczność realna i troska o tych ludzi. Wykonanie zobowiązań jest bezwzględny zadaniem tych, którzy w naszym imieniu sprawują władzę. Lekarze i pielęgniarki są na wojnie, która powoduje ofiary. Dlatego oni i ich rodziny powinni być w specjalny sposób ubezpieczeni, żeby, gdy, nie daj Boże, doszłoby do jakiegoś nieszczęścia, ich najbliżsi mieli zapewniony godziwy byt. Wszyscy, którzy z jakichkolwiek



Ponieważ cały pion zwalczania chorób zakaźnych podlega publicznej służbie zdrowia, w której lekarze są pracownikami najemnymi, cała odpowiedzialność za zaopatrzenie w sprzęt i środki ochronne spoczywa na władzach administracyjnych państwa.

powodów zmuszeni stanem zagrożenia pracowali, pracują czy będą pracować w warunkach niepełnego zabezpieczenia, powinni otrzymać godziwe gratyfikacje (pieniężne lub w postaci przywilejów). Zainteresowani powinni zadbać o udokumentowanie tych warunków pracy, a władze samorządów zawodowych lekarskich i pielęgniarskich dopilnować tych spraw, żeby, jeśli władze państwowe zapomną o wypełnieniu swojej powinności, przygotować i poprzeć pozwy zbiorowe o odszkodowania za zmuszanie ludzi do pracy w warunkach nadmiernego zagrożenia wynikłego z zaniedbań pracodawcy. Mamy na to dość sił i środków. Jestem przekonany, że jeśli to zostanie wykonane, to w przyszłości apele naszych samorządów (lekarskiego i pielęgniarskiego) do władz o poprawę bezpieczeństwa pracy w służbie zdrowia będą o wiele skuteczniejsze.

Nie bez powodu w drugiej części tego artykułu piszę jednocześnie o lekarzach i pielęgniarkach. Nasze zawody są stworzone do czynienia dobra i im lepiej i bardziej zgodnie się uzupełniają, tym tego dobra więcej. Uważam, że zbyt często o tym zapominamy. Nie ulega wątpliwości, że jesteśmy silnymi grupami zawodowymi, ale gdy dodatkowo zadziałamy razem, to żadne przeszkody nie zdołają nas zatrzymać. Nasze interesy są tu tożsame. Warto spróbować. ■

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Pacjent Totalny

Odkąd pamiętam, Ciocia choruje. Dolegliwości Cioci są niespecyficzne, różnorodne i zmiennie nasilone, a na ich podstawie nie można wykluczyć „czegoś poważnego”. Obraz ciocięj choroby jest tak złożony, że na widok Cioci, wkraczającej do poczekalni przychodni, drży już kolejne pokolenie lekarzy i lekarzy dentystów.



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Wielu – muszę oddać im honor – próbowało postawić diagnozę. Leczone Ciocię z boreliozy, SIBO i alergii – bezskutecznie. Niejeden (łącznie z samą Ciocią) zachodził wręcz w głowę, jak to możliwe, że biedaczka po tym wszystkim jeszcze żyje...

Przez lata zbadano ciocię stawy, kości par excellence i żołądek, i dalsze odcinki przewodu pokarmowego, serce, skórę, oczy, uszy, że o pocztowych drogach oddechowych, wystawionych na nierówną walkę ze środowiskiem przemysłowego miasta, nie wspomnę. Bogaty pakiet usług medycznych oferowanych Cioci, jako pracownikowi korporacji, stwarzał właściwie nieograniczone możliwości. Wielu medyków, mierzących się z tym trudnym przypadkiem, skapitulowało, machając przed obliczem cierpliwej (i cierpiącej) pacjentki, jak białą flagą, skierowaniem do kolejnego specjalisty.

Trzeba przyznać, że Ciocia za każdym razem przyjmowała wyzwanie, wykonywała kolejne badania laboratoryjne i/lub obrazowe. Gotowa była poddać się nawet choćby malutkiej laparotomii zwiadowczej, ale nie znalazła gotowego na zmierzenie się z jej problemami chirurga. Tym samym, gromadzona przez lata dokumentacja medyczna Cioci stała się prawdziwym archiwum postępu technologicznego medycyny z przełomu XX i XXI w. Jednocześnie Ciocia została posiadaczką rejestru gabinetów lekarskich miasta i okolicy, jakiego nie powstydziliby się żaden internetowy portal pacjentów!

Chora czy zdrowa?! – to pytanie dręczyło nie tylko personel medyczny, ale i stało się przedmiotem burzliwych dyskusji na forum rodzinnym i towarzyskim Cioci.

Z medycznego punktu widzenia ludzkość najłatwiej byłoby bowiem podzielić na dwie grupy – zdrowych i chorych. Powszechnie jednak

wiadomo, że ludzi całkowicie zdrowych nie ma. Są jedynie chorzy i niedokładnie zdiagnozowani. Otwiera to przed nami, medykami (ale i przed samymi pacjentami) nieskończone obszary poszukiwania przyczyn dolegliwości i tworzenia medycznych klasyfikacji. Możemy więc naszych podopiecznych zaseregować, uwzględniając anatomiczną okolicę, która leży w zakresie naszych zainteresowań zawodowych (gastrologicznej, ortopedycznej, dermatologicznej i tak dalej) lub jako leczonych zachowawczo czy zabiegowo. Możemy dokonać podziału na pacjentów szpitalnych i ambulatoryjnych, chorych lekko albo ciężko, pilnych i planowych, chorujących ostro albo wręcz przewlekłe, wdzięcznych lub zgoła roszczeniowych. I leczyć, leczyć, leczyć. Z większym lub mniejszym sukcesem, ku pożytkowi obu stron. A na wypadek niepowodzenia kuracji – oto medialny wynalazek czasów pandemii – mamy osobną kategorię: „osoby z chorobą towarzyszącą”, która usprawiedliwi terapeutyczną porażkę.

Jest jednak jeden – par excellence – typ pacjenta, którego nie da się w żaden sposób zasufladkować. Nazywałabym go Pacjentem Totalnym. Zgodnie ze słownikową definicją „totalny”, bo całkowicie – diagnozowany nieustannie i multidyscyplinarnie,



Z medycznego punktu widzenia ludzkość najłatwiej byłoby bowiem podzielić na dwie grupy – zdrowych i chorych. Powszechnie jednak wiadomo, że ludzi całkowicie zdrowych nie ma. Są jedynie chorzy i niedokładnie zdiagnozowani.



Możemy dokonać podziału na pacjentów szpitalnych i ambulatoryjnych, chorych lekko albo ciężko, pilnych i planowych, chorujących ostro albo wręcz przewlekłe, wdzięcznych lub zgoła roszczeniowych. I leczyć, leczyć, leczyć. Z większym lub mniejszym sukcesem, ku pożytkowi obu stron.

kompletny – bo zbadany wszelkimi dostępnymi metodami, i zupełny – bo mający wszystkie cechy typowe dla danego przedmiotu, pojęcia i istoty. Pacjent Totalny prawdopodobnie nie jest zdrowy, choć z każdą wizytą nasza wiedza na temat jego anatomii i fizjologii zbliża się do doskonałości.

I tu wracam do przypadku Cioci, która jest wręcz idealnym przykładem Pacjenta Totalnego. Jednocześnie uprzedzam, że wszelkie podobieństwo do osób i postawionych im rozpoznań jest całkowicie przypadkowe.

Wzajemne relacje Cioci i ochrony zdrowia dotychczas przebiegały według utartego, opisanego przeze mnie na wstępie schematu. Każdego tygodnia Ciocia odwiedzała jakiś sobie znany gabinet lekarski, jednocześnie eksplorując, powstające w dobie dynamicznego wzrostu gospodarczego, nowe „podmioty świadczące usługi medyczne”. Następnie – albo wpisywała je na listę wartych dalszej uwagi, albo raportowała nam, jej wdzięcznym słuchaczom, o swojej niskiej ocenie jakości porady. Czasem kupiła jakieś nowe lekarstwo – ale tylko wówczas, gdy nowo poznany doktor rzetelnie zapewnił o braku interakcji z przyjmowanymi przez Ciocię specyfikami. W końcu Ciocia w roli pacjenta jest profesjonalistą! Czasem, o czym dowiadaliśmy się w anegdotycznej formie, Ciocia opuszczała testowany gabinet, rzucając przez ramię: „Dziękuję doktorze! Pan się nie zna na medycynie...”.

Wraz z nastaniem epidemii i drastycznym ograniczeniem dostępu do gabinetów lekarskich Ciocia zamilkła. Trochę się niepokoiłam, że bez codziennej dawki informacji o stanie swojego zdrowia zacznie znikać, jak Tamagochi pozbawione stałej uwagi swojego opiekuna. Niepotrzebnie. Sprytna Ciocia odkryła branżę internetowych usług medycznych! Już nie potrzebuje przemierzać kilometrów korytarzy nieznanych sobie poczekalni, przedzierać się przez zasieki rejestracji pracowników diagnostycznych, zdobywać skierowań opatrzonych właściwym kodem ICD-10!

Wystarczy laptop, może nawet smartfon, i dostęp do bankowości internetowej. Jak za wypowiedzeniem magicznego zaklęcia, przed Ciocią otworzył się Sezam nieskończonych możliwości. „Ponad 400 specjalistów, 24 godziny na dobę przez siedem dni tygodnia” – kusi Ciocię wyświetlająca się reklama. Swoje usługi oferują jej nie tylko znani medycy z najbliższej okolicy. Ciocia zyskała dostęp do lekarzy z całej Polski! A może wręcz z całego świata?! Ma pewność, że doświadczenie Pacjenta Totalnego pozwoli jej zdobyć każdą e-receptę, a i o e-zwoleniu trzeba będzie pomyśleć, by mieć czas na surfowanie po przyjaznych wodach telemedycyny...

Ogromnie jestem ciekawa, jak potoczą się dalsze losy Cioci w otchłani zdalnych porad medycznych. Licząc na jej ogromne doświadczenie i zaangażowanie, oczekuję też na recenzje internetowych rozmów Cioci z awatarami lekarzy. ■



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Istotne pytania

Dopiero pod koniec kwietnia w mediach pojawiły się dane na temat wartości współczynnika reprodukcji (R) wirusa w Polsce. To zaskakujące, bo jest to w przypadku każdej epidemii kluczowa informacja i oznacza, ile osób zakaża statystyczny chory.

Jeśli R przekracza 1, epidemia może się rozwijać. Z kolei R mniejszy niż 1 to znak gasnącej epidemii, ale każda wartość powyżej zera to jednocześnie ostrzeżenie przed ogniskami choroby.

Wartość współczynnika reprodukcji nie jest stała i zależy przede wszystkim od czterech czynników: długości okresu zakaźności, liczby kontaktów z innymi w tym czasie, prawdopodobieństwa zakażenia oraz średniej podatności populacji. Widać wyraźnie, że nasze zachowania mają wymierny wpływ na rozprzestrzenianie się zakażeń. Ponieważ jest bardzo prawdopodobne, że bieżąca epidemia nie wygaśnie zupełnie w najbliższych miesiącach, zasadne są pytania o czas obowiązywania dobrze znanych nam indywidualnych reżimów. Czy nakaz noszenia maseczek będzie dłużej obowiązywał opiekujących się chorymi i pensjonariuszami domów opieki? Do kiedy zalecane będzie dystansowanie się od innych? Które ze zmienionych przez koronawirusa zachowań pozostaną z nami jeszcze długo, może nawet na zawsze? Czy będzie to unikanie witania się przez podanie dłoni? A może trwałym zwyczajem zostaną zakupy w jednorazowych rękawiczkach i dezynfekowanie rąk przed wejściem do sklepu? Czy w razie kolejnego wzrostu zachorowań dodatkowo będziemy zmuszeni korzystać z aplikacji śledzącej przemieszczanie?

Epidemia dogłębnie zmieniła funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, wpływając na organizację pracy placówek medycznych i dostępność do świadczeń. Co z tych zmian pozostanie, kiedy upewnimy się, że liczba nowych przypadków spadnie do kilkunastu dziennie? Czy w ambulatoriach nadal będą stawiać na telemedycynę? Którzy pacjenci przyjmowani do szpitala będą musieli przejść test na koronawirusa, zanim trafią na oddział? W jakim zakresie będzie możliwe otwarcie szpitali na odwiedzających? Czy wszyscy przekraczający próg lecznicy będą mieli mierzoną temperaturę? Czy szpitale będą musiały posiadać zapas sprzętu ochronnego, wystarczający na przynajmniej kilka dni walki z kolejnym rzutem epidemii? Czy nadal będziemy likwidować łóżka szpitalne, mimo że na tysiąc mieszkańców ich liczba jest ledwie przeciętna? Czy oprócz wpisania chorób zakaźnych na listę specjalizacji priorytetowych, zostaną wdrożone inne działania służące wzmocnieniu tej dziedziny? Czy zwiększy się finansowanie szpitalnego zakaźnictwa?

Ogromne nadzieje budzi wprowadzenie na rynek szczepionki. Dziś najczęściej pada pytanie – kiedy to nastąpi? Tu przynajmniej pojawiają się przybliżone daty. Z oczywistych względów nie wiemy nic na temat bezpieczeństwa szczepionki, a jest to ważna kwestia w sytuacji wieranej na koncerny farmaceutyczne presji, by udostępnić preparat jak najszybciej, kosztem czasochłonnych procedur. Nie znamy również nawet szacunkowej odpowiedzi na pytanie, na ile skuteczna będzie szczepionka. Tymczasem jest to podstawowy warunek dla uzyskania tzw. odporności stadnej na zachorowanie. Nie wiemy wobec tego, jaki procent społeczeństwa trzeba będzie zaszczepić, by ową odporność uzyskać. Jeśli okaże się, że ten odsetek będzie zbliżony do stu procent, to czy będzie konieczne wprowadzenie przymusu szczepienia? Czy taki nakaz obejmie wszystkich, czy też wybrane grupy – np. starszych, obciążonych istotnymi dla przebiegu COVID-19 chorobami przewlekłymi, pracowników ochrony zdrowia? Kto pokryje koszty szczepień? Na ile skuteczne w leczeniu COVID-19 okażą się znane leki, stosowane obecnie z innych wskazań?

To przyszłość. Warto byłoby także spojrzeć wstecz i poznać odpowiedź na pytanie, jak byliśmy przygotowani? Gdzie popełniono błędy? Z analizą retrospektywną może być jednak najtrudniej – władze uparcie twierdzą, że w walce z pandemią zasługujemy na miano prymusów. ■

“

Epidemia dogłębnie zmieniła organizację pracy placówek medycznych i dostępność do świadczeń. Co z tych zmian pozostanie na dłużej?



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (99)

Szurum burum

Zamieszanie wokół Ministra Zdrowia jest efektem nieumiejętności łączenia ról: lekarza, urzędnika, wyznawcy, pośła, obywatela i brata. Hybrydowe zestawienie kruszy pijarowy kryształ.

Doskonale znamy w samorządzie tę chwilę, gdy kolejny pryncypał z Miodowej, zauroczony swoją nieomyślnością, kneblując usta krytyce, przepotwarza się z kolegi i renomowanego specjalisty w partyjnego politruka.

Ten obraz powtarza się niezależnie od wielkości osiągnięć i mizerii porażek ludzi zarządzających chorobami Polaków. Nagle nadzieje na poprawę lecą w dół, a rosnąca utrata zaufania, porzucający od środowisk medycznych, w niedługim czasie rozpowszechnia się w całym społeczeństwie. W czasach zarazy sondaże popularności polityków pikują ze szczytów marzeń szybciej niż nieustępliwa wobec propagandy sukcesu krzywa pandemiczna. Konferencje prasowe nie potrafią już zagłuszać: żalosnej statystyki testów, zakupu trefnych maseczek, niejasnych powiązań biznesowych i polityki sztucznego wypłaszczenia demaskowanej przez doktora Andrzeja Sośnierza. Do tego dochodzą igraszki wyborcze (zamiast potwierdzenia nadzwyczajnej sytuacji zamkniętego w „klatkowym chowie” państwa), labilność emocjonalna i labirynt rozporządzeń.

Zadziwia niekonsekwentna realizacja rekomendacji podczas sejmowych głosowań, straszenie na wyrost, odrażanie na chybika. Z dnia na dzień

ujawnia się coraz silniej syndrom oblężonej twierdzy władzy. Wraca pamięć niechlubnego przyzwolenia na cmentarne łapanki i horrendalne kary nakładane przez sanepidy. To wszystko na tle skandalicznego łamania zasad kwarantanny społecznej przez dygnitarzy, z bałamutną interpretacją słowa „dystans”, którego miara dwóch metrów bywa zalecana lub nakazana i krótsza lub dłuższa, w zależności od wysokiej rangi stanowiska lub niskiej wartości praw obywatelskich. Bogowie bez masek okazują się bezkarni. Lekarskie zalecenia i współodczuwanie bólu pokonał kult jednostki.

Oczernianie lekarzy przez lekarzy włodarzy, znamienna próba prokuratorskich dochodzeń przeciw lekarzom walczącym na pierwszej linii epidemii, kary dla pracowników DPS-ów, nakazy pracy pielęgniarzkiej wbrew prawu i podłe traktowanie służb ratowniczych to kolejna odsłona punktów widzenia zależnych od punktu siedzenia. Retoryczna szarża wiceministra o nonszalancji kolegów jest niczym w porównaniu z butą chirurga z Nowego Miasta nad Pilicą. Bynajmniej bezpardonowe oskarżenia medialne o łapówkarstwo Marszałka Senatu nie wywołało etycznej refleksji u Ministra Zdrowia. Skąd zatem zdziwienie, że korupcyjna łata, przyklejona przez media do rodziny kardiologa, uznana jest za „coś niebywałego”? Ależ bywałego! Jak ulał pasuje tutaj drugi człon przysłowia: „dziadek się śmiał, to samo miał”. Niezrozumiała jest tylko próba uzdrowienia sytuacji kuracją „łania w pysk”.

„Operacja się udała, ale pacjent nie przeżył” – to zdanie, które tak często charakteryzuje naukowe fascynacje z zapomnieniem o podmiocie terapii. Sztuka leczenia to równowaga korzyści i skutków ubocznych, w której nie powinno być miejsca na chaotyczne komunikaty i brak planu. Nie pomaga w tym krótkowzroczność karier rządowych, niechlubnie prowadząca do marnowania szans na poprawę polskiej medycyny. Zdrowie idzie zatem w odstawkę. Teraz hasłem będzie gospodarka. Nie uratuje nas już żadne 6 proc. przy niskim PKB. Kolejny rycerz zmierza do kłeski na polu samochwały! ■

“

Lekarskie zalecenia i współodczuwanie bólu pokonał kult jednostki.



AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Z braku

Dziś o tym, czego nie ma. O dotyku, który w czasach szalejącej pandemii stał się towarem luksusowym, przez co mogą go doświadczyć tylko wybrani. Pozbawieni uścisków przyjaciół i bliskich, żyjemy na co dzień z brakiem czułości. A z braku rodzi się głód.

Głód skóry” to kondycja opisywana jako emocjonalny i fizyczny dyskomfort płynący z braku bycia dotykany. W sztuce dotyk interpretowano na tysiące sposobów: od niemalże naukowych holenderskich cykli „Pięciu zmysłów” po ciasne erotyczne objęcia Klimtowskiego „Pocałunku”.

Jednak jedna z najbardziej wpisujących się w te dziwne czasy interpretacja dotyku, to ta, która wymaga od nas zadarcia głowy i spojrzenia na najśłynniejszy sufit w dziejach sztuki. I to spojrzenia na świeżo, we współczesnym kontekście, wyłączając wszystko, co kiedykolwiek powiedziano na temat „Stworzenia Adama” z Kaplicy Sykstyńskiej.

Scenę tę zna chyba każdy: doskonały w proporcjach pierwszy człowiek siedzi na ziemi, wypinając dumnie pierś i wyciągając rękę w stronę siwego staruszka lewitującego w przestrzeni, który swą nieważkość zawdzięcza tłumowi podtrzymujących go aniołów. Staruszek Bóg również zwraca głowę w stronę Adama, wyciągając ku niemu ramię.

Michał Anioł gra w tej kompozycji jednak nie tylko kolorem, proporcją i światłocieniem, których to malarzki sztuczki tu pod dostatkiem. Prawdziwy dramat sceny mieści się bowiem w braku, w przesmyku między dłonią człowieka i Boga, które



już prawie się stykają, a jednak całkowicie dotknąć się nie mogą. Ten przesmyk, ten brak to właśnie emocjonalna bomba, której malarz kazał wybuchnąć na suficie papieskich pokoi. Jej siła jest niemalże namacalna, powoduje w widzu coś na podobieństwo głodu: tego odczuwanego

tak duszą, jak i ciałem. Renesansowy tytan zastosował tu zabieg odwrócenia, opisując dotyk jego nieobecnością, zupełnie jak radził Tadeusz Różewicz: „A przecież biel najlepiej opisać szarością (...) Brak głód / nieobecność / ciała / jest opisem miłości”. ■

Obraz:
Michał Anioł,
„Stworzenie
Adama”, Kaplica
Sykstyńska,
Watykan,
1508-1512

Rozwiązanie zagadki z „GL” 05/2020

1. Zamiana półksiężyca na księżyc w pełni.

Charakterystyczny półksiężyc namalowany przez Vincenta stał się przedmiotem licznych symbolicznych interpretacji na tle religijnym. Księżyc w pełni nie poddałby się tak łatwo tym interpretacjom.

2. Usunięcie wieży kościoła.

Wieża kościoła była rozpoznawalnym elementem pejzażu wioski Saint Rémy, w której znajdował się szpital.

3. Usunięcie gwiazdy w lewym górnym rogu obrazu.

Niektórzy badacze twierdzą, że układ gwiazd namalowany przez van Gogha nie jest wytworem wyobraźni, ale prawdziwym odwzorowaniem układu gwiazd na niebie w dniu, w którym Vincent namalował ten obraz. Jeśli wierzyć tej interpretacji, to brak jednej z gwiazd nie byłby uzasadniony.

4. Dodanie schematycznych czarnych ptaków na niebie.

Takie ptaki pojawiają się na ostatnim namalowanym przez Vincenta obrazie, tuż przez jego samobójczą śmiercią.



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

NAGRODZENI Z „GL” 05/2020: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje

Daria Jędrzejewska z Łodzi. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Mateusz Chodacki z Katowic, Anna Słomska ze Świątkowic, Dorota Waloch z Płocka.**

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 22 czerwca 2020 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL06** 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 PREZIDENT
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

Na krętkach cywilizacji

„Obyś skonał od paskudnej bubas” – tak hiszpańskie matrony przeklinały wyrodne dzieci. Słowo to rozsławił w swojej księdze medyk Ruy Díaz de Isla.

TEKST MARTA PANAS-GOWORSKA
PROF. DR HAB. N. MED. ALEKSANDER WASIUTYŃSKI

Wydrukowany w 1539 r. „Traktat o schorzeniu serpentine”, czyli o chorobie wenerycznej, miał w podtytule „Zwanej w Hiszpanii przez lud bubas i opisanej w Szpitalu Wszystkich Świętych w Lizbonie”.

Przyjęto się, że to Ruy Díaz de Isla jest pierwszym autorem, któremu zawdzięczamy opis kiły, choć w tamtych czasach tak tej choroby jeszcze nie nazywano. Ale istniała. Miała przyplnąć 15 marca 1493 r. na pokładzie Niñy i Piñty, by wraz z Krzysztofem Kolumbem zejść na brzeg w Palos nieopodal Kadyksu. Minęło kilkanaście miesięcy, a kiła miała już wiele imion i każde budziło trwogę.

JEDNA NOC Z WENUS, CAŁE ŻYCIE Z MERKURYM

Marynarze Kolumba – jak można podejrzewać, będąc w okresie remisji – zaciągnęli się do armii Karola VIII. Władca Francji przemaszerał przez Florencję, Pizę, Rzym i w lutym 1495 r. wkroczył do Neapolu. Losy wojny odwróciły się jednak, a król Francji musiał się wycofać.

Ten powrót barwnie opisał XIX-wieczny medyk Żegota Krówczyński. Skupił się na epidemii, jaka wybuchła wśród żołnierzy: „Przeważnie cierpieli na wrzody na częściach sromowych. Otwierały się co kilka dni i wydzielały ciągle znaczną ilość płynu ropiastego i brzydkiego, były to prawdziwie żrące [...] wrzody, które niszczyły nie tylko ciało, ale i kości”.



1

Włoski medyk i poeta, Girolamo Fracastoro, z bliska obserwował odwrót Karola VIII i poświadczał, że trudno było rozsądzić, które z wojsk zainicjowało epidemię.

Włoski schorzenie nazywali chorobą francuską, a walczący po ich stronie germańscy najemnicy – „diabelskimi wypryskami” lub „Franzosen” (stąd późniejsza „franca”). Z kolei podwładni Karola VIII byli przekonani, że winni są ich przeciwnicy. Podejrzewano, że zakażenie następuje przez bliski kontakt z chorym, choć byli i tacy, którzy sądzili, że przyczyną kiły jest spółkowanie człowieka z kłaczą dotkniętą nosacizną. A co na to żołnierze? Wiadomo, że obu stronom towarzyszyły markietanki. Kobiety te, w myśl średniowiecznego powiedzenia, stały się owymi Venus i po nocy pieszczot przekazywały kiłę, która okazywała się śmiertelna. I w takiej atmosferze pierwszy etap wojen włoskich dobiegł końca. Francuzi wrócili do siebie, tysiące Szwajcarskich najemników do siebie. Europa została zainfekowana.



2

LOSY BAKTERII

Stricte naukową teorię pojawienia się kiły zbudowano dopiero w XX w. i dotyczy ona starożytności oraz średniowiecza.

Funkcjonują trzy hipotezy. Pierwsza, zwana kolumbijską, została postawiona ok. 1955 r. i zakłada, że choroba zrodziła się na obszarze Ameryk Północnej i Południowej, zaś do Europy przedostała się za sprawą Kolumba i jego marynarzy, którzy podczas bytności w Nowym Świecie współżyli z zakażonymi autochtonkami.

Zgodnie z drugą, określaną mianem prekolumbijskiej, *Treponema pallidum*, czyli bakteria krętka błędego, była obecna w Europie, ale nie umiano odróżnić spowodowanej przez nią choroby od trądu. Niemniej w drugiej połowie XV w. jakość życia na Starym Kontynencie miała się na tyle poprawić – sugerował autor tej hipotezy, Richmond Cranston Holcomb – że bakteria przekazywana pierwotnie w ramach kontaktu skóra-skóra uległa mutacji, a droga

1. „Powrót Krzysztofa Kolumba...”, a wraz z nim przybycie kiły. Obraz autorstwa Eugene’a Delacroix z 1839 r.

2. Faryzeusz z grupy „Pojmanie Chrystusa” z ołtarza mariackiego; zdjęcie wykonane ok. 1932 r.

zakażenia zmieniła się na płciową. Późniejsi apologetci uważają, że wiązała się ze wzrostem populacji oraz zauważalnym rozwojem miast. Na rzecz tej hipotezy przemawiają też kości, głównie piszczele, znalezione na terenie Europy i noszące ślady charakterystyczne dla kiły. Trzeba jednak zaznaczyć, że na Starym Kontynencie dowodów archeologicznych sprzed wyprawy Kolumba – jak policzył inny badacz, Herbert U. Williams – jest równo pięć, a w obu Amerykach znalezisk poprzedzających rok 1493 są dziesiątki, jak nie setki.

Jest wreszcie i trzecia hipoteza – unitarystyczna. Zakłada ona, że *Treponema* zawsze występowała na całym świecie i to we wszystkich pięciu podgatunkach, a dominacja któregoś z nich zależała od rozwoju cywilizacji. Obecna była więc i bakteria kiły, czyli *T. pallidum pallidum*, i odpowiedzialna za framboezję *T. pallidum pertenue*, a także wywołujące pintę *T. pallidum carateum* i *T. pallidum triocclium* oraz *T. pallidum endemicum* powodująca bejel. Schorzenia te, za wyjątkiem kiły, są endemiczne, czyli nie są przenoszone drogą płciową i unitaryści, wzorem prekolumbijczyków, dominację krętka wenerycznego wiążą z kulturą miejską, a zachowanie pozostałych krętków, obserwowane m.in. w Afryce, łączą z kulturą rolną. Nie wykluczają też koegzystencji, na przykład w sytuacji, gdy wokół zurbanizowanego centrum rozciągały się pola.

Niezależnie od statusu, w Europie rozpasanie było wielkie.

ŚWIŃSKI KOCHANEK

Na przełomie wieków XV i XVI kiła dotarła do Krakowa, a w 1499 r. do Rosji, gdzie nazwano ją chorobą polską. Nad Wisłą stała się poważnym problemem i szybko znalazła swych badaczy. Jednym z pierwszych był Wojciech Oczko, który wyróżnił jej dwa rodzaje: horyzontalny i wertykalny. Pierwszy, jako boża kara, nie podlegał terapii, ale drugi – tak. Oczko dokonał nowatorskiego rozróżnienia między kiłą a rzeżączką i tyfusem. Niestety napisana po polsku książka nie trafiła do zachodniej Europy i dopiero ok. 1830 r. francuski lekarz



Philippe Ricord ostatecznie dowiódł rozłączności chorób wenerycznych. Na odkrycie samej bakterii przyszło poczekać jeszcze siedem dekad i w 1905 r. dwaj niemieccy badacze, mikrobiolog Fritz Schaudinn oraz dermatolog Erich Hoffmann, odkryli i opisali krętka bladego.

Gwałtowna, nieobliczalna w czasach włoskich wojen, w kolejnych wiekach wytracała impet, ostatecznie stając się chorobą uciążliwą i wstydliwą, ale bez statusu epidemii. Leczona zgodnie z zaleceniami XVII-wiecznego polskiego medyka, Sebastiana Petrycego, czyli chirurgicznie, farmakologicznie i dietetycznie, nie zagrażała życiu. Miała i recydywy, m.in. w czasie II wojny światowej w ciągu roku zapadło na nią pół miliona amerykańskich żołnierzy. Wprowadzenie antybiotyków radykalnie przyspieszyło terapię i tu, zdawać by się mogło, historia się kończy.

Jeśli spojrzymy na dzieje kiły jak na swoisty szkic do portretu naszej cywilizacji, konieczne staje się omówienie samej nazwy tej dolegliwości. W całej Europie chorobę wywołaną *T. pallidum pallidum* nazywa się syfilisem. Słowo to miał stworzyć włoski medyk i poeta, Fracastoro. W poemacie opisał on pasterza Syphalisa, który sprzeciwił się Apollowi, za co został ukarany wenerycznymi dolegliwościami. Dwa wieki później francuscy encyklopedyści wywodzili tę nazwę z greki, od słów „sus”, czyli świnia oraz „philia” – kochanek.

„Portret Gerarda de Lairese'a” – obraz Rembrandta, który przedstawia postać z charakterystycznymi dla kiły pęcherzami na twarzy; dzieło powstało w latach 1665-1667

“

Na przełomie wieków XV i XVI kiła dotarła do Krakowa, a w 1499 r. do Rosji, gdzie nazwano ją chorobą polską.

NIE ZANIEDBYWAĆ NAUK O PIĘKNIE

Słynny ołtarz mariacki w Krakowie ukończono w roku 1489, czyli cztery lata przed powrotem Kolumba do Europy. W 1932 r. podjęto decyzję o pierwszej kompleksowej i co najważniejsze, naukowej renowacji tego dzieła. Do współpracy zaproszono dermatologa i miłośnika sztuki, prof. Franciszka Waltera. Badacz tak opisał pierwsze wrażenie: „Oglądając dzieło Stwosza [...] zauważyłem u niektórych postaci, wyrzeźbionych na płaskorzeźbach, bardzo ciekawe objawy chorób skórnych, odtworzone z zadziwiającą dokładnością i znawstwem tak, że rozpoznanie ich przeważnie nie napotyka na większe trudności”.

Spośród wszystkich aktorów tego artefaktu Waltera najbardziej zaintrygował faryzeusz z tzw. grupy „Pojmanie Chrystusa”. Wiadomo, że Stwoszowi pozwali ówczesni krakowianie i zmiany chorobowe odzwierciedlone w dziele nie były jego wymysłem; na ołtarzu tylko diabeł jest tworem swobodnej imaginacji. U faryzeusza widać zaś dokładnie przedstawiony nos siodełkowaty. Objaw ten jest charakterystyczny dla kiły.

Byłby więc Kraków czasów prekolumbijskich miejscem, gdzie panowała bubas? Nie ma innych dowodów potwierdzających tę hipotezę, choć niewykluczone, że nieznana odmiana *T. pallidum*, mniej agresywna niż ta przywieziona przez Kolumba, zakażała również nad Wisłą. Dalsze konkluzje, bez gruntownych badań, są przedwczesne, aczkolwiek pointa nasuwa się sama. Pandemie nie respektują granic, także kulturowych i ci, którzy opisują logikę patogenów, nie powinni też „zaniedbywać nauki o pięknie”. ■

HISTORIA I MEDYCyna



Eleonora Galica-Zaremba „Maja” (1927-2020)

11 maja na wieczny lekarski dyżur odeszła sanitariuszka Powstania Warszawskiego doktor Eleonora Galica-Zaremba ps. „Maja”, kapitan Wojska Polskiego.

TEKST KRZYSZTOF MAKUCH

Była córką przedwojennego oficera Władysława Galicy, którego zamordowano w 1943 r. na Pawiaku. W czasie okupacji kontynuowała naukę na tajnych kompletach w Krakowie i w Warszawie.

Za przykładem ojca działała w konspiracji w Armii Krajowej i przed powstaniem przeszła szkolenie sanitarne oraz w zakresie łączności. Jej marzeniem, tak jak rówieśników, była walka z okupantem.

ŻYŁA, BY RATOWAĆ INNYCH

1 sierpnia 1944 r. otrzymała przydział do IV Plutonu IV Kompanii batalionu „Tum” zgrupowania „Siekiera” na warszawskim Czerniakowie jako łączniczka ps. „Maja”. Była uczestnikiem i świadkiem najpierw nadziei, a potem dramatu powstańców i ludności cywilnej Warszawy.

Zadaniem zgrupowania była obrona terenu Wistę od Przyczółka Czerniakowskiego do mostu Poniatowskiego. Brak oczekiwanej pomocy ze strony wojsk radzieckich oraz możliwości kapitulacji (Niemcy zabijali wszystkich schwytych walczących) zmusił powstańców do przeprawy na drugą stronę Wistę. Dzięki pomocy polskich żołnierzy gen. Berlinga, którzy łodziami pontonowymi pomagali w ewakuacji powstańców, „Maja” przedostała się na Pragę.

Doświadczenia powstania utwierdziły ją w przekonaniu że „jedyną ważną rzeczą w życiu jest ratowanie ludzkiego

życia”. To wpłynęło na jej wybór kierunku studiów. Medycynę rozpoczęła w 1944 r. w Lublinie. Naukę kontynuowała w Łodzi, a ukończyła w 1952 r. w Poznaniu. Najpierw stomatologię, a później wydział lekarski.

W 1949 r. została aresztowana za działalność w AK i wywieziona do Gdańska. Po zwolnieniu z więzienia i zakończeniu studiów (w czasie których pracowała na chirurgii) na miejsce pracy wybrała Szczecin, w którym po pracy na chirurgii szczękowej przeszła na chirurgię ogólną, a następnie na nowy oddział urologii Akademii Medycznej pod kierunkiem dra Alfonsa Wojewskiego. Tam, jako jedna z pierwszych kobiet w Polsce, rozpoczęła specjalizację z urologii.

W SZPITALU W GWINEI

W 1960 r. jej męża, Romana Zarembę, prawnika i eksperta z zakresu transportu morskiego, oddelegowano do Gwinei. „Maja” wyjechała razem z nim do Konakri, stolicy tego kraju. Na prośbę ministra zdrowia Gwinei rozpoczęła pracę w szpitalu i była jedynym chirurgiem w okolicy, zdobywając sobie ogromny szacunek Gwinejczyków.

Kolonialna Afryka tamtych lat zrobiła na małżeństwie Zarembów wielkie wrażenie – na tyle duże, że po powrocie do Polski ukończyli studia podyplomowe z afrykanistyki na Uniwersytecie Warszawskim.

Zamieszkali na stałe na warszawskim Mokotowie. Doktor Eleonora po urodzeniu córki Diny powróciła do urologii – do kliniki prof. Tadeusza Krzeskiego

w Szpitalu Wojewódzkim na ul. Czerniakowskiej. Była ceniona w środowisku urologów – również po tym, gdy odeszła z kliniki ze względu na stan zdrowia oraz dalszą pracę w przychodni dla szkół wyższych i Lecznicy Ministerstwa Zdrowia.

CZAS NA WYJAZDY I BRYDŻA

Po przejściu na emeryturę pracowała nadal, choć w niepełnym wymiarze godzin. W czasie wolnym realizowała swoje pasje pozazawodowe, którymi były wyjazdy zagraniczne, pobyty na działce i brydż sportowy. W ostatnich latach regularnie uczestniczyła w turniejach brydżowych, emanując wdziękiem i zdobywając uznanie oraz szacunek sportowych konkurentów. W wieku 90 lat zdobyła Mistrzostwo Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym w turnieju indywidualnym oraz wicemistrzostwo Warszawy, pokonując wielu utytułowanych zawodników.

BYŁA NAJLEPSZĄ LEKCJĄ PATRIOTYZMU

Przez całe swoje życie upominała się o pamięć i szacunek dla powstańców i ludności cywilnej Powstania Warszawskiego, jego symbolu i losów powojennych żołnierzy AK. Jej spotkania z młodzieżą oraz w mediach cieszyły się dużym zainteresowaniem i były najlepszą lekcją patriotyzmu. Po tragicznej śmierci jedynej córki Diny Radziwiłł otoczona była miłością swoich wnuków Pawła, Juli i Szymona. W całym swoim życiu dawała przykład odpowiedzialności, odwagi, szacunku dla innych, walki o życie i zdrowie. Będzie Jej nam wszystkim bardzo brakowało. Cześć Jej pamięci. RIP ■



KULTURA

PhotoArtMedica 2019



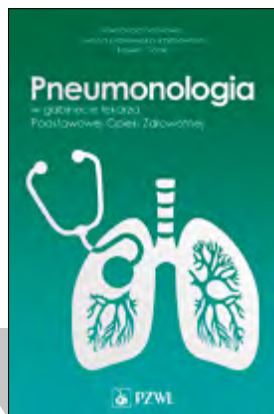
**„Skarby w naszych rękach”, dr Łukasz Kulak, kardiolog
(Oddział Kardiologii, Szpital w Chrzanowie, Libiąż)
PhotoArtMedica 2019 – honorowe wyróżnienie
w kategorii „Fotografia Medyczna”**



**Zgłoszenia do 8. edycji Salonu PhotoArtMedica 2020
– www.photoartmedica.pl**



NASZA CZYTELNIJA



Pneumonologia w gabinecie lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Redakcja naukowa:
Paweł Górski, Iwona
Grzelewska-Rzymowska

Kolejna publikacja z cyklu „W gabinecie lekarza POZ”, tym razem z zakresu pulmonologii. W książce w przystępny sposób przedstawiono symptomatologię, postępowanie diagnostyczne i leczenie najważniejszych i najczęstszych chorób układu oddechowego. Znajdziemy tu także opisy najczęściej stosowanych badań specjalistycznych.



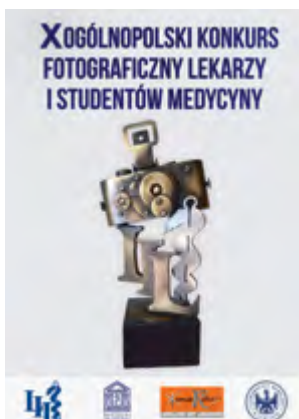
Dobro i sprawiedliwość w opiece zdrowotnej Włodzimierz Galewicz

Medycyna jest po to, by czynić dobro pacjentom, ale co to właściwie oznacza? Do czego mają ograniczać się jej zadania? Czy jedynie do zdrowia, a może jednak czegoś więcej? Jak rozdzielać to dobro w sposób sprawiedliwy? Autor skłania czytelnika do poszukiwania odpowiedzi na te i wiele innych pytań związanych z funkcjonowaniem opieki zdrowotnej. Nie narzuca jednoznacznych rozwiązań, a pobudza do własnych rozważań.

KULTURA

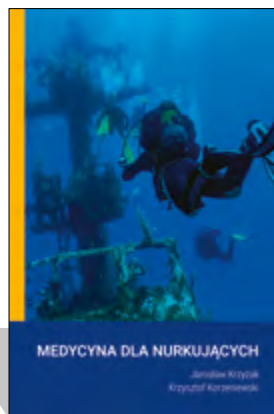
Plener

Komisja Kultury ORL w Lublinie zaprasza pasjonatów fotografii do udziału w VIII Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym Lekarzy, który odbędzie się w dniach **15-20 września** w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą. Plener jest organizowany przy współudziale NRL. Liczba miejsc: 20, liczy się kolejność zgłoszeń. Dodatkowe informacje są dostępne na www.gazetalekarska.pl i www.kultura.oil.lublin.pl. ■



Konkurs

Lubelska Izba Lekarska i UM w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski ogłaszają X Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Honorowy patronat nad konkursem objęli prezes NRL prof. Andrzej Matyja, prezes Lubelskiej Izby Lekarskiej dr Leszek Buk i rektor UM w Lublinie prof. Andrzej Drop. Nadsyłanie prac do **31 października**. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do 22 listopada. Wernisaż z wręczeniem nagród zaplanowano na 12 grudnia. Dodatkowe informacje na www.gazetalekarska.pl i www.kultura.oil.lublin.pl. ■



Medycyna nurkowa

Jarosław Krzyżak
Krzysztof Korzeniewski

Kompendium wiedzy na temat medycyny nurkowej, wzbogacone 290 zdjęciami i rycinami oraz 95 tabelami. Znajdziemy w nim m.in. opisy kwalifikacji zdrowotnych do nurkowania, profilaktyki zdrowotnej w podróży, a także chorób i wypadków nurkowych. Książka jest rekomendowana przez Polskie Towarzystwo Medycyny i Techniki Hiperbarycznej, Wojskową Izbę Lekarską oraz Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży.



Księżycowe bliźny

Katarzyna Clio Gucewicz

Pierwsza część fabularyzowanej biografii Date Masamune – bohatera średniowiecznej Japonii, nazywanego jednookim smokiem. Książka przedstawia dzieciństwo wojownika, który w przyszłości stanie się jednym z najbardziej charyzmatycznych dowódców okresu jednoczenia Japonii. Autorką tej powieści historycznej jest specjalistka psychiatrii, na co dzień mieszkająca w Finlandii i praktykująca w jednym z tamtejszych szpitali psychiatrycznych.

KULTURA

Kultura online

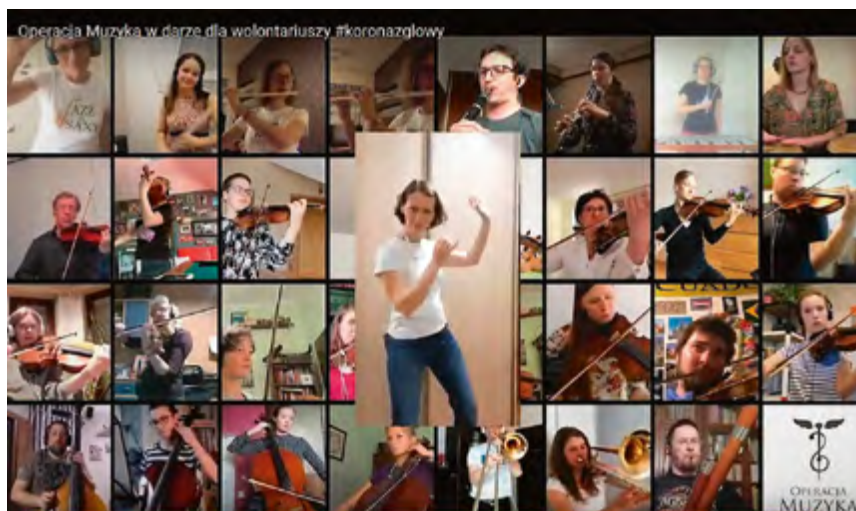
Kilka dni temu dostałem pocztą elektroniczną klip z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu. Orkiestra „Operacja Muzyka” pod dyktando Dobrochny Martenki nagrała utwór Krzysztofa „Komedy” Trzcíńskiego w formie udźwiękowionego kolażu wizyjnego.

TEKST **JAROSŁAW WANECKI**, PRZEWODNICZĄCY
KOMISJI KULTURY NRL

Zapisu gry na instrumentach wykonawcy dokonali we własnym zakresie przy użyciu domowej kamery w laptopie, komputerze lub telefonem. Dalej technicy skłóili obrazy w całość i połączyli muzyką. O ile filmiki scala scenariusz sekwencji, o tyle już brzmienie osiągnięto z niemałym trudem.

Metody można było wybrać dwie: wcześniejsze studyjne nagranie złożone z wielu ścieżek dźwiękowych lub benedyktyńską pracę montażową akustyczną. Patrząc na nadsyłane melange projektu „#koronazgłowy”, muszę przyznać, że twórcy wybierają opracowania ambitniejsze. Efekt to oryginalne dzieła złożone w technicznym i artystycznym pocie czoł z dźwięków i pantomimy rozpisanej na kilkadziesiąt osób.

Komisja Kultury jeszcze przed epoką pandemii planowała założenie „Mediateki” dostępnej w portalu Naczelnej Izby Lekarskiej. Marzeniem samorządu jest miejsce w przestrzeni internetowej, gdzie powstanie alfabetyczny katalog lekarzy, lekarzy dentystów, stowarzyszeń, zespołów i klubów zajmujących się kulturą oraz sztuką. Równolegle powinien rozrastać się katalog rzeczowy z dostępem do zasobów archiwalnych: audio- i e-booków, koncertów, fotografii oraz zdjęć obrazów, grafiki, ceramiki i rękodziełnictwa. Nie powinno tam zabraknąć relacji na żywo, a docelowo – w porozumieniu z Ośrodkiem Historycznym



„Operacja Muzyka w darze dla wolontariuszy #koronazgłowy” – screenshot teledysku zamieszczonego na YouTube „Ja nie chcę spać” Krzysztofa Komedy-Trzcíńskiego w wykonaniu Orkiestry „Operacja Muzyka” pod dyktando Dobrochny Martenki

NRL – zdigitalizowanych osiągnięć artystycznych minionych wieków.

Potencjał takiego przedsięwzięcia jest ogromny. Wychodzimy z założenia, że pozostawienie materialnego śladu działalności w postaci papierowych książek, nagranych płyt, wypalonych naczyń, obrazów olejnych na ścianach i wystawowych ram z fotografią artystyczną to w obecnej sytuacji za mało. Kultura lekarska powinna stać się dostępna powszechnie, pokazując nam wzajemnie i naszym pacjentom, że wciąż czerpiemy z humanistycznych tradycji medycyny.

Mimo trwającej kwarantanny kultury, telewizor, smartfon, monitor komputera i czytnik pozwalają na udział w elektronicznych instalacjach profesjonalistów oraz zagłębienie do archiwaliów. Właśnie teraz okazało

się, jak ważne jest dokumentowanie działalności twórczej i że nie może zabraknąć środków na artystyczny katalog, gdy wrócimy do przedpandemicznych zachowań.

Nie tylko muzycy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej próbują przed kamerami. Dosłownie w ciągu kilku ostatnich dni swoje piosenki wyemitowali koleżanki i koledzy z Bydgoszczy, Warszawy i Olsztyna. Co ważniejsze, wszystkie chóry lekarskie opowiedziały podczas telekonferencji o ćwiczebnych czatach. Nie spoczęła na laurach Polska Orkiestra Lekarzy, intensywnie przygotowując się do swojego jubileuszu. W czasach zarazy, po poradach telefonicznych i rozebraniu się z umundurowań przeciwwirusowych, malarze malują, a pisarze piszą. Słuchać śpiew nadziei. Ponad wszystko przetrwała książka, niezdobyty przez choroby bastion człowieczeństwa. ■



SPORT

To nie jest dobry czas dla sportowców

Z **Jackiem Tętnowskim**, przewodniczącym Komisji ds. Sportu Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Wraz z pandemią COVID-19 świat niemal zatrzymał się w miejscu. Przeszły działacze kina, teatry, restauracje, obiekty rekreacyjne, a także – co oczywiste – nie są rozgrywane zawody sportowe. Także te, w których uczestniczą medycy.

Co roku Naczelna Izba Lekarska dofinansowuje wiele imprez sportowych dedykowanych lekarzom i lekarzom denty stom. Przez ostatnie trzy miesiące, z wiadomych względów, nie odbyły się żadne zawody. Te zaplanowane na czerwiec i lipiec także stoją pod ogromnym znakiem zapytania. Na najbliższym posiedzeniu Komisji ds. Sportu NRL, które zostanie przeprowadzone w trybie online, będziemy rozmawiać o tej sytuacji. Chcemy, aby zawody, których dotychczas nie można było przeprowadzić, mogły się odbyć po 1 września, ale ostateczny głos w tej sprawie zajmą poszczególni organizatorzy. Będziemy się z nimi kontaktować. Oczywiście takie rozwiązanie spowoduje duże zagęszczenie imprez w ostatnich miesiącach tego roku. Są też pewne dyscypliny, których rozgrywki być może uda się zorganizować wcześniej, bo można je uprawiać maseczkach. Mam na myśli brydża czy szachy. To jednak wyjątki.

GL A jeśli jesienią dojdzie do drugiej fali zachorowań? Wszystko się może zdarzyć. Nie jesteśmy teraz w stanie tego przewidzieć. Chcemy wrócić do normalności, ale bezpieczeństwo jest najważniejsze. Póki co, musimy być przygotowani, by – jeśli sytuacja epidemiologiczna na to pozwoli – zawody mogły być rozegrane.

Trzeba jednak też zwrócić uwagę, że aby te wydarzenia były udane, musi być odpowiednia frekwencja zarówno wśród zawodników, jak i kibiców. Nie wystarczy sam fakt, że już mogą się odbyć. To ludzie muszą chcieć w nich uczestniczyć, a strach

– nawet w naszym środowisku – jest dość duży. Nie wiem, kiedy będziemy gotowi na udział w masowej imprezie sportowej. Nic na siłę.

GL Co z tymi wydarzeniami, które się nie odbędą? Czy fundusze przekazywane przez NIL na ich organizację przepadną?

Była propozycja od DoctorRiders, aby dofinansowanie, które było przeznaczone na organizację tegorocznego zlotu motocyklowego, spożytkować na publikację albumu z okazji 15-lecia istnienia ich klubu. Nie jestem zwolennikiem takich działań, ponieważ pieniądze przekazywane są na konkretne cele, a nie dowolne projekty. Będę jednak zabiegał, aby fundusze, które zostały w tym roku przeznaczone na organizację imprez, jeśli nie będą wykorzystane, nie przepadły. Chciałbym, aby te środki powiększyły przyszłoroczny budżet Komisji ds. Sportu NRL, dzięki czemu w przyszłym roku moglibyśmy dysponować większą ilością pieniędzy.

GL Rozumiem, że los tegorocznych edycji ogólnosiwiatowych zawodów dla medyków także jest przesądzony. W tym tych najważniejszych, czyli Medigames.

Nie ma szans na realizację tych rozgrywek. Medigames w tym roku są odwołane. Ustalono już nawet datę najbliższych zawodów – 41. Edycja World Medical and Health Games odbędzie się w dniach 26 czerwca – 3 lipca 2021 r. To słuszna decyzja. Nie wyobrażam sobie, aby zezwolono na organizację imprezy, na którą zjedzie kilka tysięcy medyków z całego świata. Sport i rywalizacja z nim związana są ważne. Dla biegacza czy pływaką zamknięcie w domu na długie tygodnie jest trudne do wytrzymania. Ale zdrowie jest priorytetem. ■



08 Maja 2020 r.

Komunikat do fachowych pracowników ochrony zdrowia

Tolperyzon należy przepisywać wyłącznie dorosłym pacjentom w leczeniu spastyczności poudarowej

Szanowni Państwo,

W porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPLW MiPB), wymienione poniżej podmioty odpowiedzialne, pragną przekazać następujące informacje:

Podsumowanie

- Przypomina się lekarzom, że w Unii Europejskiej jedynym dopuszczonym wskazaniem tolperyzonu jest leczenie objawowe spastyczności poudarowej u pacjentów dorosłych.
- Stosowanie produktów leczniczych zawierających tolperyzon ograniczono wyłącznie do tego wskazania w 2013 r., ponieważ w innych zastosowaniach nie wykazano, aby korzyści przewyższały ryzyko potencjalnych ciężkich reakcji nadwrażliwości.
- Ostatnie wyniki badań dotyczące stosowania leku i spontaniczne raporty o niepożądanych działaniach leku wskazują, że tolperyzon jest nadal szeroko przepisywany poza warunkami pozwoleń na dopuszczenie do obrotu, głównie we wskazaniach, które zostały wycofane w 2013 r. (np. schorzeń układu ruchowego pochodzenia mięśniowo-szkieletowego).
- Pacjentów należy ostrzec o ryzyku wystąpienia reakcji nadwrażliwości podczas leczenia tolperyzonem. Pacjentom należy zalecić natychmiastowe zaprzestanie przyjmowania produktu i skontaktowanie się z lekarzem, jeśli wystąpią objawy nadwrażliwości.

Dodatkowe informacje dotyczące bezpieczeństwa

Produkty lecznicze zawierające tolperyzon są dopuszczone do obrotu w niektórych krajach europejskich od wielu lat w kilku różnych wskazaniach. W związku z obawami dotyczącymi skuteczności i bezpieczeństwa w lipcu 2011 r. zainicjowano ogólnounijny przegląd w celu oceny stosunku korzyści do ryzyka tych produktów. W ramach tej procedury oceniono dane z badań klinicznych i dane uzyskane po wprowadzeniu do obrotu dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności. Wniosek z oceny był taki, że korzyści

przewyższają ryzyko tylko wtedy, gdy produkty stosuje się w objawowym leczeniu spastyczności poudarowej u pacjentów dorosłych.

Reakcje nadwrażliwości uznano za istotne ryzyko związane z stosowaniem tolperyzonu. Większość reakcji nadwrażliwości jest łagodna lub umiarkowana, ale zgłaszano również zagrażające życiu reakcje anafilaktyczne / wstrząs anafilaktyczny.

Po zakończeniu procedury przeglądu w styczniu 2013 r. pracownicy ochrony zdrowia zostali poinformowani przez podmioty odpowiedzialne o ograniczeniu wskazań.

W 2018 r. po doniesieniu o śmierci pacjenta w wyniku wstrząsu anafilaktycznego po przepisaniu tolperyzonu z powodu nieokreślonych zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego pojawiły się obawy, czy po ograniczeniu wskazań lekarze są wystarczająco świadomi potrzeby zmiany sposobu przepisywania tolperyzonu. Przegląd spontanicznych zgłoszeń działań niepożądanych i badań dotyczących stosowania leku przeprowadzony przez jeden z podmiotów odpowiedzialnych potwierdził, że tolperyzon jest nadal szeroko stosowany we wskazaniach, które zostały wycofane w 2013 r.; nie odnotowano również zmian dotyczących zgłoszeń ciężkich reakcji nadwrażliwości. W przypadku przepisywania leku w wycofanych wskazaniach ryzyko stosowania tolperyzonu nie jest równoważone z powodu niepotwierdzonych korzyści, tj. pacjenci otrzymują produkt leczniczy z negatywnym stosunkiem korzyści do ryzyka.

Zgłaszanie działań niepożądanych

Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane związane ze stosowaniem produktów leczniczych, zgodnie z zasadami zgłaszania działań niepożądanych za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Biobójczych:

Al. Jerozolimskie 181C

02-222 Warszawa

Tel. +48 22 49 21 301 faks: +48 22 49 21 309

Strona internetowa: <https://smz.ezdrowie.gov.pl/view-smz/login>

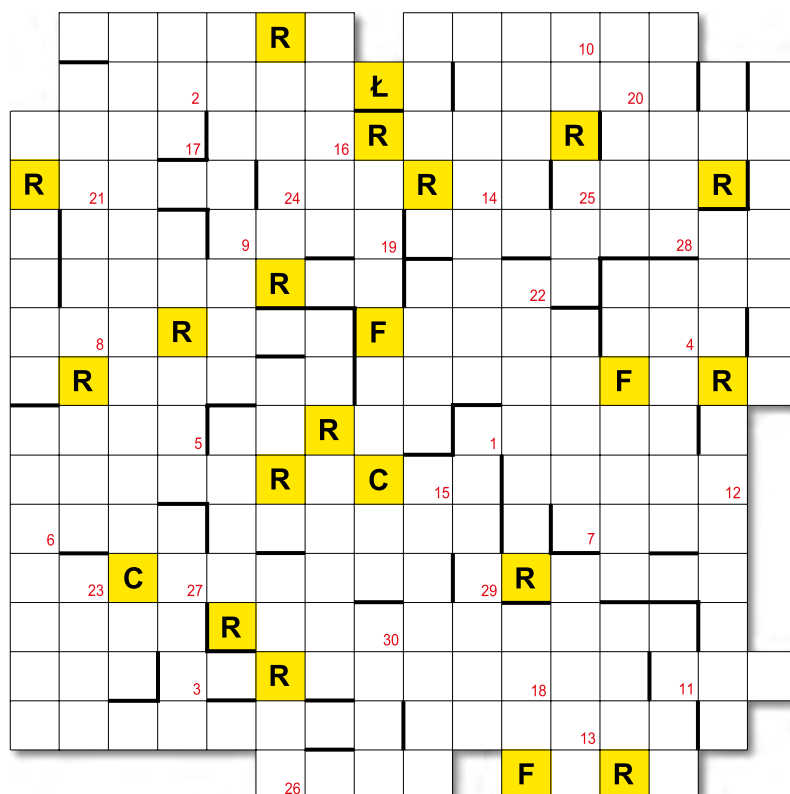
Formularz zgłoszenia działania niepożądanego dostępny jest również na stronie: www.urpl.gov.pl

lub bezpośrednio do podmiotów odpowiedzialnych.

Kontakt z właściwym podmiotem odpowiedzialnym

Pełna lista podmiotów odpowiedzialnych, których ten komunikat dotyczy z danymi kontaktowymi do raportowania działań niepożądanych znajduje się na stronie internetowej URPLW MiPB wraz z treścią komunikatu.

Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: C, F, Ł i R. Na ponumerowanych polach ukryto 30 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Owidiusza. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 czerwca 2020 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* anginowiec, czyli pelargonie pachnąca * port w ujściu Rioni * góry z Maromokotro * słodki ziemniak * Wilia dla Litwinów * pochowała brata wbrew zakazowi króla * czołowa lub denna * program poszukiwania kosmitów zamknięty w marcu 2020 r. * blanki * czynnik współdziałający * perska wolność * Kłosowski w „40-latku” * dawca ofiary * osada spokojna i wesoła * płynie w Tours * zioło na zaparcia * zakończenie utworu muzycznego * jeden z dwóch marynarki * syndesmosis * formacja Suchewycza * dzisiejsza Antiochia * benzen lub karbol * grecka kolonia w Sybaris * upodobanie * święty kwiat Azjatów * Maksym, kontrkandydat Reymonta do Nagrody Nobla * ubezpieczenie * ligamentum * rozpacza po śmierci 14 dzieci * szczęście, pomyślność * patron ipsacji * Cyganka z „Chaty za wsią” * greckie „O” * żel w płynie * półwysep Majów * rosół lub barszcz * są źródłem opium i morfiny * morze bratanków * brak fachowości * gaz spod Ypres * płynie przez Bihać * smar stały * specjalista chorób skóry * stolica Jemenu * czapka Luisa de Funesa * skóra (ang.) * z Kobe i Osaką * bajorz z bandurą * lek z aloesu * Trygvason, ochrzcił Norwegię * przeraźliwy krzyk * uzdrowisko u stóp Gór Bukowych * lina cumująca statek * głos myszy * zakażenie powtórne * odkryty wagon towarowy * uczeń, praktykant * łobuz z bromeliowatych * różowy w kwasie * dłuższy od szpady * większa od kaczki * dymi na Sycylii * biedny * pierwiastek o l.at. 56 * płynie w Kętrzynie * anafora * jeden z nuklidów o tej samej liczbie neutronów * stolica Gambii * autor „Dzwonów Bazylei” * młody psiak * wypływa z Bajkału * specjalista od gościa * Morze z ujściem Donu * gorczy pies * poznańska fabryka wagonów * żywotnik * wykonujący zabieg

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 253 („GL” nr 04/2020)

Uśmiech łamie mury, a tak mało kosztuje.

Nagrody otrzymują:

Sylwester **Makuch** (Lublin), Ewa **Piowarczyk** (Pszczyna), Joanna **Ścieszka** (Katowice). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelna
Rada
Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 175 900 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. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

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

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

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

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

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

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

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

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

MASKA NIE CHRONI PRZED HEJTEM

Z SZACUNKU DLA LEKARZY

