



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

07-08 | 2021



Parlamentarny zespół ds. przyznania 19 zł podwyżki

Kto nie reaguje, ten się zgadza | **Reforma szpitalnictwa** | **Tajemnica dr. Poliszynela**
Stypendia NIL bez PIT | **Teleporada a roszczenia** | **Czy grozi nam koronasomnia?**

W tym numerze

NR 07-08 / 2021 LIPIEC/SIERPIEŃ GAZETA LEKARSKA



48 NAUKA W PIGUŁCE

12

Współczynniki
niezgody

69

Doktor Edmund,
brat papieża



58 ZE ŚWIATA



45

STOMATOLOGIA

Projektować, ciąć, drukować

Samorząd

- 4 Mocne zelówki menadżera (Andrzej Matyja)
- 8 Tajemnica dr. Poliszynela (Krzysztof Madej)
- 12 Współczynniki niezgody
- 17 Likwidacja przez zniesienie

Temat numeru

- 20 Pandemia w liczbach
- 21 W napięciu
- 24 Cisza przed burzą?

Prawo i medycyna

- 26 Pieczętka lekarza
- 28 Kto nie reaguje, ten się zgadza
- 31 Powiększanie piersi u lekarza dentysty
- 32 O pracy biegłych sądowych raz jeszcze
- 34 Teleporada a roszczenia pacjenta
- 36 O obowiązku zgłaszania naruszeń

38 Stypendia NIL bez PIT

- 40 Jak zmniejszyć ryzyko sprawy sądowej?

Praktyka lekarska

- 41 Kwestia identyfikacji z własnym państwem
- 42 Ostateczny dowód (Andrzej Cisto)
- 43 Stres w dzieciństwie a zęby trzonowe
- 45 Projektować, ciąć, drukować
- 48 Blisko pełnej sekwencji ludzkiego genomu
- 49 Reforma szpitalnictwa
- 52 Stare musi odejść
- 54 Doskwier wakacyjny
- 55 Inteligentne opatrunki z czujnikami gojenia
- 56 Czy grozi nam koronasomnia?
- 57 Zaśnięciu nie pomaga liczenie baranów

Ze świata

- 58 Pandemia, która nie chce się skończyć
- 60 Potrzeby większe niż możliwości
- 61 Nie wykluczam powrotu do kraju
- 62 Tu lekarz musi martwić się za pacjenta

Po godzinach

- 64 Szpitale już nie kuszą (Sławomir Badurek)
- 65 Wzlot, slot i upadek (Jarosław Wanecki)
- 66 Lekarz w operze
- 69 Doktor Edmund, brat papieża
- 72 Drugi raz
- 74 Historia życia warta niejednej książki
- 76 Kultura
- 77 Zjazdy koleżeńskie / ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

ZDJĘCIA NA OKŁADCE (od lewej): 1. rząd: Elżbieta Płonka, Katarzyna Sójka, Anna Dąbrowska-Banaszek, Łukasz Szumowski; 2. rząd: Czesław Hoc, Bolesław Piecha, Tomasz Latos; 3. rząd: Dorota Czudowska, Waldemar Kraska, Stanisław Karczewski, Bogusława Orzechowska (więcej na s. 12-15)

Mocne zelówki menadżera



Andrzej Matyja
prezes NRL

Lekceważenie, arbitralność, strategia dziel i rządź, syndrom obłęzionej twierdzy – to recepta na porażkę menadżera. Aż trudno uwierzyć, że minister Adam Niedzielski, który ma doświadczenie menadżerskie, popełnia tak kardynalne błędy.

Jak na niespełna roczny staż, lista naszych zastrzeżeń jest długa, a kaliber spraw duży. Rekordowa liczba zgonów, chaos decyzyjny i informacyjny wokół obostrzeń epidemicznych i szczepień, odrzucanie konkretnych proponowanych przez samorząd lekarski projektów regulacji prawnych (np. dotyczących odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej lekarzy walczących z epidemią koronawirusa, projektu ustawy o biegłych sądowych, ustawy wprowadzającej zapowiadany przez Ministra system no-fault, zmiany ustawy o najniższych wynagrodzeniach w podmiotach leczniczych z proponowanymi przez samorząd lekarski współczynnikami wynagrodzeń). Do tego dochodzi brak stanowczej reakcji na przejawy hejtu w stosunku do lekarzy, na dezinformację w kwestii epidemii koronawirusa czy propagowanie pseudometod jego zwalczania, a także dopuszczenie do pracy w Polsce lekarzy o niesprawdzonych kwalifikacjach i bez znajomości języka polskiego. Ponadto mamy do czynienia z chaotycznymi decyzjami finansowymi, lekceważeniem problemów stomatologii, wadliwą polityką płacową w ochronie zdrowia, błędnymi działaniami w sprawie Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, a także wprowadzaniem w błąd opinii publicznej o rzekomym dialogu ze środowiskiem medycznym. W tle są łatwe do rozszyfrowania działania obliczone na rozbicie i skłócenie środowiska medycznego.

Kiedy 26 sierpnia 2020 r. Adam Niedzielski obejmował funkcję szefa resortu zdrowia, środowisko lekarskie przyznało mu kredyt zaufania. W tej rubryce rok temu życzyłem nowemu Ministrowi Zdrowia mądrych i dobrych decyzji. Doświadczenie wprawdzie uczyło, że zapowiedzi i deklaracje kolejnych ministrów zdrowia warte są tyle, co papier, na którym były spisane, ale przynajmniej część z nas chciała wierzyć, że tym razem będzie inaczej. Ten optymizm budowaliśmy na zapewnieniach ministra Niedzielskiego o jego otwartości na dialog i współpracę. Liczyliśmy, że może nowy lokator na Miodowej jako ekonomista, a nie lekarz, będzie wolny od środowiskowych zależności, zaproponuje spojrzenie nowoczesnego menadżera – otwartego na dialog

i współpracę. Początki były obiecujące – Naczelną Izbą Lekarską była jedną z pierwszych instytucji, które odwiedził nowy Minister.

Padały nawet deklaracje regularnych roboczych spotkań kierownictwa Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami samorządu lekarskiego, by usprawnić przepływ informacji i energicznie działać. Na zapowiedziach się skończyło. Spotkań od miesięcy nie ma, za to po naszej stronie jest wrażenie, że piszemy na Berdyczów.

Jak to wygląda w praktyce, świadczą losy korespondencji wystosowanej do Ministra Zdrowia w styczniu 2021 r., na którą odpowiedź otrzymałem po... pięciu miesiącach.

Spuśćmy zasłonę miłosierdzia na błędy w nazwie instytucji, do której kierowane jest pismo czy w nazwisku adresata, ale trudno przemilczeć fakt, że jest to reakcja na apel o natychmiastowe wznowienie szczepień personelu medycznego przeciwko COVID-19.

Pani Minister Anna Goławska przeprasza za zwłokę i wyjaśnia, że jej powodem jest nadmiar korespondencji. Gogol się kłania...

Zamierzchłe skojarzenia – Berdyczów, Gogol, a my przecież jesteśmy w XXI w. No właśnie...

Kiedy polska ochrona zdrowia będzie odpowiadać na potrzeby współczesnego, europejskiego społeczeństwa? Czasem można odnieść wrażenie, że o XXI w. przypominają nam animowane prezentacje i excelowe tabele. Ale ani w jednym, ani w drugim nie da się sformatować ludzi i ich problemów. Najpierw trzeba ich uważnie wysłuchać, chcieć zrozumieć, wejść w dialog, przekonywać, szukać kompromisów i racjonalnych rozwiązań. Technokratyczne forsowanie decyzji zza biurka wcześniej czy później kończy się katastrofą.

Kiedyś menadżerowie z sukcesami zwykli mawiać, że aby osiągnąć sukces, potrzeba mocnych zelówek, po to, by dużo chodzić, spotykać się, rozmawiać, przekonywać... Dziś nowe technologie pozwalają oszczędzać zelówki, ale dialogu nic nie zastąpi, jeśli chce się wprowadzać mądre zmiany. O czym powinni pamiętać nie tylko menadżerowie. ■



**Alicja
Szczepczyk**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

19 zł brutto „podwyżki”

Rządzący po raz kolejny nie wsłuchali się w głosy środowisk medycznych, które wypracowały wspólny konsensus dający nadzieję na poprawę sytuacji w polskiej ochronie zdrowia – tak prezes NRL Andrzej Matyja skomentował głosowanie Sejmu RP nad projektem ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw, w tym odrzucenie poprawki – przyjętej wcześniej przez Senat RP oraz Komisję Finansów Publicznych i Komisję Zdrowia Sejmu RP

– podwyższającej współczynniki minimalnego wynagrodzenia wszystkich grup medycznych.

Prezes NRL zwrócił uwagę, że wbrew wypowiedziom Ministerstwa Zdrowia i przedstawicieli partii rządzącej, przepisy przegłosowanej ustawy nie zapewniają podwyżek choćby w kontekście podpisanego w 2018 r. porozumienia z rezydentami, gdzie współczynnik dla lekarza specjalisty wynosił 1,6 średniej krajowej, a w ww. ustawie zaproponowano współczynnik na poziomie 1,31 średniej krajowej (więcej na s. 12). ■

Porozumienie samorządów



Przedstawiciele samorządów zawodów zaufania publicznego po podpisaniu Deklaracji

23 czerwca doszło do podpisania Deklaracji powołania Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego w celu stworzenia przestrzeni wymiany poglądów i doświadczeń, a także zapewnienia współdziałania w relacjach z władzą publiczną i opinią społeczną. Wśród sygnatariuszy jest Naczelna Izba Lekarska. Jednym z pierwszych efektów współpracy samorządów będzie debata na temat zapowiadanego przez rząd programu „Polski Ład” i rozwiązań prawno-podatkowych, które dotyczyć mają osób wykonujących zawody zaufania publicznego. ■

Uchwała NRL w Sądzie Najwyższym

Po raz pierwszy w historii samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów Minister Zdrowia zaskarżył do Sądu Najwyższego uchwałę Naczelnej Rady Lekarskiej.

Mowa o uchwale Nr 1/21/VIII z 29 stycznia br. zmieniającej uchwałę Nr 1/17/VII z 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty (PWZ) oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów. Przedmiotem skargi jest zgodność tej uchwały z regulacją przyjętą w niedawno znowelizowanej ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Minister Zdrowia wniósł o uchylenie spornej uchwały w całości.

Wobec powyższego, prezes NRL Andrzej Matyja złożył do SN obszerne

pismo procesowe, w którym wskazał m.in. na niezasadność zarzutów sformułowanych w skardze oraz podkreślił, że wbrew sugestiom wynikającym z zaskarżenia uchwały przez Ministra Zdrowia, samorząd lekarski nie jest przeciwny przyznawaniu lekarzom spoza UE prawa wykonywania zawodu. Zdaniem prof. Matyi nie ma związku pomiędzy sformułowanymi przez MZ zarzutami dotyczącymi tylko niektórych postanowień uchwały NRL, a wnioskiem o uchylenie jej w całości, zaznaczając, że mogłoby to spowodować uchylenie również tych przepisów, które żadnego „podejrzenia” niezgodności z omawianymi przepisami nie wykazują, a co wywołałoby wątpliwości przy orzekaniu przez okręgowe rady lekarskie w sprawach PWZ.

Z uwagi na precedensowy charakter sprawy i konieczność weryfikacji uchwały NRL, nie tylko przez pryzmat znowelizowanej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, ale też pod kątem zastosowania norm Konstytucji RP przy uwzględnieniu prawa unijnego – dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, prezes NRL zwrócił się do Sądu Najwyższego o jej rozpatrzenie na rozprawie, a nie na posiedzeniu niejawnym. Rozprawa umożliwi zreferowanie w pełni stanowiska samorządu lekarskiego i obszerne odniesienie się do zarzutów Ministra Zdrowia, a także na przedstawienie negatywnych skutków dla pacjentów, jakie wiązałyby się z ich zaakceptowaniem. ■

Hejt wobec lekarzy

W związku z groźbami pozbawienia zdrowia i życia, różnorodnych obelg, podważania wiedzy i kwalifikacji, zarzutów niedopuszczalnych związków z przemysłem farmaceutycznym, z którymi spotykają się lekarze i lekarze dentyści promujący i realizujący Narodowy Program Szczepień przeciwko COVID-19, Naczelna Rada Lekarska zaapelowała do władz państwowych RP, w szczególności do Ministra Sprawiedliwości oraz Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, o podejmowanie stanowczych kroków prawnych przeciwko osobom i organizacjom, które dopuszczają się tych zabronionych czynów.

Samorząd lekarski domaga się podjęcia odpowiednich działań w przypadku takich zdarzeń ze strony organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości. W apelu podkreślono, że osoby ratujące zdrowie i życie powinny być chronione, tym bardziej że angażują się w realizację programów rządowych promujących szczepienia w celu osiągnięcia jak najwyższego odsetka osób zaszczepionych i osiągnięcia odporności populacyjnej przeciwko COVID-19. ■



Szczepienie dwiema różnymi szczepionkami

Forum Naukowe COVID-19 Naczelnej Izby Lekarskiej opublikowało stanowisko w związku z wystąpieniem poważnego odczynu poszczepiennego po przyjęciu pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19 firmy AstraZeneca. W opinii ekspertów w takim przypadku należy wstrzymać podanie drugiej dawki tego preparatu.

Aktualne publikacje wskazują na możliwość kontynuacji rozpoczętego preparatem AstraZeneca schematu szczepień, preparatem Pfizer/BioNTech. Forum ocenia takie postępowanie jako skuteczne i bezpieczne, ale wymagające zgody pacjenta i lekarza. Proponuje się także ocenę stężenia przeciwciał poszczepiennych 4-6 tyg. po podaniu dawki szczepionki firmy Pfizer/BioNTech. ■



Niepotrzebny pośpiech

Naczelna Rada Lekarska z niepokojem obserwuje sytuację, w której obowiązek rozpoczęcia wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) oraz raportowania zdarzeń medycznych (tj. przekazywania ich do Systemu Informacji Medycznej) od 1 lipca br. jest niemożliwy do wykonania przez wiele placówek ochrony zdrowia, a mimo to Ministerstwo Zdrowia nie podejmuje działań zmierzających do jego odroczenia.

W ocenie NRL wszelkie zmiany przepisów prowadzące do powstania nowych obowiązków po stronie placówek medycznych, w tym wdrożenia nowych technologii czy rozwiązań informatycznych, powinny być poprzedzone okresem przygotowawczym. W tym przypadku ten warunek nie został spełniony. W stanowisku z 25 czerwca NRL opisuje sytuację placówek medycznych oraz powołuje się na oświadczenie największego stowarzyszenia zrzeszającego twórców oprogramowania (STORM), potwierdzające brak gotowości sporej części dostawców oprogramowania na wdrożenie w terminie ww. dwóch obowiązków.

NRL opracowała rekomendacje dla lekarzy i lekarzy dentyistów, będących usługodawcami w rozumieniu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, które są dostępne na stronie NIL. ■

Kongres Wyzwań Zdrowotnych



Panel „Specjalizacje lekarskie”. Drugi po prawej: dr Jerzy Friediger.

Tegoroczna, szósta edycja Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress – HCC) odbyła się w dniach 14-16 czerwca i została zorganizowana w formule hybrydowej – w Katowicach oraz z możliwością zdalnego udziału panelistów i widzów. W programie nie zabrakło sesji z udziałem przedstawicieli Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej:

- wiceprezesa NRL Andrzeja Ciśło („Krajowy Plan Odbudowy – jak dobrze wydać unijne pieniądze na zdrowie?”)
- wiceprezesa NRL Artura Drobniaka („Wynagrodzenia w polskiej ochronie zdrowia”)
- członka PNRL Jerzego Friedigera („Finansowanie szpitali w Polsce” oraz „Specjalizacje lekarskie”).

Szczegółowe relacje z paneli można znaleźć na stronach internetowych Naczelnej Izby Lekarskiej oraz „Gazety Lekarskiej”. ■



Tajemnica dr. Poliszynela

W polu mojego widzenia w ostatnich dniach znalazła się nowowydana książka pt. „Lekarz w procesie karnym jako gwarant tajemnicy lekarskiej” Marcina Burdzika.

Krzysztof Madej

Sięgnąłem po nią ochoczo, sprowokowany tytułem. Zadałem sobie bowiem pytanie, kto i po co pisze monografię na temat takiej ramoty jak tajemnica lekarska, a po drugie wyczulony jestem na konstrukcję logiczną myślenia o medycynie instytucjonalnej, zawartą w tytule. W tej logice lekarz zawsze ma być gwarantem czegoś. Jednostkowej i publicznej dostępności do leczenia, możliwości zastosowania takich czy innych badań diagnostycznych, efektów tegoż leczenia, skrócenia kolejek itd., itp.

To jest zgodne, jak się wydaje, z pewnym trendem związanym z coraz większą dominacją czynnika urzędniczego w ochronie zdrowia, co zawsze oznacza wyzbywanie się odpowiedzialności i przenoszenie jej na coraz niższe szczeble z menadżerskich na ostatnie ogniwo, jakimi są fachowi pracownicy ochrony zdrowia.

To jest też logika procesu karnego. Gdy mamy do czynienia z jakimś zjawiskiem, które przynosi negatywne skutki, szukamy przyczyny, którą nazwijmy winą, a zatem i winnego. Pozostaje jeszcze tylko ustalić związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy winą i skutkiem, a najlepiej gdy winnym jest gwarant, bo wtedy wina nabiera rumieńców i ma zupełnie inny wymiar.

Tajemnica lekarska to starożytna cnota rudymetarna i szlachetna naszego zawodu. Musimy być moralnie i mentalnie zdolni do jej utrzymania. Przysięgamy wypełnienie obowiązku dochowywania tajemnicy lekarskiej. Ten obowiązek, mimo wymiaru etycznego, wpisany jest także w prawo i znajduje się w kilku ustawach. Przede wszystkim w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jest jeszcze kilka innych obowiązków prawnie egzekwowalnych. Obowiązki bycia sumiennym w czynnościach zawodowych i bycia kompetentnym mają na celu realizację prawa chorego, które to prawo nazwałbym prawem do systemowej maksymalizacji prawdopodobieństwa odzyskania zdrowia. Obowiązek dochowywania tajemnicy lekarskiej ma na celu realizację innego, pozamedycznego prawa pacjenta – prawa do prywatności i intymności.

Jest też kilka innych obowiązków – bardziej związanych z życiem społecznym niż z dobrem pojedynczego podopiecznego, chorego. Jedne z nich są silniej wyrażone w normie etycznej, inne bardziej w nakazie prawnym, a dotyczą postaw lekarzy (niekiedy nawet z wyborami światopoglądowymi włącznie), przekonań, obyczaju, wypowiedzianych poglądów i ról społecznych. Szybko starożytni odkryli, że zaufanie społeczne do lekarza, będące wynikiem podporządkowywania się tym zasadom, jest elementem niezbędnym do uprawiania medycyny i na ogół dobrze służy pacjentowi. W polityce zaufanie społeczne też ma dużą wartość, tyle tylko że w odróżnieniu od medycyny nie musi służyć dobru społecznemu i jednostkowemu. Natomiast w życiu gospodarczym raczej zasada nieufności sprzyja jego rozwojowi.

Wszystko to są zasady wytworzone przez rozwijającą się cywilizację i towarzyszącą jej kulturę. Kształtowane były przez długie wieki w medycynie realizowanej w bezpośrednim kontakcie lekarza i chorego i to w czasie określonym potrzebą pomocy, tj. choroby i jej skutków.

Czasy się jednak zmieniają. Żyjemy w dobie rewolucji informatycznej, która zmienia zasadniczo reguły życia społecznego i państwowego, a przez to wtórnie wpływa na życie jednostki. Wszystkie te wymienione okoliczności sprzyjające dochowaniu tajemnicy lekarskiej – kontakt lekarza z pacjentem w określonym i ograniczonym czasie i miejscu oraz dokumentacja w archiwach zakładu opieki zdrowotnej – znikają. Współczesna medycyna zaczyna się na długo przed urodzeniem się całych zbiorów obywateli i ich pojedynczych indywiduów i trwa jeszcze długo po ich śmierci. Bazy danych dotyczące szczegółów choroby i leczenia są eksterytorialne i ponadczasowe. Ochrona zdrowia z informatyzowaną w skali społecznej zaczyna być dodatkową władzą nad całymi populacjami i jednostkami, coraz bardziej zbliżając się do ideału władzy totalitarnej. A taka władza nie ma żadnych tajemnic.

Tajemnica lekarska była w istocie swojej tajemnicą pacjenta (lekarz był tylko jej dodatkowym depozytariuszem). Odebranie prawa do tej tajemnicy pacjentowi oznacza, że moralna rola lekarza w tym względzie się kończy.

Po raz pierwszy o końcu tajemnicy lekarskiej zacząłem myśleć, gdy wiele lat temu znowelizowana została ustawa o działalności ubezpieczeniowej, która dawała towarzystwu ubezpieczeniowemu prawo do pełnego wglądu (na zasadzie otrzymania kopii) w dokumentację lekarską w zakładach opieki zdrowotnej, w których leczyl się potencjalny nabywca polisy. Oczywiście, za jego dobrowolną zgodą. Nie wyrazisz zgody, nie zawrzesz umowy. Dobrowolnie.

A teraz mam przed sobą rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. (Dz.U. z 16 lipca 2020 r. poz. 1253) w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej, które jest aktem wykonawczym do ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113, poz. 657). Tu wszystkie bariery już pękły.

Powstaje totalna baza informatyczna o nas wszystkich w kontekście zdarzeń medycznych. Usługodawcy, jeszcze do niedawna nazywani świadczącymi, transmitują pełną elektroniczną wersję dokumentacji medycznej usługobiorców, dawniej świadczeniobiorców, do baz danych płatników. Tytułów prawnych do zwolnienia lekarza z tajemnicy lekarskiej przybywa. Organy ścigania i w ślad za nimi sądy robią to obecnie niemal automatycznie, a bliżej nieokreśleni w kategoriach prawa członkowie rodzin osób zmarłych uchylają tajemnicę lekarską na „pstryknięcie palcami”. Powstają internetowe konta pacjenta, rejestry wystawionych recept, zwolnień i skierowań. W raportach aptecznych policzona będzie każda pigułka, przypisana z jednej strony do lekarza, z drugiej do pacjenta, a z trzeciej do choroby. Tak oto powstaje cały system bazodanowy gromadzący całość wiedzy lekarskiej o nas. Nie sądzę, żeby mógł być on chroniony tak, jak chroni się niektóre bazy danych np. w życiu gospodarczym, bo na podstawie analizy dotychczasowych regulacji prawnych można przyjąć, że poszczególne zbiory tej wielkiej bazy danych będą stale krążyły pomiędzy dysponentami baz a różnymi instytucjonalnymi interesariuszami. Będzie ich przybywać coraz więcej. Największe wrażenie zrobiła na mnie aplikacja, która powiadamia telefon komórkowy o tym, która z mijanych na ulicy osób miała kontakt z osobą zakażoną koronawirusem, na podstawie identyfikacji ich telefonu.

Któregoś dnia byłem u kolegi w pewnym szpitalu. Idziemy korytarzem i on mówi do mnie: „Poczekaj, zapomniałem zlecić coś jednemu choremu”. Wyjął z kieszeni telefon, zalogował się do szpitalnego systemu informatycznego i wystawił zlecenie. Ośłupiałem. Pytam: „To wszyscy macie taki dostęp do dokumentacji chorych?”. On na to: „Wszyscy nie, ale kto chce i potrafi, to tak. Kiedyś, gdy system był instalowany w szpitalu, to dostęp do systemu był tylko przez specjalne terminale wydzielonej sieci wewnętrznej podłączone przez tzw. sztywne łącza, czyli po kablu, a nie przez Wi-Fi. Aleśmy

to zhakowali i teraz mamy dostęp z każdego komputera, w każdym miejscu, przez przeglądarkę internetową”.

Tak oto umiera tajemnica lekarska. Nie ona jedna zresztą. Zniknęły już tajemnica bankowa, tajemnica komunikacji i korespondencji. Giną tajemnice gospodarcza i domowa. Powoli wykradane są nam nasze wewnętrzne przekonania, preferencje i postawy (np. konsumenckie). Informatyka tworzy specjalne narzędzia do takiego zaboru prywatności. Tajemnica lekarska ogranicza się więc do zakazu plotkowania z sąsiadami o przypadłościach innych sąsiadów, gdyby trafili do lekarza z sąsiedztwa. Ale do tego wystarczy zwykła przyzwoitość, a nie wielki kodeks etyki.

Chyba najwyższa pora uświadomić sobie, a przede wszystkim społeczeństwu, że coś takiego jak tajemnica lekarska już w zasadzie nie istnieje, bo jej depozytariuszem w niewielkim zakresie jest lekarz, zaś w znacznym, system administracyjno-informatyczny, a ten rządzi się innymi prawami. Czytałem niedawno pewien esej z gatunku „z życia służb specjalnych”. Znalazłem w nim tezę, że służ-

by wywiadowcze w grze między państwami bardzo cenią sobie dostęp do medycznych baz danych obywateli, bo na podstawie ich analizy można się dowiedzieć dużo więcej o społeczeństwie i poszczególnych ludziach niż

**Chyba najwyższa pora uświadomić
sobie, a przede wszystkim
społeczeństwu, że coś takiego
jak tajemnica lekarska już w zasadzie
nie istnieje.**

z innych źródeł i są one najściślej chronione. Podobno wśród różnych scenariuszy cyberataków na wrogie państwo są też takie z atakiem na dane medyczne, bo może on wyrządzić duże szkody. Nie rozumiem tego, ale intuicyjnie odczuwam lęk.

Tajemnica lekarska to piękny zabytek z ubiegłych wieków i klejnot Kodeksu Etyki Lekarskiej. Jego blask blaknie jednak wraz z innymi. Etyczny wymóg osobistego zbadania chorego niszczonego przez jakąś tam „telemedycynę”, zakaz reklamy swoich usług i produktów medycznych i farmaceutycznych jest podważany, podobnie jak i szereg innych norm, które mają nie pasować do postępującej komercjalizacji medycyny. Podważanych jest wiele norm regulujących stosunki wewnątrz środowiska lekarskiego, jako niepasujących już do brutalnego świata konkurencji rynkowej (rynek rozumiem tutaj jako dostęp do dóbr materialnych, możliwości kształcenia i rozwoju zawodowego oraz dostępu do ścieżek karier zawodowych, administracyjnych, naukowych i politycznych). Toruje sobie nawet drogę pogląd, że wysokie lekarskie normy etyczne mają obowiązywać jedynie w czasie wykonywania czynności czysto zawodowych. Poza tym mogą działać inne „kodeksy”.

P.S. Powstanie pewnie wydzielona, pozasystemowa (tj. nieraportująca), w pełni komercyjna służba zdrowia, bo posiadanie kontaktu z obdarzonym pełnym zaufaniem lekarzem, związanym tajemnicą lekarską, bez wątpienia jest luksusem. ■

* Wolters Kluwer, Warszawa 2021

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Wielkopolscy delegaci przygotowują się do zjazdu

Dwa razy z rzędu okręgowy zjazd lekarzy w Wielkopolsce, podobnie jak w wielu innych izbach, z powodu pandemii COVID-19 odbywał się w trybie obiegowym. Sytuacja epidemiczna uległa jednak poprawie, i dlatego na 4 września zwołany został XLV Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, który ma odbyć się w tradycyjnej formule. Będzie on połączony z obchodami stulecia utworzenia Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej.

Zjazd będzie okazją do przeprowadzenia dyskusji programowej, ponadto zaplanowano rozmowy na temat założeń i kierunków reform wdrażanych bądź planowanych przez stronę rządową. Nie obejdzie się również bez podsumowania działań samorządu w okresie epidemii SARS-CoV-2 oraz analizy decyzji podejmowanych przez administrację odpowiedzialną za organizację ochrony zdrowia w tym trudnym okresie. Podczas spotkania zostaną także wręczone odznaczenia lekarzom za ich wkład w walkę z pandemią. ■

Odznaczenia dla członków ŚIL



Od lewej: dr Mieczysław Dziedzic i prof. Krystyn Sosada

14 czerwca w gmachu Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach zostały wręczone odznaczenia państwowe zasłużonym mieszkańcom województwa śląskiego. Krzyże Kawalerskie Orderu Odrodzenia Polski otrzymali aktywni działacze samorządu lekarskiego: prof. dr hab. n. med. Krystyn Sosada, członek Prezydium ORL w Katowicach i przewodniczący Komisji Bioetycznej działającej przy ŚIL, a także dr n. med. Mieczysław Dziedzic, członek ORL w Katowicach i przewodniczący Komisji Legislacyjnej, Przekształceń, Pracy i Płacy oraz Kontaktów ze Związkami Zawodowymi. ■

Powstrzymać hejt wobec lekarzy

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi zaapelowało do polskich decydentów, w szczególności do Ministra Sprawiedliwości i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, o podejmowanie stanowczych kroków prawnych przeciwko osobom i organizacjom, które dopuszczają się czynów zabronionych wobec lekarzy i lekarzy dentystów promujących i realizujących Narodowy Program Szczepień przeciwko COVID-19.

„Środowisko lekarskie z pełnym oddaniem wspiera i uczestniczy w wykonaniu

programów szczepień ochronnych. Szczególnie angażuje się w Narodowy Program Szczepień przeciwko COVID-19. Członków samorządu lekarskiego spotykają w związku z tym groźby pozbawienia zdrowia, a nawet życia, wylewają się na nich obelgi, podważa się ich wiedzę i kwalifikacje, zarzuca niedopuszczalne związki z przemysłem farmaceutycznym. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi domaga się stanowczych reakcji na takie zdarzenia ze strony organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości” – czytamy w dokumencie podpisanym 22 czerwca. ■

Koszalińskie Orły



Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie zdobyła Koszalińskiego Orła 2020 w kategorii Społeczna Odpowiedzialność. „Realizowane przez Państwa działania na rzecz walki z pandemią, ogromne zaangażowanie i odwaga cywilna w codziennych zmaganiach o zdrowie i życie mieszkańców Koszalina są dla nas wszystkich powodem do dumy” – napisał prezydent Koszalina Piotr Jedliński w liście gratulacyjnym skierowanym do izby.

Laureatami Koszalińskiego Orła zostali także inni przedstawiciele środowiska medycznego: Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Koszalinie, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie, a także lekarze: Maciej Berchert z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dorosłych Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie oraz Jacek Wróblewski z Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego z pododdziałem Chorób Wewnętrznych koszalińskiego szpitala.

Wyróżnienia są przyznawane jako wyraz uznania za dokonania na rzecz Koszalina. Tegoroczna uroczystość wręczenia statuetek odbyła się pod koniec maja. ■

Debata o wynagrodzeniach

„Było. Jest. Będzie?” – pod takim hasłem Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zorganizowała konferencję, podczas której zgromadzeni eksperci dyskutowali o systemie ochrony zdrowia w kontekście wynagrodzeń lekarzy oraz innych pracowników ochrony zdrowia, a także troski o bezpieczeństwo pacjentów. Spotkanie odbyło się 22 czerwca (obszerna relacja z tego wydarzenia dostępna jest na stronie internetowej warszawskiej izby).

WYNAGRODZENIA LEKARZY

Współczynniki niezgody

Kolejny raz brak woli politycznej okazał się główną przeszkodą na drodze do znacznego podniesienia wynagrodzeń minimalnych lekarzy. Lata lecą, rządy się zmieniają, a jak jej nie było, tak nie ma.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Prezydent Andrzej Duda podpisał nowelizację ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia dwa dni po tym, gdy większość sejmowa odrzuciła w głosowaniu m.in. poprawkę Senatu zmierzającą do ich podwyższenia.

NAJNIŻSZE, CZYLI JAKIE?

Długo można by opisywać kulisy prac nad tą ustawą, ale gdyby chcieć je podsumować jednym zdaniem, można powiedzieć, że to był spór przede wszystkim o wysokość współczynników pracy służących wyliczeniu płacy minimalnej m.in. dla lekarzy i lekarzy dentystów. Najniższe wynagrodzenie zasadnicze określa się, mnożąc zawarty w załączniku do ustawy współczynnik i kwotę przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w poprzednim roku. Im wyższy iloczyn, tym wyższa minimalna płaca.

PONAD GŁOWAMI

W połowie marca propozycje nowej siatki wynagrodzeń, zgłoszone przez ministra zdrowia Adama Niedzielskiego, które sprowadzały się do ich „spłaszczenia”, poparły dwie (OPZZ i NSZZ „Solidarność”) z trzech reprezentatywnych organizacji związkowych dopuszczonych do Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia (na rządowe propozycje nie zgodziło się Forum Związków Zawodowych). W zespole nie było przedstawicieli samorządu lekarskiego

i reprezentantów innych samorządów zawodów medycznych, bo nie przewidywał tego regulamin. Ten sprytny fortel pozwala rządzącym zapewniać o prowadzeniu dialogu społecznego przy równoczesnym wykluczaniu z niego wielu środowisk. „Taka «umowa społeczna» w ochronie zdrowia, która pomija lekarzy, podstawowego zawodu w lecznictwie, nie ma żadnego znaczenia faktycznego, a nawet jej znaczenie propagandowe jest mocno ograniczone” – ocenił Zarząd Krajowy OZZL.

RZĄDOWY PROJEKT USTAWY

Projekt ustawy opierający się o tamtą siatkę płac wpłynął do Sejmu 19 maja. Kto śledził przebieg prac w parlamencie, wie, że ich tempo – zwłaszcza w komisjach sejmowych – było szybkie, i to nie tylko dlatego, że rządowy projekt rozpatrywano w trybie pilnym. Mimo dochodzących z wielu stron opinii, że podwyżki dla medyków są niewystarczające,

m.in. podniesienie współczynników pracy. Ich wysokość wypracowano w gronie przewodniczących związków zawodowych zrzeszonych w Branży Ochrony Zdrowia Forum Związków Zawodowych i prezesów wszystkich samorządów zawodów medycznych.

KOMPROMIS VS OCZEKIWANIA

Senacka poprawka przewidywała, że najniższe gwarantowane wynagrodzenie lekarza albo lekarza dentysty ze specjalizacją drugiego stopnia lub tytułem specjalisty ma mieć współczynnik pracy 1,7, z kolei dla lekarza albo lekarza dentysty ze specjalizacją pierwszego stopnia – 1,4, natomiast dla lekarza albo lekarza dentysty bez specjalizacji – 1,2, a lekarza stażysty – 1. – To konsensus uzgodniony na 2021 r., który jest rokiem bardzo trudnym ze względu na pandemię i jej długofalowe skutki dla całego systemu ochrony zdrowia – wyjaśniał prof. Andrzej Matyja, prezes NRL, dodając, że w kolejnych latach te współczynniki powinny wzrastać. Oczekiwania samorządu lekarskiego są znacznie większe i jasno sprecyzowane. Od dawna Krajowy Zjazd Lekarzy apeluje, aby minimalne wynagrodzenie dla lekarza ze specjalizacją wynosiło 3-krotność średniej krajowej, dla lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji – 2,5-krotność średniej krajowej, dla lekarza bez specjalizacji i dla lekarza rezydenta – 2-krotność, a dla lekarza stażysty było na poziomie jednej średniej. Rzeczywistość daleko odbiega od tych oczekiwań.

Sprytny fortel pozwala rządzącym zapewniać o prowadzeniu dialogu społecznego.

28 maja uchwalono ustawę przy 433 głosach za, 3 przeciw i 8 wstrzymujących się. To dość rzadka sytuacja, gdy zdecydowana większość posłów podnosi rękę w tym samym momencie. Kiedy ustawa trafiła do Senatu, 10 czerwca wprowadzono do niej poprawkę zakładającą



– Posłowie głoszący za odrzuceniem poprawek nie zrozumieli, że jest to inwestycja w przyszłość i w rozwój ochrony zdrowia w Polsce – mówi prezes NRL Andrzej Matyja.

PODZIELENI SENATOROWIE LEKARZE

Spośród lekarzy zasiadających w „izbie refleksji” za przyjęciem senackiej poprawki opowiedziało się 5 senatorów, a przeciwko – 4 (Dorota Czudowska, Stanisław Karczewski, Waldemar Krasa, Bogusława Orzechowska). Znaczna część młodych lekarzy najlepiej z tego grona kojarzy dr. Stanisława Karczewskiego, który w czasie głodowego protestu rezydentów przekonywał, że „warto pracować dla idei, nie tylko myśleć o pieniądzach”, co zresztą w całym środowisku odbiło się szerokim echem. Szybko mu wytknięto, że jako marszałek Senatu współdecydował o przyznaniu sobie ponad 33 tys. zł rocznej premii. Potem ogólnopolskie media obiegała również informacja, że przez 6 lat jako senator i wicemarszałek izby pełnił płatne dyżury lekarskie w szpitalu, w którym przebywał na bezpłatnym urlopie – w ten sposób zarobił ok. 400 tys. zł.

PODZIELENI POSŁOWIE LEKARZE

15 czerwca 232 posłów (przede wszystkim związanych z Klubem Parlamentarnym PiS) zagłosowało za odrzuceniem senackiej poprawki przewidującej wzrost wynagrodzeń w stopniu większym niż wynikało to z załącznika do ustawy uchwalonej 28 maja przez Sejm. Większość bezwzględna wyniosła 230, co oznacza, że niewiele brakowało do jej przyjęcia. W tej sprawie posłowie lekarze byli mocno podzieleni.

9 opowiedziało się de facto za wyższymi podwyżkami, a 7 przeciwko nim. Za przyjęciem senackich poprawek byli m.in. prof. Wojciech Maksymowicz (minister zdrowia i opieki społecznej w rządzie Jana Buzka) i dr Andrzej Sośnierz (były prezes NFZ), którzy przez ostatnie lata wspierali obóz rządzący, ale w kwietniu odeszli z Klubu Parlamentarnego PiS i teraz nie mieli oporów przed oddaniem głosu, który mógł się okazać dobry dla kieszeni wielu medyków.

INWESTYCJA CZY KOSZT?

Za odrzuceniem senackich poprawek opowiedzieli się m.in. prof. Łukasz Szumowski (jeszcze niecały rok temu kierował resortem zdrowia), dr Bolesław Piecha (wiceminister zdrowia w czasie pierwszych rządów PiS) i dr Tomasz Lantos (przewodniczący sejmowej Komisji

Zdrowia). – Niestety posłowie głoszący za odrzuceniem poprawek nie zrozumieli, że jest to inwestycja w przyszłość i w rozwój ochrony zdrowia w Polsce – gorzko podsumował prezes NRL. Szef resortu zdrowia określił wyższe współczynniki pracy „obietnicami bez pokrycia”. – Współczynniki rosną, nie kończymy rozmów o płacach – zapewniał minister Adam Niedzielski tuż przed głosowaniem. Przekonywał, że kosztowałyby 12 mld zł w skali roku. Z kolei poseł Bolesław Piecha przywołał słowa jednego z opozycyjnych senatorów, który możliwość sfinansowania wyższych wynagrodzeń minimalnych dla medyków upatrywał we wstrzymaniu lub zawieszeniu Programu 500+. – Jest moja głęboka niezgoda jako lekarza, jako posła i jako zwykłego obywatela, żeby za uchwały Senatu płaciły polskie dzieci – podkreślił.

Liczy nie kłamią

Po nowelizacji ustawy o minimalnych płacach w ochronie zdrowia ich wysokość od lipca zmienia się. Dla lekarzy ze specjalizacją drugiego stopnia współczynnik pracy wzrasta z 1,27 do 1,31, co oznacza, że ich minimalne wynagrodzenie nie może być niższe niż 6769 zł (ta i kolejne kwoty brutto). Dla specjalistów, którzy po podpisaniu „lojalek” otrzymywali 6750 zł, podwyżka wynosi tylko 19 zł. Jedni odbierają to jako żart, inni za policzek. Dla lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji współczynnik pracy wzrośnie z 1,17 do 1,2, a ich najniższe wynagrodzenie wyniesie 6201 zł (zamiast 6046 zł), tj. wzrośnie o 155 zł. W wyniku zmiany współczynnika z 1,05 na 1,06 najniższe wynagrodzenie lekarzy bez specjalizacji wzrośnie o 52 zł (5478 zł zamiast 5426 zł). Z kolei najniższe wynagrodzenie stażysty wzrośnie o 414 zł do kwoty 4186 zł (dotychczas wynosiło 3772 zł), bo współczynnik wzrósł z 0,73 do 0,81.

Jak głosowali lekarze?

10 czerwca Senat przyjął ustawę o minimalnych wynagrodzeniach m.in. z poprawką podnoszącą współczynniki pracy, za którą dzień wcześniej opowiedziała się większość senackiej Komisji Zdrowia. Senatorowie lekarze głosujący przeciwko tej poprawce, czyli de facto za obniżeniem wynagrodzeń, to:

- **Dorota Czudowska** – Dolnośląska Izba Lekarska (senator z okręgu wyborczego nr 3: Legnica)
- **Stanisław Karczewski** – OIL w Warszawie (senator z okręgu wyborczego nr 49: Radom)
- **Waldemar Kraska** – OIL w Warszawie (senator z okręgu wyborczego nr 48: Siedlce)
- **Bogusława Orzechowska** – Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska (senator z okręgu wyborczego nr 85: Elbląg)

Wstrzymał się od głosu Rafał Ślusarz (Dolnośląska Izba Lekarska, senator z okręgu wyborczego nr 1: Legnica), a Margareta Budner (Wielkopolska Izba Lekarska, senator z okręgu wyborczego nr 93: Konin) nie brała udziału w głosowaniu.

Ustawa wróciła do Sejmu. Posłowie lekarze, którzy 15 czerwca zagłosowali przeciw poprawce Senatu, przyczyniając się do wejścia w życie niższych współczynników pracy i niższych wynagrodzeń minimalnych:

- **Anna Dąbrowska-Banaszek** – Lubelska Izba Lekarska (poseł z okręgu wyborczego nr 7: Chełm)
- **Czesław Hoc** – OIL w Koszalinie (poseł z okręgu wyborczego nr 40: Koszalin)
- **Tomasz Latos** – Bydgoska Izba Lekarska (poseł z okręgu wyborczego nr 4: Bydgoszcz)
- **Bolesław Piecha** – Śląska Izba Lekarska (poseł z okręgu wyborczego nr 30: Rybnik)
- **Elżbieta Płonka** – OIL w Gorzowie Wielkopolskim (poseł z okręgu wyborczego nr 8: Zielona Góra)
- **Katarzyna Sójka** – Wielkopolska Izba Lekarska (poseł z okręgu wyborczego nr 36: Kalisz)
- **Łukasz Szumowski** – OIL w Warszawie (poseł z okręgu wyborczego nr 16: Płock)

W ŚRODOWISKU ZAWRZAŁO

W Polsce, tak jak w większości państw demokratycznych, obowiązuje zasada mandatu wolnego. Posłów nie wiążą instrukcje wyborców i choć muszą liczyć się z ich głosami, bo suweren decyduje o składzie Sejmu przy urnach wyborczych, to wolno im głosować tak, jak chcą. Mimo to w środowisku lekarskim zawrzało. Pojawiły się głosy, że posłowie lekarze, przyczyniając się do odrzucenia poprawki gwarantującej wyższe współczynniki pracy, czyli wyższe wynagrodzenia minimalne, działali na szkodę koleżanek i kolegów (to tylko jedna z bardziej umiarkowanych opinii), dlatego powinni zostać ukarani, a przed pociągnięciem do odpowiedzialności zawodowej nie powinien ich ochronić nawet immunitet poselski. Kolejny raz

**To nie pustki
w państwowej kasie
stanowią problem,
lecz brak woli
politycznej.**

powróciły pytania o to, gdzie są granice między byciem politykiem i lekarzem, jak się ma pełnienie funkcji publicznych do przestrzegania norm z zakresu etyki zawodowej, a także, czy lekarz jako „przedstawiciel narodu” (tak pisał definiuje konstytucja) może postąpić wbrew tej etyce i czy grożą za to jakieś sankcje. Podobne zarzuty dało się usłyszeć pod adresem senatorów, którzy odrzucili senacką poprawkę.

PRZYPADEK MINISTRA

Wbrew pozorom jednoznaczne udzielenie odpowiedzi na te pytania nie jest takie proste z uwagi na to, że są one z pogranicza prawa, medycyny, politologii i filozofii. Nie rozstrzygając tych interdyscyplinarnych dylematów oraz pomijając powszechnie znany fakt istnienia dyscypliny klubowej w trakcie niektórych parlamentarnych głosowań, jak i znajomość konsekwencji, gdy dochodzi do jej złamania, niektórzy lekarze nie mogą się nadziwić, że za odrzuceniem poprawek Senatu zagłosował m.in. prof. Łukasz Szumowski. Aby zrozumieć tę gorycz, trzeba spojrzeć na szerszy kontekst. Na mocy ustawy z 5 lipca 2018 r., często określanej mianem „ustawy 6 procent”, która weszła

w życie w wyniku porozumienia zawartego z rezydentami, gdy szefem resortu zdrowia został Łukasz Szumowski, ok. 17 tys. lekarzy specjalistów skorzystało finansowo na wzroście wynagrodzenia zasadniczego do 6750 zł brutto, o ile zobowiązali się do nieudzielania tożsamyh świadczeń w innej placówce finansowanej ze środków publicznych. Stanowiło to wówczas ok. 1,6 średniej krajowej. Po tegorocznej nowelizacji ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia współczynnik pracy dla specjalisty jest równy 1,31 średniej krajowej, a były minister zagłosował przeciwko temu, by od lipca br. wzrósł do 1,7.

TYLE SAMO, CHOĆ MNIEJ

Kiedy się weźmie pod uwagę wzrost cen towarów i usług w ostatnich latach, to te podwyżki, choć w ujęciu nominalnym są faktem, w rzeczywistości wydają się iluzoryczne. GUS podaje, że w maju inflacja w Polsce wyniosła 4,7 proc. (CPI) w porównaniu z majem ubiegłego roku, a dane Eurostatu wskazują, że w kwietniu br. osiągnęła 5,1 proc. (HICP) w stosunku do kwietnia 2020 r., czyli największej od prawie dwóch dekad. Przy 5-proc. inflacji kwota 10 tys. zł po roku jest warta mniej więcej 9,5 tys. zł. To pokazuje, jak bardzo siła nabywcza zarobków wielu osób zmniejszyła się w ostatnim czasie i czy lipcowe podwyżki dla lekarzy są naprawdę podwyżkami. Gorycz tej grupy zawodowej jest tym większa, gdy wchodzące w życie podwyżki ich minimalnych wynagrodzeń porówna się z systematycznie rosnącymi płacami minimalnymi w gospodarce (niedawno rząd zadeklarował, że od nowego roku wzrosną o kolejne 200 zł do 3 tys. zł), wzrostem świadczeń emerytalnych wynikającym z waloryzacji, jak również wypłatą „trzynastek” i „czternastek”, nowymi lub podwyższanymi daninami i podatkami (od 2015 r. można naliczyć kilkadziesiąt takich przypadków), które są przecież przerzucane na konsumentów. Dodajmy do tego jeszcze wyłaniające się na horyzoncie uderzenie fiskalne, które zabolą część lekarzy po wejściu w życie pomysłów zawartych w programie „Polski Ład”.

ISTOTA PROBLEMU

Spoglądając z pewnego dystansu na ostatnie kilkanaście lat, da się zauważyć, że choć zmieniają się kolejne rządy,

a tworzące je ugrupowania podobno więcej dzieli niż łączy – co nawiasem mówiąc wydaje się dyskusyjne – to lekarze pracujący w placówkach publicznej ochrony zdrowia nie znajdują wśród nich posłuchu, kiedy proszą lub żądają podwyżek wynagrodzeń. Od dawna wygląda to tak, że w opozycji składa się medykom obietnice i wspiera ich postulaty, a po dojściu do władzy zapomina się o nich albo realizuje w ograniczonym stopniu. To nie pustki w państwowej kasie stanowią problem, lecz brak woli politycznej. Są możliwości, by istotnie wzrosły wynagrodzenia lekarzy w publicznej ochronie zdrowia za obecnej władzy, tak jak było to realne również za poprzednich rządów. Nie trzeba nawet w ogóle zwiększać zadłużenia. Paradoksalnie podwyżki dla medyków mogłyby się okazać nawet pretekstem do jego obniżenia, gdyby poza wolą polityczną umiejętnie zaprzęgnięto propagandowy rydwan.

PODATKI A WYDATKI

O tym, gdzie trafi strumień pieniędzy ściąganych od podatników, decydują politycy. Czasami indywidualnie, a czasami zbiorowo. Mogą go skierować na ochronę zdrowia, ale równie dobrze gdzieś indziej. Jak wylicza założone przez prof. Leszka Balcerowicza Forum Obywatelskiego Rozwoju, w 2020 r. wydatki publiczne w przeliczeniu na przeciętnego obywatela niezależnie od wieku wyniosły prawie 30 tys. zł, z czego na ochronę

Oczekiwanie na przełom

Środowisko medyczne, a zwłaszcza duża część lekarzy zatrudnionych w publicznych placówkach ochrony zdrowia, czeka na przełom w zakresie polityki płacowej. Potrzeba wzrostu wynagrodzeń jest silnie artykułowana także w czasie pandemii. Doraźną próbą gaszenia pożaru stanowiło wprowadzenie dodatków covidowych. Do połowy czerwca br. NFZ wypłacił kilkuset szpitalom ponad 5,7 mld zł na dodatkowe wynagrodzenie dla personelu medycznego za pracę w związku ze zwalczaniem epidemii COVID-19. Niby kwota robi wrażenie, ale wielu lekarzom w ogóle one nie przysługiwały. Wciąż trwają spory, komu dodatki covidowe się należą, a komu nie. Coraz częściej można usłyszeć, że ich wprowadzenie przyniosło więcej szkód, niż pożytku. Mówią to nawet niektórzy lekarze, zaznaczając, że absolutnie nie negują idei wspierania osób walczących na pierwszej linii z pandemią, ale krytykują sposób, w jaki to zrobiono.

zdrowia zrzuciliśmy się po ponad 3 tys. zł. Władza nie musi ingerować w niemal każdą dziedzinę życia, a państwo nie musi zajmować się wszystkim. Część wydatków można ograniczyć, a z niektórych da się całkowicie zrezygnować bez szkody dla dobra publicznego. W swoim najbliższym otoczeniu każdy znajdzie przykłady marnotrawstwa, niegospodarności i kompletnie pozbawionych sensu działań podejmowanych lub inicjowanych przez polityków i urzędników na szczeblach centralnym, wojewódzkim i lokalnym. O wybranych informują media, ale ich lista jest tak długa, jak długi i szeroki jest nasz kraj.

SZTUKA WYBORU

Kto ma co do tego wątpliwości, powinien bliżej przyjrzeć się wydatkom

całego sektora finansów publicznych, obejmującego kilkadziesiąt tysięcy różnych jednostek istniejących głównie lub wyłącznie dzięki środkom budżetu państwa lub samorządu terytorialnego, czyli przede wszystkim pochodzącym z podatków. Czy każda z tych placówek i instytucji jest potrzebna w tym samym stopniu co szpital? W klasycznym rozumieniu polityka to rozumna troska o dobro wspólne, a w wymiarze praktycznym sztuka wyboru większego dobra (nie, jak mawiają niektórzy, mniejszego zła). Decydentom trzeba o tym przypominać na każdym kroku. Im częściej zaczną w taki sposób podchodzić do sprawowania funkcji publicznych, tym większe prawdopodobieństwo, że inaczej zdefiniują priorytety w polityce zdrowotnej. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Jak nie dać się wypaleniu zawodowemu



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zaprasza na kurs medyczny online na temat wypalenia zawodowego – o tym, na czym polega i jak mu przeciwdziałać. Uczestnicy poznają także metody radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami związanymi z wykonywaną pracą, a także sposoby uzyskiwania

równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym.

Szkolenie dostępne jest w kilku terminach w II półroczu br. Kurs jest bezpłatny, uczestnikowi przysługują 3 punkty edukacyjne. Obowiązują wcześniejsze zapisy. Szczegółowe informacje znajdują się na stronie izby w zakładce „Kształcenie”. ■

Wymiana korespondencji z resortem zdrowia

Projekt „Cięża nie chroni przed rakiem!”, Śląskiej Izby Lekarskiej i SUM w Katowicach, którego celem jest wprowadzenie obowiązkowego, bezpłatnego badania USG piersi dla każdej kobiety w I trymestrze ciąży (inicjatywa zyskała szerokie poparcie m.in. Senackiej Komisji Zdrowia oraz posłów RP), nie zyskuje aprobaty ze strony Ministerstwa Zdrowia.

MZ argumentuje swoje stanowisko m.in. statystykami, wg których najwięcej zachorowań dotyczy grupy kobiet w wieku pomenopauzalnym, ponadto powołuje się na opinie konsultantów krajowych: prof. Krzysztofa Czajkowskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii (którego zdaniem nie ma racjonalnych powodów do zmiany obecnie obowiązujących przepisów w tej kwestii) oraz prof. dr hab. Mirosława Wielgosia, konsultanta krajowego

w dziedzinie perinatologii (który ocenia, że ze względu na dostępność badań i ograniczoną liczbę lekarzy wykonujących takie badania nie ma realnych możliwości wprowadzenia badania USG piersi jako obowiązkowego w I trymestrze ciąży, zasadne jest natomiast zalecanie wykonywania badania USG piersi w ciąży – zwłaszcza u kobiet po 35. r.ż.).

Z kolei – jak podkreśla ŚIL – w stanowisku zespołu ekspertów PTChO, PTO oraz PTGiP z 2018 r., odnośnie wykonywania badania USG piersi u ciężarnych, czytamy: „Na podstawie danych epidemiologicznych należy spodziewać się coraz liczniejszej grupy ciężarnych, u których rozwinię się rak piersi. Należy więc dołożyć wszelkich starań, żeby jak najwcześniej rozpoznać tę chorobę. Wykonywanie badań USG może to rozpoznanie istotnie przyspieszyć”. ■

Na pomoc lekarce

Dolnośląska Izba Lekarska apeluje o pomoc dla pani Joanny, lekarki walczącej z nowotworem. „Asia jest młodą mamą, lekarką, członkiem naszej izby. W lutym tego roku zdiagnozowano u niej raka piersi. Terapia ostatniej szansy nie jest w Polsce refundowana. (...) Prosimy, przyłączcie się do zbiórki” – czytamy na facebookowym profilu DIL. Link do zbiórki: www.siepomaga.pl/ratujemy-joanne. ■

Kardiologicznie w Bielsku-Białej

Na początku czerwca w siedzibie Beskidzkiej Izby Lekarskiej odbyła się konferencja pt. „Kardiologiczne następstwa COVID-19”. W spotkaniu uczestniczyli specjaliści z zakresu kardiologii i chorób wewnętrznych. Dyskutowano m.in. na temat współpracy między placówkami medycznymi, a także o roli szczepień przeciwko COVID-19. ■

Szczepienia – plakat do pobrania

Zespół ds. Szczepień Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przygotował zestawienie graficzne porównujące różnice między czterema stosowanymi w Polsce szczepionkami przeciwko COVID-19.

Na plakacie wyjaśniono mechanizmy działania poszczególnych preparatów, grupy wiekowe, w których mogą być podawane, zalecane odstępy między dawkami, a także zakresy ochrony przed ciężkim zachorowaniem i hospitalizacją oraz objawami COVID-19.

Grafikę można pobrać ze strony internetowej warszawskiej izby – wydrukowana i zawieszona w przychodni zapewne będzie pomocnym narzędziem w edukacji pacjentów na temat szczepień przeciwko COVID-19.

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE



Lucyna Krysiak
dziennikarz

Likwidacja przez zniesienie

Kiedy po odzyskaniu przez Polskę niepodległości w 1918 r. samorządność lekarska zaczęła się formować, zdawano sobie sprawę, jak wielki trud trzeba włożyć w budowanie jej struktur.

Proces ten utrudniały różnice kulturowe, ekonomiczne i administracyjne w poszczególnych częściach kraju, jednak wola środowiska lekarzy, by mieć własny samorząd, była tak wielka, że w ciągu dwudziestolecia międzywojennego udało się stworzyć solidne fundamenty prawne i etyczne funkcjonowania tej organizacji. Na tyle silne, że samorząd lekarski bazuje na nich do dziś.

KLAMKA ZAPADŁA

Po wojnie nękano lekarzy absurdalnymi decyzjami administracyjnymi, podatkami, nakazami pracy, utrudnianiem prowadzenia prywatnych praktyk. Mimo takich niesprzyjających okoliczności wierzone, że samorząd lekarski uda się ocalić. Niestety, 18 lipca 1950 r. przegłosowano ustawę o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych, co oznaczało pożegnanie z samorządnością tej grupy zawodowej na długie lata. Władza jednak do końca zwodziła lekarzy.

Zanim doszło do uchwalenia wspomnianej ustawy, 3 stycznia 1950 r. Ministerstwo Zdrowia przesłało Naczelnej Izbie Lekarskiej Dekret „o likwidacji izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych” z prośbą o przestanie na piśmie uwag do tego dokumentu. Zgłoszone przez NIL zastrzeżenia i uwagi zostały zlekceważone. Władzy wciąż jednak zależało na utrzymaniu gry pozorów i określenie „likwidacja” zamieniono na „zniesienie”. Nie zmieniało to jednak treści projektu tej ustawy, która dla środowiska lekarskiego była druzgocąca.



Za czasów pierwszego przywódcy PZPR, Bolesława Bieruta (na zdjęciu), lekarzy nękano absurdalnymi decyzjami administracyjnymi, podatkami, nakazami pracy, utrudnianiem prowadzenia prywatnych praktyk.

**Władzy chodziło o to,
aby nie nadawać znaczenia
sprawie, aby świat
medyczny nie zauważył,
że zawód lekarza przestał
być wolnym zawodem.**

Projekt przesłano także do zaopiniowana okręgowym izmom lekarskim. Nie była to jednak dobra wola władz – tak w czasach reżimu Bieruta manifestowano uwzględnianie głosu „ludu” w podejmowanych decyzjach, i choć wiązało się to z manipulacją i propagandą, była to powszechnie stosowana praktyka. Likwidacja samorządu lekarskiego poprzez zniesienie odbywała się za czasów Jana Rutkiewicza, który funkcję prezesa NIL objął po prof. Mieczysławie Michałowiczu w skandalicznych okolicznościach nacisków ze strony władz. To jemu jako „swojemu” prezesowi zlecono dopilnowanie, by po protokołach związanych z opiniowaniem dokumentów likwidacyjnych przesłanych przez Ministerstwo Zdrowia pozostało jak najmniej śladów. I rzeczywiście z tamtego okresu zachowały się szczątkowe informacje na ten temat.

NISZCZYCIELSKIE MECHANIZMY

Ustawa o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych wprowadzała mechanizmy umożliwiające niszczenie dotychczasowego porządku prawnego w środowisku lekarskim i ubezwładniała lekarzy. Likwidując wraz z izbami instytucje ubezpieczeniowe (kasy pośmiertne), dawała przyzwolenie na roztrwonienie zebranych środków i pozostawiała ubezpieczonych z niczym. Przewidywała wprowadzić odszkodowania dla ubezpieczonych lekarzy po 65. r.ż., a dla wdów i sierot odprawy, których formę i wysokość miało w przyszłości

ustalić Ministerstwo Zdrowia, ale nigdy nie doszło do ich wypłacenia.

Dochodziło więc do ogromnych nadużyć i samowoli, których dopuszczał się likwidator izb lekarskich – m.in. wypłacał sobie i osobom biorącym udział w likwidacji specjalne nagrody. Zgodnie z zapisami ustawy koszty związane z likwidacją pokrywano z majątku izb i decydowały one o wysokości honorariów likwidatora. Jeśli napotkano na opór ze strony samorządowców, wchodzili komornicy, którzy bezwzględnie egzekwowali należności. Majątek ruchomy został przekazany Związkowi Zawodowemu Pracowników Służby Zdrowia, a nieruchomości przeszedł na własność skarbu państwa wraz z przepisaniem praw własności w księgach wieczystych. To miało swoje nieodwracalne konsekwencje.

Kiedy w 1989 r. doszło do odrodzenia izb lekarskich, działało się to

okręgowych izb zostały rewindykowane, ale tylko dzięki dobrej woli władz terenowych. Przeszkodą w badaniu tego tematu jest także skąpa dokumentacja zachowana z tego okresu.

OPÓR IZB OKRĘGOWYCH

Likwidując samorząd lekarski i lekarsko-dentystyczny, władze posunęły się jednak do jeszcze większej perfidii. Zgodnie z ustawą zaległe wierzytelności z tytułu składek członkowskich i opłat na rzecz prowadzonych przez izby instytucji ubezpieczeniowych, instytucji wzajemnej pomocy członków i ich rodzin podlegały ściąganiu w trybie egzekucji administracyjnych świadczeń pieniężnych. Zapis ten dawał możliwość wyegzekwowania od emerytów i wdów po emerytach pieniędzy, które stanowiły ich jedyne źródło utrzymania. Przejęto więc nie tylko mienie lekarzy, które gromadzili przez całe dwudziestolecie międzywojenne

Widząc, że na tym polu nic już nie można zrobić, izby przystąpiły do obrony spraw dotyczących etyki i deontologii. Oto treść zachowanej opinii OIL w Poznaniu na ten temat: „W uzasadnieniu do dekretu likwidacji izb poprzez zniesienie nie podano, że w zakresie działania izb znajduje się także krzewienie i stanie na straży etyki lekarskiej, godności i sumienności zawodowej wśród członków samorządu lekarskiego. Tymczasem w dokumencie tym brak postanowień dotyczących sądownictwa dyscyplinarnego i polubownego. Nie została też uwzględniona sprawa przyznawania lekarzom tytułów specjalistów, co powinno być ustalone i jasno określone przed likwidacją izb lekarskich”. Krytycznie do projektu ustawy odniosła się także OIL w Krakowie: „Projekt zajmuje się tylko sprawami majątkowymi izb lekarskich, sprawy etyki zawodowej pozostają nierozwiązane. Uważamy, że powinien on zakładać choćby istnienie sądów dyscyplinarnych i polubownych przy Wojewódzkich Wydziałach Zdrowia”.

ZACIERANIE ŚLADÓW

Samorząd lekarski już rok przed likwidacją był świadomy, że wszystko do niej zmierza, a wraz z postawieniem na stanowisku prezesa NIL Jana Rutkiewicza wiadano, że los izb jest przesądzony. Kluczowe w tym procesie uświadamiania sobie tej bolesnej prawdy było posiedzenie Zarządu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, które odbyło się w listopadzie 1948 r. Oprócz jego członków uczestniczyli w nim przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, gotowi – jak zapewniał wysłany przez dyrektora W. Titkova dr Eberhardt – wysłuchać głosów działaczy samorządowych. Spotkanie miało mieć charakter konsultacji, co okazało się fikcją.

Znów władza tworzyła pozory, że jej decyzje w sprawie dalszych losów samorządu lekarskiego mogą zależeć od tych dyskusji, a w rzeczywistości scenariusz dotyczący likwidacji został już napisany. Mimo to, dyskusja była gorąca. Dr Walc, przewodniczący Kolegium Rzeczników Dyscyplinarnych zaangażowany w tworzenie sądownictwa lekarskiego, stwierdził wówczas, że likwidacja izb jest poważnym błędem ze strony Ministerstwa Zdrowia – niezastąpione są zwłaszcza sądy

To jemu jako „swojemu” prezesowi zlecono dopilnowanie, by po protokołach związanych z opiniowaniem dokumentów likwidacyjnych przesłanych przez Ministerstwo Zdrowia pozostało jak najmniej śladów. I rzeczywiście z tamtego okresu zachowały się szczątkowe informacje na ten temat.

bez prawa do majątku utraconego na podstawie ustawy o zniesieniu izb z 18 lipca 1950 r. Już na I Krajowym Zjeździe Lekarzy w 1990 r. Naczelna Rada Lekarska zobowiązała się do podjęcia starań o rewindykację majątku przejętego w 1950 r. po likwidacji izb lekarskich przez skarb państwa i związki zawodowe. Jednak pojawiły się przeszkody, również prawne, które trudno było pokonać. Jedną z nich to zapis w ustawie z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, który te izby powołuje, a nie reaktywuje. Reaktywacja stwarzała podstawy prawne, by występować o zwrot majątku, powołanie takiej możliwości nie dawało. Okoliczności utraty majątku badała także Komisja Rewizyjna NRL, która stwierdziła, że fundusze posiadane przez izby przed likwidacją są nie do rewindykacji, gdyż zostały zużytkowane na likwidację izb. Niektóre obiekty należące do

i w trudnym okresie po wojnie, kiedy także płacili składki, choć często brakowało im środków do życia, ale też wyciągnięto rękę po świadczenia emerytalne i zapomogi.

Szczególnie na procederze przejęcia majątku izb po likwidacji samorządu lekarskiego ucierpiała OIL w Krakowie. Z protokołu dokumentującego te wydarzenia wynika, że istniejąca przy izbie Kasa Wzajemnej Pomocy Lekarzy otrzymywała od zarządu 100 tys. zł miesięcznie, z czego większość kwoty zabrał likwidator, a część przesłał na konto Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Podobnie było we wszystkich izbach.

Zanim uchwalono ustawę, jej projekt przesłano izbom do konsultacji, ale to była formalność, władze nie przyjmowały do wiadomości argumentów lekarzy sprzeciwiających się likwidacji.

dyscyplinarne, gdyż sądy państwowe nie są kompetentne do rozpatrywania np. spraw o błąd w sztuce lekarskiej albo o uchybienie deontologii lekarskiej.

Dr Jerzy Suchanek, członek Zarządu OIL w Warszawie, zaproponował natomiast, aby zwrócić się do resortu zdrowia o powołanie komisji sądowo-dyscyplinarnej oraz o rozwiązanie

wątpliwości, czy chodzi o ważny dokument dotyczący likwidacji samorządu lekarskiego. Uzasadnienie to najpełniej oddaje warunki i polityczny klimat, w jakich dokonana się likwidacja. Oto jego fragmenty: „W okresie ustroju kapitalistycznego w Polsce, rząd przedwrzesniowy dążąc do rozbicia dobrowolnych zrzeszeń zawodowych odgrywających dużą rolę w walce

Działania te doprowadziły do tego, że lekarz stał się takim samym pracownikiem państwowego systemu pracy etatowej jak buchalter, referent, tkaczka, palacz, sprzątaczką, a jego interesów miało odtąd strzec państwo i jego twór Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia.

problemu opieki nad wdowami i sierotami po lekarzach. Zresztą niekorzystne dla środowiska lekarskiego położenie sądów i sprawy socjalne (kasy samopomocy i kasy pośmiertne) będą najczęściej podnoszone jako niemożliwe do rozwiązania poza izbami lekarskimi. Uwagami, które padły na tym posiedzeniu, nikt z władz się nie przejął, nikt ich też nie uwzględnił w protokołach. Ewidentnie widać było, że władza, posługując się swoimi ludźmi w strukturach NIL i izb okręgowych, zacierała ślady po spotkaniach zarządów, chcąc, aby środowisko myślało, że ma ich przyzwolenie na likwidację.

NA KARTCE PAPIERU

O tym, jak bardzo władzy spieszyło się z likwidacją samorządu lekarskiego i jak bardzo chciała zrobić to bez rozgłosu, świadczy fakt, że projekt przekazany izbom do zaopiniowania, który miał decydować o tak ważnej sprawie jak losy lekarzy oraz lekarzy dentystów i ich rodzin, był napisany byle jak, bez oprawy stosownej dla tego rodzaju dokumentów. Władzy chodziło o to, aby nie nadawać znaczenia sprawie, aby świat medyczny nie zauważył, że zawód lekarza przestał być wolnym zawodem.

Do projektu było dołączone uzasadnienie, zamieszczone na niepodpisanej kartce papieru i gdyby nie zachowała się taka sama kartka w archiwach OIL w Krakowie, byłyby

kapitalistycznego przekształciła się w państwo demokracji ludowej dążące do socjalizmu, dalsze istnienie tego rodzaju samorządu zawodowego nie znajduje żadnego uzasadnienia. Z chwilą wejścia w życie ustawy z 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarki w służbie zdrowia, zawód lekarza i lekarza dentysty przestał być w zasadzie wolnym zawodem, a praktyka prywatna stanowi jedynie drobny fragment zatrudnienia tych pracowników”.

Odwołanie się w uzasadnieniu do tej ustawy to jeszcze jeden dowód na to, że likwidację samorządu lekarskiego i lekarsko-dentystycznego władze przygotowywały dużo wcześniej. Działania te doprowadziły do tego, że lekarz stał się takim samym pracownikiem państwowego systemu pracy etatowej jak buchalter, referent, tkaczka, palacz, sprzątaczką, a jego interesów miało odtąd strzec państwo i jego twór Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia. Doszło do pauperyzacji zawodu lekarza, czego skutki są odczuwalne do dziś. ■

Źródła:

Zygmunt Wiśniewski, „Kronika Izb Lekarskich w Polsce w latach 1945-2005”
Zygmunt Wiśniewski, „Lekarskie drogi (1945-1956) – Czasy reżimu Bieruta”

Pandemia w liczbach

W najbliższym czasie podobno aż milion połączeń telefonicznych zostanie wykonanych do osób, które jeszcze się nie zaszczepiły przeciwko COVID-19. – Pacjenta umówi konsultant infolinii – zapowiada minister zdrowia.

77% osób

w grupie powyżej 70 r.ż. było zarejestrowanych lub zaszczepionych (łącznie) w ostatnich dniach czerwca. Wśród osób w wieku 60-69 lat ten odsetek wyniósł 66 proc., wśród osób między 50. i 59. r.ż. – 56 proc., a w grupie wiekowej 18-29 lat – tylko 35 proc.

90%

jeśli w placówce POZ udział teleporad przekroczy ten odsetek, NFZ będzie mógł rozwiązać z nią umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia – wynika z projektu nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia opublikowanego pod koniec czerwca na stronie RCL.

150 osób

wynosi maksymalny limit obowiązujący od 26 czerwca do, przynajmniej teoretycznie, końca wakacji w klubach nocnych, dyskotekach i innych miejscach udostępnionych do tańczenia. Limit nie dotyczy jednak osób w pełni zaszczepionych przeciw COVID-19.

954 zgony

z powodu COVID-19 i jego współistnienia z innymi schorzeniami – to najwyższa jak dotąd liczba podana w codziennych raportach przez Ministerstwo Zdrowia. Była ona jednak wynikiem m.in. opóźnień w raportowaniu ze strony placówek medycznych spowodowanych okresem świąt wielkanocnych.

1,8 tys.

pacjentów objęto opieką w Szpitalu Narodowym w Warszawie, który był największą placówką tymczasową dedykowaną chorym na COVID-19 w Polsce. W jej funkcjonowanie zaangażowanych było ok. 1,2 tys. osób, w tym 500 pielęgniarek, 300 lekarzy, 250 ratowników medycznych, a także 100 salowych i sanitariuszy.

12,2 tys.

NOP-y zgłoszono do Państwowej Inspekcji Sanitarnej od rozpoczęcia szczepień przeciw COVID-19 pod koniec grudnia ub.r. do 28 czerwca br. Zdecydowana większość (ponad 10,3 tys.) miała łagodny charakter (zacerwienie, krótkotrwała bolesność w miejscu wkłucia).

2 mln zł

otrzyma gmina z najwyższym odsetkiem zaszczepionych przeciw COVID-19, a pierwszych 500 gmin, w których zaszczepi się 67 proc. mieszkańców, po 100 tys. zł – to najnowsze pomysły rządu w ramach kampanii zachęcającej do szczepień.

12 mln

Polaków zostało w pełni zaszczepionych dwiema dawkami preparatów od firm Pfizer/BioNTech, Moderna i AstraZeneca lub jednodawkową szczepionką Johnson & Johnson w ciągu pół roku od rozpoczęcia w naszym kraju Narodowego Programu Szczepień.

5,7 mld zł

na dodatkowe wynagrodzenie dla personelu medycznego za pracę w związku ze zwalczaniem epidemii COVID-19 NFZ wypłacił szpitalom do połowy czerwca. Pieniądze trafiły do m.in. do lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych z 693 podmiotów leczniczych.

ANALIZA

W napięciu



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Pierwsza fala pandemii była kompletnym zaskoczeniem, podobnie jak skala drugiej i trzeciej. Czy zaskoczy nas również czwarta fala? Czy Polska jest przygotowana na szybki wzrost liczby pacjentów covidowych, co może, choć oczywiście wcale nie musi, nastąpić?

Tego lata nie wszyscy lekarze beztrząsco wypoczywają, nawet jeśli zdrowie im dopisuje i mogą sobie pozwolić na urlop w wymarzonej miejscowości. Niektórzy zastanawiają się, czy po wakacjach, wraz z powrotem dorosłych do pracy, a dzieci i młodzieży do szkół, nie zacznie wzbierać kolejna fala pandemii COVID-19 – tak jak zdarzyło się w ubiegłym roku. W pamięci mają też szybkie tempo wzrostu hospitalizowanych pacjentów w marcu i kwietniu br., co część placówek rozłożyło na łopatki.

Rok temu koronawirus miał być w odwrocie, pandemia została pokonana, mieliśmy wracać do normalności – takie opinie płynęły wtedy z ust części najważniejszych osób w naszym państwie i rozmaitych komentatorów. Mimo że w dalszym ciągu w błysku kamer telewizyjnych lub za pośrednictwem mediów społecznościowych uprawia się epidemiczne jasnowidztwo, wydaje się, że rzadziej dochodzi do tak ostentacyjnego lekceważenia koronawirusa, co nie znaczy, że nie ma osób negujących zagrożenie stwarzane przez niekontrolowane szerzenie się wirusa SARS-CoV-2. W innych krajach też ich nie brakuje.

NADZIEJE I OBAWY

Najkrótsza odpowiedź na pytanie, co wydarzy się jesienią, brzmi: nie wiadomo. Optymizm i nadzieje miesza się ze sceptycyzmem i obawami. Na to, czy dojdzie do czwartej fali pandemii, może wpłynąć wiele czynników: brak odporności populacyjnej, niewystarczające tempo szczepień, wzrost interakcji społecznych i mobilności, powrót do mniej rygorystycznych zwyczajów higienicznych, luzowanie niektórych obostrzeń, sprawność służb odpowiedzialnych za walkę z epidemią i szybkość ich działania, pojawienie się nowych, groźniejszych wariantów wirusa, na które w dodatku nie muszą być skuteczne obecnie stosowane szczepionki, postępująca utrata odporności u części ozdrowieńców, a zwłaszcza tych, u których jest słaba lub krótkotrwała. Długo można by jeszcze wymieniać. Na pewne czynniki mamy wpływ, na inne nie. Sytuację komplikuje fakt, że rozwój pandemii w Polsce zależy także od okoliczności panujących w innych krajach,

w tym położonych z dala od Europy. W zglobalizowanym świecie, korzystając z dobrodziejstw międzynarodowej wymiany towarów i usług oraz łatwego przemieszczania się na znaczne odległości, szerzenie się chorób zakaźnych następuje szybko. To jeden z powodów, dla których istotne znaczenie w przeciwdziałaniu pandemii mają służby sanitarno-epidemiologiczne.

NIE ŁÓŻKA, A LABORATORIA

– W tej chwili priorytetem w walce z koronawirusem nie jest budowanie bazy szpitalnych łóżek covidowych, a możliwości sekwencjonowania genomu wirusa SARS-CoV-2 – mówi minister zdrowia Adam Niedzielski. Trwa rozbudowa sieci laboratoriów sanepidu w Warszawie, Łodzi, Katowicach, Olsztynie, Rzeszowie i Gorzowie Wielkopolskim, tak by w sierpniu dało się sekwencjonować kilka tysięcy próbek genomu koronawirusa tygodniowo (obecnie wykonuje się około tysiąca) bez potrzeby wysyłania ich za granicę, a wynik badania poznać przed upływem izolacji zakaźnego. – Jakość wywiadów epidemiologicznych i szybkość uzyskiwania wyników sekwencjonowania to obecnie kluczowe elementy ograniczania pandemii – uważa Krzysztof Saczka, zastępca głównego inspektora sanitarnego. Osoby, u których zostaną wykryte groźne warianty koronawirusa, zwolnienie z kwarantanny i izolacji uzyskają dopiero po negatywnym wyniku testu.

16 SZPITALI TYMCZASOWYCH

Na najbliższe tygodnie wojewodowie opracowali plany organizacji bazy łóżkowej dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia i zakażonych SARS-CoV-2, uwzględniające m.in. działalność szpitali tymczasowych. W ostatnich miesiącach działało łącznie 35 takich placówek. W każdym z województw istniała przynajmniej jedna, a nad większością nadzór sprawowały urzędy wojewódzkie. Nie tylko tam trafiali pacjenci covidowi, ale bez wątpienia odegrały pewną rolę w walce z pandemią, choć spory o sens ich tworzenia nie gasną m.in. dlatego, że wydatki na utworzenie kilku szpitali tymczasowych wprawiają w zakłopotanie nawet najbardziej zagorzałych zwolenników rządowej strategii walki z COVID-19. Pod koniec marca

premier Mateusz Morawiecki deklarował, że część z nich zostanie przekształcona w szpitale rehabilitacji pocovidowej, ale na razie – jak się dowiedziałem w resorcie zdrowia – nie ma ostatecznych decyzji w tej sprawie. Wiadomo za to, że w okresie wakacyjnym ma działać 16 szpitali tymczasowych w 12 województwach (aktywnych placówek w ogóle nie będzie w Łódzkiem, Pomorskiem, Kujawsko-Pomorskiem i Świętokrzyskiem). Tak zdecydowali wojewodowie w porozumieniu z oddziałami wojewódzkimi NFZ.

LUBELSKIE

Mając na względzie m.in. koszty utrzymywania szpitali tymczasowych w obliczu znacznego spadku zachorowań i hospitalizacji, starano się pozostawić placówki utworzone na bazie istniejącej infrastruktury szpitalnej, a likwidować te w obiektach niepełniających funkcji medycznych (hale targowe, kongresowe czy sportowe). Tej zasady nie dochowano na Lubelszczyźnie, gdzie od grudnia w hali Targów Lublin działa szpital tymczasowy i na razie to się nie zmieni. Do końca sierpnia utrzymany zostanie jeden moduł złożony z 28 łóżek. – Dalsze działania, rozwinięcie miejsc lub przejście w stan pasywny, będą podejmowane w zależności od rozwoju sytuacji epidemicznej – mówi Agnieszka Strzépka, rzecznik prasowy wojewody lubelskiego.

ŚLĄSKIE, WIELKOPOLSKIE

Od tej reguły odstąpiono również w woj. śląskim (dalej ma istnieć placówka utworzona na lotnisku w Pyrzowicach niedaleko Katowic) i woj. wielkopolskim (w czasie wakacji będzie funkcjonował szpital tymczasowy na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich). – Model docelowy zakłada zachowanie działalności szpitala tymczasowego poprzez stałe utrzymanie modułu podstawowego, tj. 56 łóżek i 10 łóżek respiratorowych, z możliwością szybkiego reagowania poprzez uruchamianie kolejnych modułów w zależności od liczby zachorowań – informuje Tomasz Stube z Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego. Tamtejszy wojewoda podjął decyzję o zmianie placówki wiodącej z Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia w Poznaniu na miejscowy ZOZ MSWiA. Wakacyjna reorganizacja opieki szpitalnej w Wielkopolsce zakłada na II poziomie zabezpieczenia covidowego istnienie buforu złożonego z łóżek w oddziałach zakaźnych. Dodatkowym wsparciem pozostaną oddziały covidowe ze stałą liczbą łóżek. Na północy regionu wsparcie ma stanowić szpital w Czarnkowie, a na południu – Pleszewskie Centrum Medyczne i ZZOZ w Ostrowie Wielkopolskim.

MAZOWIECKIE

W okresie wakacyjnym najwięcej aktywnych szpitali tymczasowych, bo aż cztery, pozostanie w woj. mazowieckim (Szpital Południowy w Warszawie, szpital modułowy utworzony na terenie Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, Radomski Szpital Specjalistyczny, Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach). Te utworzone przez PKN Orlen w Płocku i Ostrołęce, od 1 czerwca przeszły w tryb pasywny, ale są przygotowane do uruchomienia w ciągu kilku dni. Na Mazowszu pieczę nad zabezpieczeniem infrastruktury covidowej sprawuje wojewoda Konstanty Radziwiłł, który nie waha się korzystać ze specprzepisów wprowadzonych w czasie pandemii. Wojewoda mazowiecki w znacznym stopniu

Ukłucie za 1 mln zł

Wbrew zapowiedziom sprzed kilku miesięcy, we wrześniu w warszawskiej Polfie Tarchomin nie ruszy linia produkcyjna przystosowana do nalewania do fiolek i pakowania szczepionek przeciw COVID-19, co miało przyspieszyć Narodowy Program Szczepień. Szansa na uruchomienie nowoczesnej ampułkarni wciąż istnieje, ale inwestycja utknęła w martwym punkcie. Uśmiechnięte twarze w telewizji czy na billboardach nie zachęciły części społeczeństwa do udania się do punktu szczepień. W tym celu podejmowane są coraz bardziej nieszablonowe działania, choć nie dają gwarancji, że przekonają dotychczas nieprzekonanych. Rząd kusi wygraną 1 mln zł w ramach specjalnej loterii, która ma ruszyć w lipcu. W okresie wakacyjnym w niektórych regionach pojawiają się mobilne kontenery umożliwiające przyjęcie jednodawkowego preparatu firmy Johnson & Johnson bez wcześniejszej rejestracji.

odpowiada za to, że przez najbliższe tygodnie jedna z dwóch placówek tymczasowych w Warszawie wciąż ma działać w wybudowanym ze środków miasta Szpitalu Południowym. Od końca marca kieruje nim komisarz wskazany przez ministra zdrowia. Władze stolicy chcą odzyskać placówkę, ale resort odpowiada, że Warszawa ma wiele łóżek szpitalnych, więc sobie bez niej poradzi. – To jest kradzież – twierdzi wiceprezydent stolicy Renata Kaznowska. W innych regionach też dochodzi do sporów, ale nigdzie nie iskrzy tak mocno.

DOLNOŚLĄSKIE, ZACHODNIOPOMORSKIE

Miesiąc temu zlikwidowano najdroższy szpital tymczasowy w Polsce, zlokalizowany przy ul. Rakietowej we Wrocławiu (jego utworzenie pochłonęło ponad 75 mln zł). Placówka przyjęła 642 pacjentów, czyli trzy razy mniej niż Szpital Narodowy w Warszawie. W okresie wakacyjnym jedyny szpital tymczasowy na Dolnym Śląsku ma działać w ramach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy. Kilka tygodni temu swój żywot zakończył również szpital tymczasowy w szczecińskiej Netto Arenie. Nie trafił tam żaden pacjent. Przez najbliższe tygodnie placówka tymczasowa w woj. zachodniopomorskim ma działać tylko w jednym z budynków Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie.

WARMIŃSKO-MAZURSKIE, PODLASKIE

W okresie wakacyjnym w woj. warmińsko-mazurskim zostaną utrzymane dwa szpitale tymczasowe (ZOZ-y w Szczytnie i Nidzicy), a w woj. podlaskim – jeden – w kompleksie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Na Podlasiu plan zakłada, jak się nietrudno domyślić, stopniowe zwiększanie liczby łóżek szpitalnych i wykonywanych świadczeń medycznych we wszystkich specjalistycznych zakresach, tak by zapewnić pomoc osobom z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2, a także z innymi schorzeniami. – Podstawą tych działań są podmioty lecznicze z oddziałami zakaźnymi, które zostały dostosowane do potrzeb pacjentów covidowych zarówno pod względem organizacyjno-technicznym, jak i w zakresie zabezpieczenia tlenoterapii. Ważną rolę odegrają także szpitale tymczasowe, których uruchomienie odciążą np.



23 maja ostatni pacjent opuścił Szpital Narodowy w Warszawie. Działalność placówki została zawieszona.

W czterech województwach nie będzie aktywnych szpitali tymczasowych.

szpitale powiatowe – wyjaśnia Kamila Ausztol z Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego.

PODKARPACKIE

W związku z tym, że szpital tymczasowy na Podkarpaciu powstał na bazie nowego skrzydła ZOZ MSWiA w Rzeszowie, nie było konieczne ponoszenie dodatkowych kosztów z tytułu wynajmu i modernizacji, a ponadto w czasie trzeciej fali częściowo przystosowano go do leczenia pacjentów chorych na COVID-19. To pewnie przesądziło, że w czasie wakacji znajdzie się tam jedyna w regionie placówka tymczasowa złożona z 38-łóżkowego modułu (w tym 10 respiratorów), przeznaczona dla osób z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. – Na okres niskiej zachorowalności przyjęto, iż w każdym szpitalu powiatowym utworzono izolátky dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia, natomiast w szpitalach posiadających w swoich strukturach oddział obserwacyjno-zakaźny wydzielono łóżka dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem i respiratory – wyjaśnia Michał Mielniczuk, rzecznik prasowy wojewody podkarpackiego. Zapewnia, że w razie pogorszenia się sytuacji epidemicznej podkarpackie szpitale są przygotowane do szybkiego uruchomienia łóżek dla pacjentów z COVID-19.

MAŁOPOLSKIE, OPOLSKIE, LUBUSKIE

Pozostałe szpitale tymczasowe będą się mieścić w Centrum Urazowym Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie, Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Opolu i Szpitalu Uniwersyteckim w Zielonej Górze. Ten ostatni, jak informuje dyrektor biura wojewody lubuskiego Karol Zieleniński, ma działać przynajmniej do końca roku. W tym regionie przy zwiększaniu bazy łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia lub zakażonych SARS-CoV-2 zostaną wzięte pod uwagę głównie dwa

wskaźniki: zajętość łóżek powyżej 70 proc. i zapadalność na COVID-19 powyżej 30/100 tys. mieszkańców województwa. W jednym i drugim przypadku sygnałem alarmowym będzie trend wzrostowy utrzymujący się minimum 7 dni.

POMORSKIE, ŚWIĘTOKRZYSKIE

W woj. pomorskim, gdzie przez najbliższe tygodnie nie będzie aktywnej żadnej placówki tymczasowej, w gotowości są utrzymywane miejsca w szpitalach stacjonarnych dla zakażonych koronawirusem w ramach trzech poziomów zabezpieczenia: I – 122 łóżka, II – 306 i III – 163. Marcin Tymiński z Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku zapewnia, że przygotowano miejsca do kwarantanny zorganizowanej i zgromadzono zapasy środków ochrony indywidualnej, a wyposażenie placówek tymczasowych nie rozplynęło się w powietrzu. – Sprzęt ze szpitali tymczasowych będzie głównie w dyspozycji szpitali patronackich, częściowo wykorzystywany do ich bieżącej działalności i częściowo zgromadzony jako zapas w gotowości do użycia. Jego właścicielem są szpitale patronackie. Sprzęt niewykorzystany będzie rozdysponowany do placówek stacjonarnych, utrzymujących w gotowości łóżka covidowe – dodaje przedstawiciel PUW. W woj. świętokrzyskim, gdzie przez najbliższe tygodnie nie będzie żadnego aktywnego szpitala tymczasowego, sprzęt z placówki do niedawna działającej w hali Targów Kielce trafi do szpitali stacjonarnych.

CO ZE SPRZĘTEM MEDYCZNYM?

Zgodnie z rekomendacją resortu zdrowia, wszelkie zasoby stanowiące wsparcie na czas epidemii wojewodowie powinni optymalnie wykorzystać. Przez ostatnie miesiące niektóre podmioty lecznicze otrzymały sprzęt medyczny z Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych zarówno z obowiązkiem zwrotu (zawierano umowy czasowego udostępnienia), jak i bez tej konieczności (przekazanie na rzecz wojewody z przeznaczeniem dla placówek zaangażowanych w walkę z COVID-19). Z kolei to, co zakupiono ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, pozostaje własnością szpitala patronackiego. ■

Cisza przed burzą?

Tegoroczne lato, trochę podobnie jak rok temu, upływa pod znakiem obaw przed kolejną falą pandemii. Nie wiadomo, co nastąpi jesienią i czy tak jak wiosną szpitale nie zapełnią się pacjentami covidowymi.

GazetaLekarska.pl



dr hab. **Jerzy Jaroszewicz**
kierownik Oddziału
Obserwacyjno-Zakaźnego
i Hepatologii Szpitala
Specjalistycznego nr 1
w Bytomiu

Uważam, że po wakacjach nadejdzie czwarta fala pandemii, ale jej rozmiar będzie nieporównywalnie mniejszy od drugiej i trzeciej. O ile nie będzie wysoko zaraźliwego wariantu SARS-CoV-2, bardziej niebezpiecznego niż nadchodzący wariant Delta, to liczba osób zakażonych nie powinna przekroczyć kilku tysięcy zachorowań w ciągu doby. Przy takim obciążeniu nasz system opieki sobie poradzi. W poprzednich miesiącach zaczynaliśmy mieć kłopoty, gdy liczba zachorowań w skali kraju przekraczała 10-15 tys. na dobę. Jesienią

to się raczej nie powinno zdarzyć m.in. dzięki dość dużemu odsetkowi osób zaszczepionych w całej populacji – choć ta liczba mogłaby być znacznie większa – i tu widzę główne zagrożenie. W okresie wakacyjnym wystarczy zostawić małą część szpitali

W całym kraju procedury są przetrenowane.

w trybie czuwania, a większość powinna pracować normalnie z możliwością szybkiego przekształcenia w obliczu zagrożenia epidemicznego. Wiosną pacjentami covidowymi zajmowały się trzy szpitale w Bytomiu, do których trafiali pacjenci z całego województwa śląskiego, choć w znacznym stopniu osoby z naszego miasta, ale w tej chwili utrzymywanie ich

nie ma sensu. W naszym szpitalu w ciągu dwóch tygodni jesteśmy w stanie zwiększyć liczbę łóżek dla chorych z SARS-CoV-2 trzykrotnie – z 35 do ok. 120. W całym kraju procedury są przetrenowane. Aby nie zmarnować jednak 2-3 miesięcy spokoju, w naszym wspólnym interesie jest przyspieszenie akcji szczepień. W moim oddziale nie mieliśmy jeszcze pacjenta z objawowym COVID-19 po dwóch dawkach szczepienia, co bez wątpienia o czymś świadczy. Pacjenci po pierwszej dawce jednak się trafiali. W porównaniu z tamtym rokiem sytuacja jest zupełnie inna. Większość lekarzy nie była wtedy mentalnie nastawiona na taką liczbę osób zakażonych, z jaką mieliśmy do czynienia w czasie drugiej i trzeciej fali. W czerwcu 2020 r. byliśmy wkrótce po pierwszej fali, gdy w skali dnia mieliśmy po kilkuset zakażonych, podczas gdy już w październiku liczyliśmy ich w tysiącach. ■



dr **Jerzy Friediger**
dyrektor Szpitala
Specjalistycznego
im. S. Żeromskiego w Krakowie,
członek Prezydium NRL

Wszyscy mówią o nadejściu czwartej fali, choć u progu wakacji – oprócz prawdopodobieństwa statystycznego – nic na to nie wskazuje. Nie wiadomo jednak, czy nie jest to cisza przed burzą. Przede wszystkim rząd nie powinien zmarnować najbliższych tygodni. Teraz jest pora nie tyle na to, by się cieszyć, że w porównaniu do szczytu pandemii w zasadzie nic złego się nie dzieje, ale na to, by się przygotować w myśl przysłowia: „si vis pacem, para bellum”, tak jak działa wojsko. W okresie pokoju przygotowuje plany, z których można będzie kiedyś skorzystać albo i nie. Potrzebujemy jasno określonej taktyki

i dokładnie zaplanowanych działań, które zostaną podjęte w przypadku wzbierania czwartej fali pandemii. Musimy wiedzieć, gdzie w pierwszej kolejności kierować coraz liczniejszych pacjentów z COVID-19, która placówka zamieni się w szpital covidowy, na jakie cele powinny trafić dodatkowe

Musimy wyprzedzić epidemię o krok.

pieniądze. Te plany powinny powstawać właśnie teraz, a jeśli jesienią z nich nie skorzystamy, to będziemy się cieszyć, że udało się nam wyjść z zagrożenia obronną ręką. Najważniejsze jest to, by odpowiednio szybko podjąć działania zaradcze, a nie szukać doraźnych rozwiązań dopiero wtedy, gdy liczba osób zakażonych zacznie szybko przyswierać. Nie tak dawno obserwowaliśmy, do

czego prowadzi chaos w obliczu szybkiego wzrostu zakażeń koronawirusem. Drugim ważnym zadaniem jest baczna obserwacja sytuacji zarówno w Polsce, jak i za granicą. Jeżeli zwiększy się ilość zachorowań u naszych sąsiadów, to nie mamy powodów sądzić, że Polskę to ominie. Musimy wyprzedzić epidemię o krok, zamiast reagować na to, co aktualnie się dzieje. Jako optymista nie uważam, że coś musi się nieuchronnie wydarzyć, ale kiedy sytuacja epidemiczna zacznie się pogarszać, to nie wolno czekać, aż dojdzie do przeciążenia systemu ochrony zdrowia. Mamy złe doświadczenia z poprzednich miesięcy walki z COVID-19, wiemy, co zostało niedopilnowane, a także, co należy poprawić lub wzmocnić. Wiemy, w jaki sposób rozwija się epidemia i jak przebiega choroba u pacjentów. Wprawdzie nikt nie był przygotowany na nadejście groźnej choroby zakaźnej w skali, z jaką mieliśmy do czynienia, ale to nie zwalnia rządu z odpowiedzialności, aby teraz m.in. wzmocnić służby sanitarne. ■



Jakub Kraszewski
dyrektor naczelny
Uniwersyteckiego Centrum
Klinicznego w Gdańsku

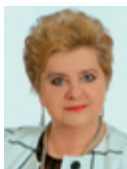
Jesteśmy przygotowani do elastycznego rozwinienia struktur na potrzeby walki z COVID-19, ponieważ „przetrenowaliśmy” to już dwukrotnie. Jeśli w związku z nadejściem kolejnej fali pandemii pojawi się duży wzrost liczby osób zakażonych i będzie potrzebne wsparcie, gdy zapełnią się szpitale tymczasowe i placówki przekształcone na szpitale covidowe, niezwłocznie uruchomimy również naszą bazę.

W krótkim czasie jesteśmy w stanie wygospodarować 120 łóżek covidowych. Cały czas obsługujemy zakresy covidowe, które nam przypisano, takie jak położnictwo czy ginekologia. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

Bardzo ważne jest zabezpieczenie barierowe.

pełni funkcję m.in. centrum onkologii, szpitala kardiologicznego czy – w ramach pilotażu – centrum udarowego. Leczymy pacjentów w wielu wysoko specjalistycznych dziedzinach. Takie placówki trzeba jak

najdłużej chronić przed ograniczeniem działalności z powodu pandemii i, o ile jest to możliwe, izolować przed napływem pacjentów, których problem zdrowotny stanowi wyłącznie infekcja wirusowa. Każdy szpital może udzielić pomocy określonej grupie chorych. Oczywiście możemy leczyć tylko pacjentów covidowych, ale to trochę mija się z celem, ponieważ „wypieramy” wtedy z naszej placówki tych, którzy potrzebują opieki specjalistycznej w ramach innych zakresów. Szpitale covidowe powinny być placówkami podstawowego zabezpieczenia, natomiast szpitale specjalistyczne, zwłaszcza onkologiczne, najlepiej gdyby zostały wyłączone z tego typu działań, tak by na ich pracę nie wpływała sytuacja epidemiczna. ■



Bożena Janicka
prezes Porozumienia
Pracodawców Ochrony
Zdrowia

Promowanie szczepień przeciwko COVID-19 to najważniejsze zadanie na najbliższe tygodnie dla rządzących, ale również dla środowiska lekarskiego. Za mało mówi się o tym, że dzięki wyszczepieniu jak największej części społeczeństwa, powstanie bariera populacyjna, co leży w naszym wspólnym interesie. Niestety brakuje zakrojonej na szeroką skalę akcji edukacyjnej, a działania informacyjne,

które widzimy, pozostawiają wiele do życzenia. Zdecydowanie za mało zachęca się młodzież do zaszczepienia przeciw COVID-19. Bez względu na to, czy kolejna fala nadejdzie, czy nie, w dalszym ciągu trzeba przypominać społeczeństwu

Nierozwiązywane problemy zdrowotne mszczą się.

o korzyściach ze stosowania „zasady DDM”, czyli utrzymywania bezpiecznej odległości od innych, tak istotnej przy ograniczaniu ryzyka różnych chorób zakaźnych, dezynfekowania i częstego

mycia rąk oraz noszenia maseczek. W okresie letnim zastąpienie ust i nosa jest ważne w dużych skupiskach czy w sytuacji, gdy ktoś kaszle. Jako lekarze powinniśmy tłumaczyć, że to nie są nakazy czy rygory, ale dobre nawyki wynikające ze zdrowego rozsądku i troski o innych. Tegoroczne wakacje w wielu placówkach ochrony zdrowia będą bardzo pracowite, bo wszyscy staramy się nadrobić zaległości diagnostyczno-lecznicze. Poza COVID-19 wielu pacjentów zmagają się na co dzień z innymi schorzeniami, a nierozwiązywane problemy zdrowotne mszczą się w czasie pandemii. Potrzeby są ogromne, a pod względem rozpowszechnienia zachowań antyzdrowotnych niestety gonimy „zły świat”. ■



dr Jerzy Gryglewicz
ekspert ds. ochrony zdrowia
Uczelni Łazarskiego

Z dużą ostrożnością podchodzę do prognoz dotyczących sytuacji, która może wydarzyć się w przyszłości, bo są one obarczone dużym błędem. Nie wiem, dlaczego niektórzy politycy i eksperci tak jednoznacznie stwierdzają, że kolejna wielka fala pandemii COVID-19 na pewno nadejdzie późnym latem lub jesienią. Obecnie mamy dosyć wysoki poziom zaszczepienia i dużą liczbę osób, które już przechorowały COVID-19, więc odporność populacyjna powinna

być na wysokim poziomie. Biorąc pod uwagę choćby tylko te dwa powody, czwarta fala – o ile oczywiście naprawdę do niej dojdzie – powinna być zdecydowanie mniejsza od dwóch ostatnich. Zakładając jesienny wzrost liczby wszystkich

Odporność populacyjna powinna być na wysokim poziomie.

zakażeń wirusowych, w tym także grypy, okres wakacyjny powinno się wykorzystać na opracowanie krytycznej analizy funkcjonowania systemu w trakcie pandemii w celu identyfikacji

błędów, których można by uniknąć w przyszłości. W oparciu o dane naukowe warto też dokonać analizy skuteczności stosowania poszczególnych tak zwanych obostrzeń. Na tej podstawie należy dokonać korekt w przypadku pojawienia się nowej epidemii lub nasilenia się obecnej. Warto zaznaczyć, że nie wszystkie szpitale tymczasowo zostały zlikwidowane, bo część z nich nadal pozostaje w gotowości i nie ma ryzyka braku dostępności do łóżek w oddziałach intensywnej terapii. Kluczowym działaniem powinno być natomiast usprawnienie i koordynacja funkcjonowania ratownictwa medycznego, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, a zwłaszcza POZ, aby osoby zakażone SARS-CoV-2 i innymi patogenami miały ograniczoną możliwość kontaktu z innymi chorymi. ■

Beata Wierchowska radca prawny NIL

Akredytacja, której nie było

Do Naczelnej Izby Lekarskiej wpływały sygnały, że na stronie internetowej jednej z firm prowadzących szkolenia dla kosmetologów, umieszczane są wpisy sugerujące rzekomą weryfikację przez bliżej nieokreśloną izbę lekarską szkoleń prowadzonych przez tę firmę.

Na stronie napisano: „Uprawnienia prowadzonego Ośrodka do szkoleń Kosmetologów pozytywnie zweryfikowane przez Izbę Lekarską!” „...jest wiodącym ośrodkiem [...] jedynym pozytywnie zweryfikowanym do takich szkoleń przez Izbę Lekarską”. Odbiorca tej informacji może więc uznać, że w ramach swoich ustawowych zadań samorząd lekarski weryfikował szkolenia prowadzone przez tę firmę, co oczywiście nie było prawdą. Jak wiadomo, nie ma możliwości akredytacji przez izby lekarskie szkoleń dla innych grup zawodowych. Zgodnie z art. 19 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pozytywną akredytację mogą uzyskać wyłącznie podmioty, które prowadzą

szkolenie dla lekarzy i lekarzy dentyków, a nie dla kosmetologów.

W grudniu 2018 r. NIL wystosował do tej firmy wezwanie do natychmiastowego zaprzestania rozpowszechniania nieprawdziwych i wprowadzających w błąd informacji poprzez ich usunięcie ze strony internetowej. Wobec braku reakcji na owo wezwanie sprawa trafiła na wokandę sądową. W ocenie NIL postępowanie się zmanipulowaną informacją o rzekomej weryfikacji przez izbę lekarską naruszyło dobra osobiste samorządu lekarskiego, jako instytucji zobowiązanej do sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu przez lekarzy i lekarzy dentyków.

Zarówno Sąd Okręgowy w Warszawie, który prowadził postępowanie w I instancji¹, jak i Sąd Apelacyjny w Warszawie², przyznały rację NIL. Sądy te uznały, iż bezprawne powoływanie się na autorytet samorządu zawodowego zrzeszającego przedstawicieli zawodów lekarza i lekarza dentystry jako zawodów

zaufania publicznego niewątpliwie stanowi naruszenie jego dóbr osobistych i może nieść za sobą daleko idące konsekwencje. W ocenie sądów takie działania godzą w dobre imię NIL i naruszają jej renomę jako instytucji powołanej do ochrony interesów zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków.

Sądy nakazały, aby firma usunęła bezprawne wpisy ze swej strony internetowej w ciągu siedmiu dni od uprawomocnienia się wyroku. I rzeczywiście, wpisy zostały usunięte ze strony internetowej, która była przedmiotem sporu. Okazało się jednak, że prawdopodobnie już w trakcie procesu firma ta założyła nową stronę internetową, na której również zamieściła identyczne wpisy. I, co ważne – utrzymuje te wpisy nawet po wyroku stwierdzającym bezprawność tych konkretnych sformułowań. Dla NIL oznacza to kolejną batalię sądową. ■

¹Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 29 września 2020 r. II C 489/19

²Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26 maja 2021 r., V ACa 5/21

Pieczątka lekarza

Uregulowań prawnych w kwestii treści pieczętki lekarskiej próżno szukać w przepisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, czy też w przepisach ustawy o izbach lekarskich.

W tym zakresie obowiązuje uchwała Nr 110/05/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 września 2005 r. w sprawie treści pieczętki lekarskiej. Zgodnie z jej postanowieniami, pieczętka lekarska musi zawierać następujące dane: imię i nazwisko; tytuł zawodowy – tj. „lekarz” („lek.”) albo „lekarz dentystry” („lek. dent.”); numer prawa wykonywania zawodu; posiadane specjalizacje, zgodnie z brzmieniem określonym w dyplomie lub zaświadczeniu potwierdzającym ich uzyskanie. Ponadto dopuszczalne jest umieszczenie na pieczętce lekarskiej innych danych, takich jak: tytuł i stopień



naukowy; umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach

lekarza i lekarza dentystry (zgodnie z brzmieniem określonym w świadectwie potwierdzającym posiadanie tych umiejętności); numer umowy z NFZ upoważniającej lekarza do wystawiania recept; numer telefonu; adres. ■



Marta Jakubiak
redaktor naczelna

GRANICE WOLNOŚCI WYPOWIEDZI

Kto nie reaguje, ten się zgadza

Z prof. Hubertem Izdebskim, członkiem – korespondentem Polskiej Akademii Nauk, radcą prawnym i wykładowcą akademickim, rozmawia Marta Jakubiak.

Jak zareagowałby pan, słysząc publiczną wypowiedź adwokata, że nonsensem jest domniemana niewinność oskarżonego? Albo opinię sędziego, że nie istnieją racjonalne podstawy do stosowania zasad niezawisłości?

Pomyślałbym, że coś z nimi jest nie tak, w sensie stanu intelektualnego czy wręcz psychicznego. Jeżeli mówiliby to z pełnym przekonaniem, to oznaczałoby, że nie nadają się do zawodów, które reprezentują.

Osobom pełniącym określone funkcje i wykonującym niektóre zawody, w szczególności zaliczające się do tych z kategorii zaufania publicznego, wolno mniej.

Dlaczego?

Zawód zaufania publicznego musi spełniać wymogi zaufania – musi być wiarygodny. I to znacznie ogranicza wolność wypowiedzi, dlatego wolno mniej. Także politykowi wolno mniej. Księdzu też. Nauczycielowi wolno mniej, i to nie tylko w szkole, ale też poza nią. Lekarzowi też. Sędziemu wolno jeszcze mniej.

Przedstawiciele zawodów zaufania publicznego w swojej pracy muszą kierować się obiektywizmem i tym, co zostało uznane za prawdziwe albo naukowe. To, co mówią, rodzi konkretne skutki, z czego muszą zdawać sobie sprawę. Niektórzy – sędzia na pewno (sędzia jest szczególnym funkcjonariuszem publicznym, wskutek tego jego zawód nie jest uważany za zawód zaufania publicznego w rozumieniu art. 17 ust. 1 Konstytucji RP), adwokat w trochę mniejszym stopniu – są też obowiązani działać zarówno w życiu zawodowym, jak

innego, oznacza to, że jest rozchwiany moralnie. Albo nie wie, co mówi, albo świadomie głosi nieprawdę. Nieświadomie źle, świadomie jeszcze gorzej. Taka osoba nie nadaje się do tego zawodu. Myślę, że podobnie jest z lekarzami i lekarzami dentykami, choć oczywiście nie da się tych zawodów porównać w tak prosty sposób.

Każdy zawód zaufania publicznego ma swoją ustawę korporacyjną, na podstawie której samorządy zawodowe ustalają swoje kodeksy i zasady etyki zawodowej.

W Polsce mamy wolność wypowiedzi. Są chyba jednak jakieś granice?

Oczywiście, i to bardzo liczne. W art. 31 ust. 3 Konstytucji RP zapisano, że wolność wypowiedzi można ograniczyć, ale wyłącznie ustawą. I granice są ustawowo wyznaczone.

Na ile prawo ogranicza wolność wypowiedzi lekarzy i lekarzy dentyków?

Tylko w takim zakresie, w jakim to jest konieczne w demokratycznym państwie prawnym, zgodnie z zasadą proporcjonalności. Ograniczenia można wprowadzać tylko tam, gdzie jest to niezbędne – nie należy strzelać do wróbla z armaty. I wyłącznie w celu ochrony szczególnych wartości, wymienionych wyczerpująco w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP: bezpieczeństwo państwa, porządek publiczny, ochrona środowiska, ochrona zdrowia i moralności publicznej, i wreszcie ochrona wolności i prawa innych osób. Przywołany przepis Konstytucji wyznacza ustawodawcy możliwości wyznaczania tych granic.

Gdzie ustawodawca je wyznaczył w odniesieniu do środowiska lekarskiego?

W ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry wskazano, że lekarz musi kierować się określonymi standardami, w tym zasadami etyki. Z kolei w ustawie o izbach lekarskich zaznaczono, po co są sądy lekarskie, czym jest odpowiedzialność zawodowa. Kodeks Etyki Lekarskiej został wydany na podstawie ustawy i z mocy ustawy lekarze mają obowiązek przestrzegać jego postanowień. Wszystko, co zostało zapisane w KEL, wiąże ich i może stanowić przesłankę do pociągnięcia do odpowiedzialności zawodowej.

Najlepsze są sankcje społeczne. Jeśli środowisko będzie reagować, wyrażając dezaprobatę dla pewnego rodzaju zachowań, wypowiedzi i postaw, to będzie to najlepsza sankcja.

i prywatnym tak, żeby uszanować godność swojego zawodu. W obydwu tych sferach życia musi być zachowana moralna integralność. Bycie sędzią czy adwokatem zobowiązuje. Jeśli adwokat mówi w sądzie co innego, a publicznie co

I tyle. Ustawodawca nie będzie przecież wskazywał, że nie należy szerzyć danych wiadomości albo jak zachować się w konkretnej sytuacji, ale stworzył mechanizm umożliwiający orzekanie w takich sprawach. KEL to normy prawne wydane na podstawie przepisów ustawowych, które mogą być narzędziem do oceny, czy dany lekarz albo lekarz dentysta naruszył prawo. Nad przestrzeganiem go czuwają powołane do tego organy, jak rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie. Jednocześnie ustawodawca stworzył możliwość skontrolowania orzeczeń sądów lekarskich przez sąd państwowy, poprzez odwołanie się do Sądu Najwyższego.

Czy KEL może stawiać lekarzowi wyższe wymogi w zakresie kultury wypowiedzi i treści w wystąpieniach publicznych bądź na gruncie zawodowym?

Uważam, że powinien, bo wpływają one na godność zawodu lekarskiego – najstarszego wśród zawodów zaufania publicznego. Każdy, kto chce ten zawód wykonywać, musi sobie zdawać sprawę, że jest przedstawicielem tej grupy zawodowej i obowiązują go pewne zasady. Jeśli źle czuje się z tym, że musi postępować według obowiązujących tę grupę zasad, zawsze może ją opuścić.

Aby zawód był szanowany na zewnątrz, musi być szanowany w samej grupie zawodowej. Ponadto o jego godność dba samorząd lekarski, którego zadaniem podstawowym jest czuwanie nad należytym wykonywaniem zawodu w granicach interesu publicznego i, co jeszcze istotniejsze, dla jego ochrony.

Kto może ocenić, czy lekarz przekroczył granice wolności słowa?

Organy odpowiedzialności zawodowej powinny zastanawiać się nad wykorzystaniem wobec takich osób sankcji zawodowych, ale pamiętając o tym, że jest to jeden ze sposobów reakcji. Uważam jednak, że odpowiedzialność typu dyscyplinarnego nie jest najlepszym sposobem reakcji w wielu takich sytuacjach, zwłaszcza jeśli chodzi o wypowiedzi po prostu głupie. Najlepsze są sankcje społeczne. Jeśli środowisko będzie reagować, wyrażając dezaprobatę dla pewnego rodzaju zachowań, wypowiedzi i postaw, to będzie to najlepsza sankcja.

Reakcja środowiska może być wystarczająco skuteczna?

Jeżeli np. osoby głoszące poglądy antyszczepionkowe spotkają się z bezpośrednim brakiem akceptacji w swoim środowisku zawodowym, jest duża szansa, że nie będą się z nimi obnosić i ich szerzyć. Z kolei jeżeli lekarze nie będą ich krytykować, to znaczy, że się z nimi zgadzają i biorą współodpowiedzialność. Rzymscy prawnicy mówili, że kto milczy, ten się zgadza. To jak z rzucaniem śmieci na ulicy – ktoś je rzuca i jeśli nikt nie zareaguje, nadal będzie to robił. Jeżeli kilka razy zostanie zwrócona mu uwaga, jest duża szansa, że swoje zachowanie zmieni. To jest właściwy regulator, zwłaszcza w społeczeństwie, które prawa za bardzo nie szanuje.

W niedawno opracowanej opinii w przedmiocie konstytucyjnych granic prawa lekarzy i lekarzy dentystów do korzystania



Prof. Hubert Izdebski: – Zawód zaufania publicznego musi spełniać wymogi zaufania – musi być wiarygodny. I to znacznie ogranicza wolność wypowiedzi.

z wolności wypowiedzi oraz pozyskiwania i rozpowszechniania informacji zawarłem stanowisko amerykańskie na ten temat, że to środowisko powinno reagować. To podstawowa reakcja na działania osób głoszących, że nie ma covidu albo że szczepionki nie działają, a może do tego szkodzą. Są sprawy, w których da się ustalić prawdę. Istnieją narzędzia, żeby to zrobić.

Podam przykład. Nie raziłoby nikogo, gdyby jakiś profesor, zajmujący się chorobami zakaźnymi, mówił, że są wątpliwości co do danej kwestii i że znane są wyniki badań (przytoczy te badania), z których nie wynika to, co twierdzą inni. Przecież nie powiemy wówczas, że działa on niezgodnie z zasadami sztuki, że przekracza granice wolności wypowiedzi. Wręcz przeciwnie, bazując na wynikach badań naukowych, wyraża swoje wątpliwości. Ale to samo można powiedzieć kategorycznie i bez podparcia się wynikami uznanych w świecie nauki badań. Jeżeli powie, że za pandemią koro-

nawirusa stoi rząd światowy albo szatan, to ewidentnie przekroczy granice.

Przez takie wypowiedzi naraża się na odpowiedzialność zawodową czy może także cywilną lub karną?

Teoretycznie odpowiedzialność karna jest możliwa, ale trzeba udowodnić winę, co najmniej nieumyślną, i związek przyczynowy, w szczególności ze śmiercią osoby niezaszczepionej. To wcale nie jest takie łatwe. Podobnie z odpowiedzialnością cywilną, która teoretycznie również jest możliwa. Jeśli lekarz rozpowszechnia wątpliwe naukowo wiadomości, w które ktoś uwierzy, a następnie zachoruje i umrze, to rodzina może skarżyć lekarza z powództwa cywilnego, jednak udowodnienie związku przyczynowego pomiędzy wypowiedzią a skutkiem śmiertelnym jest niezwykle trudne. Anglicy

zwracają uwagę, że tych, którzy prezentują różne poglądy w stosunku do szczepionek, jest w społeczeństwie cały wachlarz: jedni chcą szczepić się od razu, inni nie są do końca przekonani, aż po tych, którzy prezentują postawę antyszczepionkową. Nie do udowodnienia może być, że do której grupy należał zmarły. W takich przypadkach najbardziej odpowiedzialność wydaje się więc odpowiedzialność zawodowa i pracownicza. Jednak według mnie, co powtórzę raz jeszcze, w sytuacjach nadużycia wolności wypowiedzi najważniejsza jest reakcja środowiska. Prawo powinno działać tam, gdzie nie działają należycie normy społeczne. Jest od tego, żeby ściagać patologie, a nie całociowo regulować zachowania ludzi.

Czy w Polsce jest już orzecznictwo w zakresie przekroczenia wolności wypowiedzi?

Jest wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Palusiński przeciwko Polsce. Skarżący, nie lekarz, był autorem książki o tzw. miękkich narkotykach, w której bagatelizował ich szkodliwość, podkreślając atrakcyjność przeżyć wywołanych ich zażywaniem. W Polsce został skazany przez sąd rejonowy i okręgowy w Krakowie na 15 miesięcy pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem kary na dwa lata oraz na karę grzywny. Złożył kasację do Sądu Najwyższego, a następnie skargę do Trybunału w Strasburgu, opierając ją głównie na zarzucie, że polskie sądy, skazując go, naruszyły konstytucyjnie zagwarantowaną wolność wypowiedzi. Argumentacji tej nie podzielił jednak ani Sąd Najwyższy, ani Europejski Trybunał Praw Człowieka. Uznano bowiem, że wypowiedzi skarżącego wykraczały poza granice zastosowania zasady wolności wypowiedzi.

Czy wypowiedzi podlegają ocenie wyłącznie w sferze wykonywania czynności zawodowych, czy także prywatnej oraz publicznej?

Jeżeli lekarz głosi jakieś poglądy na temat zdrowia i zachowań zdrowotnych, to znaczy, że dokonuje czynności zawodowej, bowiem podejmuje działanie w zakresie promocji zdrowia (antypromocja też jest swoistą promocją). Nie ma znaczenia, czy robi się to w sferze zawodowej, czy publicznej. Jeżeli chirurg publicznie wypowiada się na tematy dotyczące zdrowia, a nie operuje pacjenta, to i tak wykonuje czynności zawodowe. Mówiąc o zdrowiu, pozostaje lekarzem.

Gdzie przebiega granica między swobodą dyskusji naukowej a przekroczeniem granicy wolności wypowiedzi?

Można ją wytyczyć, ale wyłącznie w odniesieniu do konkretnego przypadku. W prawie już tak jest. Założmy, że ktoś przechodzi przez jezdnię na czerwonym świetle. Czy naruszył przepisy?

Naruszył. Nie wolno przechodzić na czerwonym.

W pewnych sytuacjach uznamy, że nie mógł zrobić inaczej. Jeżeli czerwone światło nie zmienia się przez kilka godzin,

to nie ma wyjścia – musi przejść na czerwonym, bo zielone się nie zapala. Sprawę każdego człowieka i jego odpowiedzialności zawsze rozpatrujemy indywidualnie, ustalając stan faktyczny. To mogą być naprawdę skomplikowane kwestie, nawet przy pozornie prostych sprawach.

Czym jest poszukiwanie „prawdy bezpiecznej”?

Borykają się z jej znalezieniem filozofowie, naukowcy i przedstawiciele różnych dyscyplin, i nie mogą dojść do konsensusu, nawet w przypadku własnej dyscypliny, a co dopiero do ogółu spraw.

W preambule do Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce przeczytamy, że naukowiec ma poszukiwać prawdy. Nauka jest w końcu po to, żeby ustalić, jak jest naprawdę. Problem polega na tym, że nie ma jednej uniwersalnej definicji prawdy. Nie zawsze bowiem można kierować się tzw. klasyczną definicją: prawda to zgodność wyrażanego sądu z rzeczywistym stanem rzeczy. Prawnicy nie mogą kierować się takim rozumieniem prawdy, gdy z przepisów konstruują normy prawne – normy nie podlegają weryfikacji z punktu widzenia prawdziwości. U medyków też nie jest tak prosto. Medycyna jest nieprzewidywalna – można się starać i ponieść porażkę terapeutyczną, a czasem jest na odwrót – beznadziejny przypadek zostaje wyleczony. W medycynie nie ma automatyzmu. Tak jak u prawników, są natomiast określone standardy profesjonalne, oparte na dostępnej w danym czasie wiedzy uzyski-

wanej z zastosowaniem standardów przyjętych dla badań naukowych.

Jednak są obszary, w których klasyczna definicja prawdy działa. Chodzi o to, co nazywa się evidence-based medicine. Jeśli coś jest oparte na faktach i dowodach, można to uznać za prawdziwe, szczególnie w sferze zdrowia publicznego. W przypadku szczepień prawdę, jako zgodność z rzeczywistością, da się ustalić, ponieważ zdrowie publiczne wykorzystuje metody statystyczne. Jeżeli zaszczepiliśmy sto tysięcy osób i założymy, że wszystkie zostały zaszczepione prawidłowo, to jesteśmy w stanie ustalić, ile z nich zachorowało i kiedy zachorowało, ile miało powikłania i jakie. Oczywiście może się zdarzyć, że na te sto tysięcy będzie kilka przypadków, które nie pasują do niczego, że ktoś zachorował miesiąc po szczepieniu i umarł. Zawsze będą jakieś wyjątki od reguły, ale to wszystko jest mierzalne – i wyznacza prawdę w tym sensie obiektywną, że bezpieczną.

Jednak są obszary, w których klasyczna definicja prawdy działa. Chodzi o to, co nazywa się evidence-based medicine. Jeśli coś jest oparte na faktach i dowodach, można to uznać za prawdziwe, szczególnie w sferze zdrowia publicznego. W przypadku szczepień prawdę, jako zgodność z rzeczywistością, da się ustalić, ponieważ zdrowie publiczne wykorzystuje metody statystyczne. Jeżeli zaszczepiliśmy sto tysięcy osób i założymy, że wszystkie zostały zaszczepione prawidłowo, to jesteśmy w stanie ustalić, ile z nich zachorowało i kiedy zachorowało, ile miało powikłania i jakie. Oczywiście może się zdarzyć, że na te sto tysięcy będzie kilka przypadków, które nie pasują do niczego, że ktoś zachorował miesiąc po szczepieniu i umarł. Zawsze będą jakieś wyjątki od reguły, ale to wszystko jest mierzalne – i wyznacza prawdę w tym sensie obiektywną, że bezpieczną.

To skąd poglądy odmienne od medycyny opartej na faktach?

Czasem prawda społeczna odbiega od tej obiektywnej, od czegoś, co naprawdę istnieje, i staje się od niej ważniejsza, z różnych powodów. Niestety, jeśli coś zostanie zdezawuowane, to przestaje mieć znaczenie, czy było prawdziwe. Brak reakcji na coś takiego może być niebezpieczny – i dlatego należy reagować. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Powiększanie piersi u lekarza dentysty

Okręgowy sąd lekarski uznał lekarkę dentystkę, z 13-letnim stażem zawodowym, za winną popełnienia czynu polegającego na tym, że w gabinecie medycyny estetycznej przeprowadziła nieudany zabieg powiększenia piersi u młodej kobiety za pomocą wstrzyknięcia do piersi preparatu żelu polioksymilidowego, nie posiadając w tym zakresie wymaganych kwalifikacji.

Tym samym lekarka dentystka naruszyła art. 10 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej. OSL wymierzył jej karę nagany. Od tego orzeczenia adwokat obwinionej złożył odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego.

W odwołaniu powołano się na definicję świadczenia zdrowotnego, zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej, że jest to działanie służące zach-

NSL uznał, że działanie obwinionej było zabiegiem medycznym, chirurgicznie inwazyjnym, doprowadzającym do penetracji wnętrza ciała.

waniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczniczego oraz przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Według obrońcy zabiegi medycyny estetycznej, w tym powiększania piersi, nie są przeprowadzane w żadnym

z w/w celów, a co za tym idzie – nie są świadczeniem zdrowotnym, a usługami wykonywanymi na rzecz konsumentów – ze względu na fakt, że celem po stronie klientki było jej upiększenie, a po stronie obwinionej uzyskanie korzyści materialnej. Prawdopodobnie wykonania tej usługi nie powinna więc być przedmiotem badania sądu lekarskiego, a obwiniona miała ukończone studia medyczne w oddziale stomatologii i kursy z medycyny estetycznej zakończone uzyskaniem certyfikatu, co w jej opinii dawało jej wystarczające kwalifikacje do przeprowadzania takich zabiegów.

NSL odrzucił tę argumentację i utrzymał w mocy wyrok OSL. Kasacja złożona przez obronę do Sądu Najwyższego od wyroku NSL została odrzucona jako całkowicie niezasadna. ■

Art.10 ust.1 KEL:

„Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych”.

KOMENTARZ



Jacek Miarka
przewodniczący NSL

Znane jest stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej, że zabiegi z zakresu medycyny estetycznej powinny zostać domeną lekarzy i lekarzy dentystów, co wynika z rosnącej liczby powikłań po zabiegach przeprowadzanych przez np. kosmetologów. Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, obszarem działania lekarza dentysty pozostają jednak zęby, jama ustna, część twarzowa czaszki i okolice przyległe. NSL uznał, że działanie obwinionej było zabiegiem medycznym, chirurgicznie inwazyjnym, doprowadzającym do penetracji wnętrza ciała. Nie można także uznać, że odbycie kursu daje lekarzowi dentyście wystarczające kwalifikacje do przeprowadzenia takiego zabiegu. Zeznający jako świadek organizator kursu przyznał w czasie rozprawy, że certyfikat jest po prostu informacją o wzięciu udziału w szkoleniu, a więc nie zaświadcza, że przeszkolony kursant może wykonywać zabiegi ani że posiada umiejętność prawidłowego stosowania preparatu. Sam preparat, wycofany już raz z rynku z powodu znacznego odsetka powikłań, powrócił pod inną nazwą, i został ponownie wycofany.

Nadal brak jest precyzyjnych regulacji prawnych dotyczących tzw. medycyny estetycznej, co wynika z braku zainteresowania odpowiednich ministerstw, a ten dynamicznie rozwijający się i niezwykle dochodowy rynek, zarówno szkoleń, jak i zabiegów, rodzi coraz więcej patologii. ■

SZKOLENIA

O pracy biegłych sądowych raz jeszcze

W numerze 3/2021 „Gazety Lekarskiej” pisałem o pierwszej edycji szkoleń dla lekarzy – kandydatów na biegłych sądowych i praktykujących biegłych sądowych, organizowanych przez NIL i Śląską Izbę Lekarską. Są one także dla innych osób zainteresowanych tą tematyką, przede wszystkim w aspekcie możliwości unikania kontaktów z prokuratorem. Z moich doświadczeń szkoleniowych wynika, że takich lekarzy przybywa.

Dr. n. med. **Ryszard Szozda** kierownik Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa NIL

Obowiązkiem lekarzy jest dokształcanie się. W tym celu Naczelna Izba Lekarska oraz izby okręgowe organizują różne szkolenia. Być może po uchwaleniu ustawy o biegłych sądowych odbycie szkolenia w zakresie tematyki związanej z pełnieniem tej funkcji w zaproponowanej przez nas formule będzie warunkowało powołanie przez prezesa sądu okręgowego na (stałego) biegłego sądowego. Takie szkolenia powinny zawierać trzy główne grupy zagadnień.

PSYCHOLOGIA I OPINIE DLA OROZ I OSL

Pierwsza to wykłady prowadzone przez lekarzy, obejmujące tematykę psychologii biegłych sądowych – z wyjaśnieniem, kto i dlaczego powinien pełnić tę funkcję (ze względu na wiedzę w reprezentowanej przez siebie dziedzinie oraz odpowiednie predyspozycje psychiczne). Drugim ważnym aspektem tej części szkolenia jest opiniowanie dla potrzeb rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz sądów lekarskich. Jest to istotny problem, bowiem rzecznicy i sądy coraz częściej muszą korzystać z pomocy (czyli opinii) biegłych sądowych, ponieważ sprawy są coraz bardziej skomplikowane.

PUNKT WIDZENIA ZAWODÓW PRAWNICZYCH

Druga grupa zagadnień to wykłady sędziów, prokuratorów i adwokatów.

Wskazują oni na swoje potrzeby w aspekcie opiniowania w różnych sprawach medycznych, bowiem opinie wydawane dla potrzeb karnych różnią się od opinii wydawanych dla potrzeb cywilnych – w tym ubezpieczeń społecznych, prawa pracy oraz spraw rodzinnych i nieletnich.

Rzecznicy i sądy coraz częściej muszą korzystać z pomocy (czyli opinii) biegłych sądowych, ponieważ sprawy są coraz bardziej skomplikowane.

W tych przypadkach biegli powinni rozumieć różnice pomiędzy opiniami oraz pamiętać, że zawsze, pisząc o prawidłowości poczyniń, powinni brać pod uwagę warunki, w jakich lekarz pracował (sprawy o błąd medyczny). Muszą brać pod uwagę cechy pozwalające np. uznać zdarzenie za wypadek przy pracy (a przede wszystkim wskazywać na zaistnienie lub brak tak zwanej przyczyny zewnętrznej). Powinni odnosić się do przepisów ustawy o emeryturach i rentach z FUS, ale w odniesieniu do każdego przypadku indywidualnie. No i oczywiście, w zależności od zakresu i tematu opinii, brać pod uwagę nie tylko wiedzę teoretyczną, w tym przepisy (nieregulujące wszystkiego), ale także aspekty praktyczne. Na ten aspekt powinno się zwracać uwagę przy opiniowaniu, a to wynika właśnie z treści

wskazanych wykładów. Istotne jest także to, co uważa „strona przeciwna”, czyli adwokat. Lekarz opiniujący nie może „stać po którejkolwiek stronie” sporu – jego opinia powinna być zawsze bezstronna.

FINANSE

Trzecia grupa to sprawy finansowe. Wiedzę podstawową na ten temat podczas szkolenia przekazuje księgowa w odniesieniu do obowiązujących przepisów, a lekarz z bogatym doświadczeniem przy opiniowaniu powinien wskazać, jak napisać kartę pracy, czyli jak opisać wszystkie czynności wykonane przy wydawaniu opinii w sprawie.

Podsumowując, taką wiedzę (oprócz oczywiście wiedzy fachowej z zakresu własnej specjalizacji) powinien posiadać każdy lekarz, który wydaje opinie dla potrzeb sądów i organów prowadzących postępowania przygotowawcze. Tylko wtedy opinia będzie jasna i pełna, dzięki czemu przyczyni się do wydania sprawiedliwego wyroku. I stąd właśnie potrzeba takich szkoleń. ■

Dziękuję pracownikom Ośrodka Szkolenia Podyplomowego Śląskiej Izby Lekarskiej – Łukaszowi Baronowi (kierownik), Marcie Wilk oraz Justynie Paleń za pomoc przy organizacji dotychczasowych szkoleń dla lekarzy – kandydatów na biegłych sądowych i praktykujących biegłych sądowych (ze stycznia i czerwca 2021 r.), a także przy organizacji kolejnych. Już teraz zapraszam lekarzy na następne ich edycje (szczegóły na s. 39).

Z interakcjami nie zostaniesz sam

– rozmowa z Piotrem Kowalczykiem, Prezesem Pharmindex Poland sp. z o.o.

Pandemia zmieniła świat pod wieloma względami, ale jednego nie zmieniła – wokół nas istnieje szereg innych chorób, które trzeba leczyć.

Tak, COVID-19 zdominował tematykę leczniczą w przestrzeni publicznej, ale dla lekarzy i ich pacjentów znaczenie miało to, jak przetrwać pandemię, lecząc u pacjentów wiele innych chorób. Szczególnie widać to było w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie trzeba było wypracować mechanizm leczenia chorób przewlekłych i tzw. współistniejących przy pomocy systemów teleinformatycznych. Zmieniły się narzędzia, ale jedno się nie zmieniło – to lekarze dokonywali oceny klinicznej i przepisywali leki. I to na ich barkach spoczywało znalezienie najlepszego rozwiązania dla pacjentów, którzy zażywają już wiele leków.

I tu pojawia się słowo: interakcja.

Dla lekarzy w codziennej praktyce liczą się te interakcje, które mają istotne kliniczne znaczenie. Powstaje pytanie, czy lekarzom wystarczy korzystanie z „teoretycznych interakcji”, czyli takich, które sygnalizują występowanie interakcji, opisują szczegółowo ich mechanizm powstawania, lecz nie dają praktykom informacji „co dalej”. Ta wiedza, wyłącznie teoretyczna, nie wystarczy, może wprowadzić w błąd i nie wesprzeć procesu terapeutycznego.

Jakie jest więc rozwiązanie?

Nad takim rozwiązaniem pracowali specjaliści w Skandynawii, w jednym z najlepszych uniwersytetów medycznych na świecie. I choć wydawałoby się, że to zupełnie inny model ochrony zdrowia niż w Polsce, to przecież schorzenia występujące wśród pacjentów są podobne. I to właśnie oni stworzyli model bazy interakcji dostosowanej do realnych, codziennych potrzeb lekarzy praktyków. Stworzyli MedBase, czyli bazę sygnalizującą interakcje, które są klinicznie istotne i wskazującą – gdzie tylko jest to możliwe – konkretne metody uniknięcia lub zminimalizowania występowania danej interakcji. Co najistotniejsze, to lekarze pracowali dla lekarzy, a więc można powiedzieć, praktycy dla praktyków. Opierali się na najlepszym piśmiennictwie naukowym, dla każdej interakcji podali referencje. Skorzystaliśmy z tej bazy z pełnym zaufaniem do ich pracy.

Czy z tej bazy skorzystały też inne kraje?

Tak. W obrębie zintegrowanych systemów medycznych MedBase jest szeroko używana nie tylko w krajach skandynawskich, ale także w Niemczech, Austrii, Szwajcarii, we Włoszech, w Zjednoczonych Emiratach Arabskich i w Arabii Saudyjskiej.

Co jest największym wsparciem dla pracy lekarzy?

Przede wszystkim sposób prezentacji wiedzy. Pierwszym krokiem jest zweryfikowanie, czy występuje interakcja istotna klinicznie lub nie. Jeśli występuje, lekarz przechodzi do kolejnego kroku, czyli odpowiada na pytanie, czy jest możliwość zminimalizowania ryzyka poprzez zmianę leku, dawki, sposobu stosowania. Kiedy lekarz zdecyduje się



na zmianę, po powtórnej weryfikacji i braku interakcji może tę zmianę zastosować i będzie wiedział, że jest to bezpieczne klinicznie. Istnieje też możliwość skorzystania z kalkulatora modyfikowania dawki leku u pacjentów z konkretnym schorzeniem, np. z przewlekłą niewydolnością nerek. Kolejnym wsparciem jest kompatybilność bazy z różnymi systemami, na których pracują lekarze. Obejmujemy zarówno systemy gabinetowe, takie jak np. mMedica, drEryk, MedNote, Mediporta, jak również systemy szpitalne, np. Optimed NXT. Lekarze mogą skorzystać również z dedykowanej im strony internetowej bazainterakcji.pl.

Co wyróżnia MedBase od innych baz wiedzy o interakcjach?

MedBase jako jedyna uwzględnia drogę podania leku. Podaje informacje o interakcjach zarówno pomiędzy lekami, np. doustnymi, a także interakcję tych samych leków, lecz w sytuacji, gdy jeden z nich podawany jest inną drogą, np. stosowany zewnętrźnie.

Mimo wszystko, może zaistnieć sytuacja, kiedy wskazana jest substancja istotna dla polskich lekarzy, a o której nie ma informacji w bazie. Co wtedy?

Pharmindex ma tak opracowane zasady współpracy z MedBase, że polscy lekarze mają możliwość praktycznego wpływu na jej zawartość. Jeśli tylko pojawiają się pytania, możemy je zgłosić i zespół specjalistów natychmiast pracuje nad tym zagadnieniem. Ostatnio do bazy, dzięki zgłoszeniu z Polski, został dodany jeden z nowych leków nasennych. Co więcej, ocena tego leku i jego interakcji została dokonana w kilka godzin.

W ostatniej rozmowie mówił Pan przede wszystkim o bezpieczeństwie. Czy zasada „bezpieczeństwo przede wszystkim” również obejmuje bazę związaną z interakcjami?

Oczywiście. Również w tym przypadku nasze działania jako zespołu Pharmindex podporządkowane są tej zasadzie. Każdemu lekarzowi korzystającemu z bazy interakcji powiedziałbym nawet więcej: nie zostawimy Cię samego! ■

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ NA ODLEGŁOŚĆ

Teleporada a roszczenia pacjenta

Pod koniec 2019 r. zostały zmienione przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – pojawiła się „e-wizyta”.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi



Obok wizyty w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą porada mogła odbywać się również na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Miała być ona jednym z remediów na kolejki w przychodniach POZ, chociaż polegała tylko na zmianie treści trzech załączników zawierających wykazy świadczeń gwarantowanych. I pewnie skończyłoby się

jak zawsze, gdyby nie pandemia COVID-19, podczas której udzielanie świadczeń zdrowotnych w ten sposób stało się nieomal zasadą.

12 sierpnia 2020 r. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2020 r., poz. 1395), które weszło w życie 29 sierpnia 2020 r. Było ono już trzykrotnie zmieniane, a ostatnie zmiany (rozp. z 5 marca 2021 r., Dz.U. z 2021 r. poz. 427) wprowadzają ograniczenia

w udzielaniu w ten sposób świadczeń zdrowotnych. Warto przyrzeć się tym przepisom i zagrożeniom, jakie wiążą się z udzielaniem świadczeń w formie teleporady, bo albo są one niedostrzegane, albo bagatelizowane.

ZASADNOŚĆ E-WIZYT

Rozporządzenie już w swoim pierwotnym brzmieniu jasno stanowiło, że koniecznym elementem decydującym o udzieleniu teleporady jest ustalenie, czy ten sposób świadczenia jest wystarczający dla problemu

zdrowotnego będącego jej przedmiotem lub poinformowanie pacjenta o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego w bezpośrednim kontakcie, jeżeli charakter aktualnego problemu zdrowotnego uniemożliwia udzielenie teleporady.

W wytycznych konsultanta krajowego w zakresie medycyny rodzinnej z sierpnia 2020 r. wskazano wprost, że udzielając świadczeń w ten sposób należy zachować wszystkie standardy odpowiedzialności zawodowej oraz mieć na względzie odpowiedzialność cywilną i karną w zakresie analogicznym jak w przypadku świadczeń udzielanych w standardowej formie oraz dołożyć wszelkiej staranności i postępować zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Jest to z pewnością oczywiste i prawdziwe wskazanie, ale nie jest wyczerpujące. Dochodzi bowiem dodatkowy niezwykle istotny aspekt, który należy brać pod uwagę. Jest nim analiza samej zasadności udzielenia świadczenia w formie teleporady. Za skutki zbyt pochopnej decyzji w tym zakresie lekarz ponosił będzie taką samą odpowiedzialność, jak za błędy w rozpoznaniu i leczeniu choroby. Czyli obok odpowiedzialności za prawidłowe postępowanie diagnostyczne czy lecznicze, dochodzi odpowiedzialność za prawidłowe zastosowanie zdalnej formy udzielenia tego świadczenia.

KIEDY WYŁĄCZNIE BEZPOŚREDNI KONTAKT?

Rozporządzenie w sprawie standardu teleporady dopiero od marca 2021 r. wskazuje na przypadki, w których świadczenie musi być udzielone wyłącznie w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Chodzi o sytuacje:

- gdy pacjent nie wyraził zgody na teleporadę (ale pacjent nie może odmówić, gdy chodzi o wystawienie recepty niezbędnej do kontynuacji leczenia oraz zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuacji takiego zaopatrzenia, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej albo porada ma polegać tylko na wystawieniu zaświadczenia)

- przy pierwszej wizycie
- jeśli w przypadku leczenia chorób przewlekłych doszło do pogorszenia lub zmiany objawów
- przy podejrzeniu choroby nowotworowej
- gdy pacjent ma mniej niż 6 lat, chyba że ma to być porada kontrolna w trakcie leczenia ustalona w wyniku osobistego badania pacjenta i możliwa bez badania fizykalnego.

Rozporządzenie w sprawie standardu teleporady dopiero od marca 2021 r. wskazuje na przypadki, w których świadczenie musi być udzielone wyłącznie w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

Świadczenie w formie teleporady jest zawsze możliwe w przypadkach wskazanych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2.

Inne przypadki, w których powinno dojść do osobistej wizyty, wymienione są w przywołanych już wytycznych konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej:

- gdy diagnoza i leczenie nie są możliwe w warunkach teleporady albo w jej trakcie nie można zrealizować niezbędnej procedury medycznej
- gdy występują objawy o niejasnym charakterze, znacznym nasileniu lub nieustępujące w czasie
- brak spodziewanego efektu terapeutycznego po dwóch kolejnych teleporadach z tej samej przyczyny.

Stosowanie się do tych wskazań będzie miało niezwykle istotne znaczenie przy ocenie dochowania należytej staranności lekarza w razie ewentualnych roszczeń pacjenta, zarówno w postępowaniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej, jak i cywilnym czy karnym.

RODO

Rejestracja na teleporadę i udzielenie teleporady wymagają identyfikacji pacjenta. Przepisy wskazują, że

ma się ona odbyć z wykorzystaniem danych zgromadzonych w dokumentacji medycznej lub deklaracji wyboru – przez porównanie z nimi danych przekazywanych przez pacjenta. Może też nastąpić przez okazanie dokumentu tożsamości w przypadku transmisji obejmującej również obraz, a także przez wykorzystanie teleinformatycznych środków identyfikacji. Nade wszystko teleporada

musi odbywać się w warunkach gwarantujących poufność przekazywanych danych. Oznacza to także zapewnienie ochrony przed dostępem osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w związku z udzieleniem teleporady.

Konieczne jest także dokładne ustalenie potrzeby zdrowotnej pacjenta, szczególnie pod kątem przyczyn wyłączających możliwość udzielenia teleporady.

ŚLAD W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Lekarz udzielający teleporady musi w dokumentacji medycznej dokonać adnotacji o udzieleniu świadczenia w tej formie. Jeśli zgodnie z przepisami lub aktualną wiedzą medyczną (w tym np. omawianymi wytycznymi konsultanta krajowego) powinna odbyć się tradycyjna wizyta, w dokumentacji powinna znaleźć się informacja o pouczeniu o tym pacjenta. Jeśli w trakcie teleporady pacjent przekazuje dokumentację medyczną, to taka transmisja danych musi zapewnić ich integralność oraz ochronę przed nieuprawnionym wykorzystaniem, przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem lub nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem. W taki sam sposób dane te muszą być zarchiwizowane w dokumentacji medycznej pacjenta. ■

RODO A PODMIOTY LECZNICZE

O obowiązku zgłaszania naruszeń

Z Jackiem Młotkiewiczem, dyrektorem Departamentu Kontroli i Naruszeń w Urzędzie Ochrony Danych Osobowych, rozmawia Lidia Sulikowska.

Zgodnie z unijnym ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych*, czyli tzw. RODO, administratorzy danych muszą zgłaszać do UODO naruszenia ochrony danych, do jakich doszło w ich placówkach. Obowiązek ten dotyczy również sektora ochrony zdrowia.

Rzeczywiście, każdy administrator danych, w tym również podmiot leczniczy, jest zobowiązany – w przypadku stwierdzenia naruszenia ochrony danych osobowych – zgłosić ten fakt organowi nadzorcemu, czyli Prezesowi Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Obowiązek ten został zapisany w art. 33 RODO. Dokonując takiego zgłoszenia, należy poinformować m.in. o możliwych konsekwencjach tego zdarzenia, a także przedstawić zastosowane lub proponowane środki zaradcze, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia takiej sytuacji w przyszłości.

Co więcej, jeśli z naruszeniem ochrony danych wiąże się wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób, których te dane dotyczą, to administrator musi powiadomić te osoby, że taka sytuacja miała miejsce. Dzięki tej wiedzy będą one mogły zminimalizować potencjalne ryzyka związane z naruszeniem ochrony swoich danych.

Czy zawsze należy zgłaszać naruszenie danych osobowych, nawet wówczas gdy sytuacja dotyczy jednej osoby?

To, czy naruszone zostało bezpieczeństwo danych jednej osoby, czy kilkadziesiąt, nie ma żadnego znaczenia. Zgłaszać nie trzeba tylko takich naruszeń, przy których jest mało prawdopodobne, by skutkowały ryzykiem naruszenia praw lub wolności osób fizycznych. Taka sytuacja w przypadku placówek medycznych raczej nie występuje z uwagi na zakres przetwarzanych danych, które dotyczą



Jacek Młotkiewicz: – Niezgłoszenie naruszenia nie spowoduje uniknięcia odpowiedzialności, a wręcz przeciwnie – zwiększy ją, właśnie ze względu na fakt zatajenia wystąpienia takiego zdarzenia.

przecież m.in. stanu zdrowia. Zgodnie z RODO są to bowiem informacje wrażliwe, a więc objęte szczególną ochroną. Co więcej, przy wycieku danych medycznych występuje wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób, więc należy poinformować nie tylko Prezesa UODO, ale także osoby, których dane dostały się w niepowołane ręce.

RODO obowiązuje w Polsce już ponad trzy lata. Ile w tym czasie naruszeń zgłosiły podmioty lecznicze?

Z roku na rok obserwujemy wzrost liczby zgłaszanych naruszeń ochrony danych osobowych, także w zakresie sektora medycznego. W 2019 r. odnotowaliśmy 133 zgłoszenia dotyczące placówek ochrony zdrowia, w 2020 r. – 264, a w pierwszym kwartale br. – 47. Zarówno z przychodni, szpitali, jak i indywidualnych praktyk lekarskich.

Biorąc jednak pod uwagę liczbę podmiotów leczniczych działających w Polsce, to liczba zgłoszeń nie jest oszałamiająca i może nie odpowiadać rzeczywistości.

Maksymalnie trzy dni na reakcję

Zgodnie z art. 33 ust. 1 RODO zgłoszenie naruszenia ochrony danych osobowych organowi nadzorcemu musi nastąpić nie później niż w terminie 72 godzin po stwierdzeniu naruszenia.

Przekazywanie danych na odległość



Rzecznik Praw Pacjenta oraz Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych opracowali

„Wytczne dotyczące realizacji prawa do informacji przez osoby uprawnione na odległość”, które mają ułatwić placówkom medycznym realizację prawa pacjenta (lub osoby

upoważnionej) do informacji zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych przy przekazywaniu danych na odległość, np. poprzez rozmowę telefoniczną. W dokumencie znajdziemy m.in. wskazówki, jak prawidłowo potwierdzić, czy osoba, która kontaktuje się z placówką w celu uzyskania informacji o stanie zdrowia, jest tą, która ma prawo do otrzymania tych danych.

Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że jest grupa placówek, które – w sposób świadomy lub nie – nie zgłaszają naruszeń ochrony danych osobowych do UODO. Zdarzają się np. sytuacje, w których administratorzy danych nie wiedzą, że doszło u nich do takiego naruszenia. Po prostu nie udało im się takiego incydentu zidentyfikować, np. nie wykryli pomyłki podczas adresowania korespondencji.

Być może część placówek medycznych nie zgłasza naruszeń ze strachu przed ewentualnymi konsekwencjami?

Pewnie są podmioty, które pomimo wykrycia u siebie nieprawidłowości świadomie nie informują o tym organu nadzorczego. Odradzam jednak takie działanie, bo może się spotkać z surową reakcją urzędu. Zdarzyło się już w przeszłości, że Prezes UODO nałożył administracyjne kary pieniężne na administratorów, którzy zataili fakt wystąpienia naruszenia, choć nie dotyczyło to podmiotów

Dokonując takiego zgłoszenia, należy poinformować m.in. o możliwych konsekwencjach tego zdarzenia, a także przedstawić zastosowane lub proponowane środki zaradcze, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia takiej sytuacji w przyszłości.

lecniczych. Pamiętać należy, że do urzędu napływają też informacje o naruszeniach ochrony danych od osób, których bezpośrednio to naruszenie dotyczy, czyli np. od pacjentów, a także od osób, do których dane trafiły w sposób nieuprawniony, więc o takich zdarzeniach UODO i tak prędzej czy później się dowie. Lepiej zatem stawić czoła problemowi od razu. Niezgłoszenie naruszenia nie spowoduje uniknięcia odpowiedzialności, a wręcz przeciwnie – zwiększy ją, właśnie ze względu na fakt zatajenia wystąpienia takiego zdarzenia.

Czego najczęściej dotyczą zgłaszane naruszenia?

Przeważnie chodzi o korespondencję wysłaną do nie właściwego pacjenta, np. w wyniku pomyłki w adresie albo na skutek dołączenia dokumentów nie tej osoby, co

potrzeba. Zdarzają się także przypadki wydania dokumentacji medycznej innemu pacjentowi, a także utrata danych osobowych związana z kradzieżą/zagubieniem nośnika, na którym były one zapisane.

Czyli zazwyczaj do wycieku danych dochodzi przez błąd ludzki, a nie brak wdrożonych procedur?

Zdecydowanie tak. Na pewno jakiś wpływ na tę sytuację ma pandemia COVID-19, w czasie której dużo częściej wysyłano dokumentację medyczną niż przekazywano ją bezpośrednio pacjentowi lub osobie upoważnionej.

Na początku roku Prezes UODO nałożył na szpital karę pieniężną w wysokości kilkudziesięciu tysięcy złotych w związku z naruszeniem ochrony danych osobowych pacjentów.

Tak, ale podmiot ten nie został ukarany za sam fakt naruszenia ochrony danych. Organ nadzorczy zobowiązał go do powiadomienia o naruszeniu osób, których to naruszenie dotyczyło, ale placówka medyczna nie zrobiła tego. Dopiero w związku z niewykonaniem tej decyzji nałożono administracyjną karę pieniężną.

Czy w sektorze ochrony zdrowia było więcej kar pieniężnych?

Po otrzymaniu zgłoszenia naruszenia ochrony danych osobowych może zostać wszczęte postępowanie administracyjne, które ma na celu ustalenie, czy administrator danych przestrzegał obowiązków wynikających z RODO dotyczących właściwego zabezpieczenia danych. Jeśli okaże się, że nie – to na administratora może zostać nałożona administracyjna kara pieniężna. Dotychczas na podmioty z sektora ochrony zdrowia nałożona została jedna taka kara – i był to wspomniany już przeze mnie przypadek związany z niewykonaniem decyzji wydanej przez Prezesa UODO. Widmo administracyjnej kary pieniężnej dotyczy przede wszystkim tych podmiotów, które dopuszczają się poważnych naruszeń przepisów RODO.

Oprócz uprawnienia do nakładania administracyjnych kar pieniężnych Prezes UODO ma też możliwość udzielania upomnień, wydawania ostrzeżeń oraz nakazywania dostosowania operacji przetwarzania danych do wymogów wynikających z RODO. Biorąc pod uwagę liczbę do tej pory wydanych decyzji nakładających administracyjną karę pieniężną oraz liczbę zgłoszonych naruszeń ochrony danych osobowych, to nie należy bać się zgłaszania naruszeń. Trzeba to traktować po prostu jako obowiązek, który należy wypełniać i z którego należy wyciągnąć wnioski w celu poprawy bezpieczeństwa danych w zarządzanej placówce.

Jak pan generalnie ocenia przygotowanie podmiotów medycznych do ochrony danych osobowych pacjentów?

Świadomość w tym zakresie znacząco wzrosła. O ile przed erą RODO niektóre placówki dość lekceważąco podchodziły do kwestii ochrony danych swoich pacjentów, to teraz jest inaczej. ■

* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO). Stosowane jest ono w Polsce od 25 maja 2018 r. i dotyczy podmiotów wszystkich branż, w tym także medycznej.

PODATKI

Stypendia NIL bez PIT

Od ponad dwóch lat w samorządzie lekarskim funkcjonuje system stypendialny dla lekarzy i lekarzy dentyistów¹. Stypendia są przyznawane jednorazowo w kwocie nawet do 10 tys. zł. Dofinansowanie można przeznaczyć na staże, kursy oraz warsztaty w ośrodkach zagranicznych czy polskich.

Beata Wierzchowska radca prawny NIL

Lekarze i lekarze dentyści – beneficjenci funduszu stypendialnego – niejednokrotnie pytają, czy otrzymane świadczenie podlega opodatkowaniu podatkiem dochodowym? Czy trzeba je doliczyć w rozliczeniu rocznym? Dlaczego nie otrzymują tzw. PIT-ów?

Otóż, stypendia wypłacane lekarzom i lekarzom dentyistom na podstawie uchwały NRL nie były i nie są przychodem podlegającym opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych. Jak bowiem wynika z Regulaminu Przyznawania Stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej², jednym z warunków przyznania takiego świadczenia jest regularne opłacanie składek członkowskich na rzecz samorządu lekarskiego. Z kolei ustawa o izbach lekarskich nakłada na samorząd obowiązek prowadzenia lub udziału w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy, zaś członkowie samorządu mają prawo korzystać z pomocy samorządu w zakresie doskonalenia zawodowego lekarzy.

Lekarze i lekarze dentyści, mając prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, uczestniczą zatem w szkoleniach, których koszt jest refundowany w całości lub częściowo ze środków pochodzących ze składek członkowskich. Z tych względów Naczelna Izba Lekarska przyjęła założenie, iż po stronie uczestników szkoleń (beneficjentów funduszu stypendialnego) nie powstaje przysporzenie majątkowe, a w konsekwencji przychód

w rozumieniu art. 20 ust. 1 w zw. z art. 10 ust. 1 pkt 9 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych³.

KIS POTWIERDZA

Dochowując należytej staranności, w celu potwierdzenia prawidłowości swojego stanowiska, Naczelna Izba Lekarska wystąpiła z wnioskiem do dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej o wydanie interpretacji indywidualnej. NIL wskazała w nim, iż podobnie, jak

tęgo obowiązku w formie stypendium, refundującego ze środków samorządu zawodowego, w tym składek członkowskich, w całości lub części koszty uczestnictwa członków samorządu poniesionych z tytułu opłat za uczestnictwo w szkoleniach nie skutkowało i nadal nie skutkuje po stronie beneficjentów funduszu stypendialnego powstaniem przychodu w rozumieniu art. 20 ust. 1 w zw. z art. 10 ust. 1 pkt 9 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych⁴.

Wypłacane lekarzom i lekarzom dentyistom na podstawie uchwały NRL stypendia nie były i nie są przychodem podlegającym opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

w przypadku innych samorządów zawodowych reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego: adwokatów, radców prawnych, pielęgniarów i położnych – przynależność do niego jest obowiązkowa. Dotyczy to lekarzy i lekarzy dentyistów, mających stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu, wpisanych do rejestru lekarzy, prowadzonego przez właściwy organ samorządu, wykonujących zawód na terenie izby.

Dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej uznał, iż „wobec nałożonych ustawowo obowiązków podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez członków samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów oraz obowiązku pomocy i pieczy samorządu zawodowego w tym zakresie, realizowanie

W konsekwencji wydania przez dyrektora KIS interpretacji indywidualnej 0112-KDIL2-1.4011.163.2020.1.KF⁴, Naczelna Izba Lekarska uzyskała potwierdzenie, iż nie ciąży i nie ciąży na niej obowiązek wystawiania beneficjentom funduszu stypendialnego zaświadczeń o wysokości uzyskanych dochodów i odprowadzonych zaliczek na podatek dochodowy (PIT-11) i przekazania jej podatnikowi oraz urzędowi skarbowemu. ■

¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 9/19/VIII z dnia 25 stycznia 2019 r. w sprawie utworzenia funduszu stypendiów dla lekarzy i lekarzy dentyistów w celu doskonalenia zawodowego oraz regulaminu przyznawania stypendiów. Wnioski można składać pod adresem: <https://stypendia.nil.org.pl/>, gdzie znajdują się także wszelkie informacje odnośnie stypendiów.

² https://old.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/136623/Regulamin-przyznawania-stypendiow-Naczelnej-Rady-Lekarskiej-1-kwietnia-2019-r.pdf

³ Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1426 z późn. zm.)

⁴ 0112-KDIL2-1.4011.163.2020.1.KF – interpretacja indywidualna, dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej, 12.03.2020 r.

W PIGUŁCE

Beata Wierzchowska radca prawny NIL

Jeszcze o kasach rejestrujących

Temat kas rejestrujących nie odchodzi do lamusa. W przestrzeni prawnej zaczynają pojawiać się interpretacje organów podatkowych dotyczące tej kwestii. Warto zwrócić uwagę na jedną z nich, wydaną przez dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej 7 maja 2021 r. (nr 0112-KDIL3.4012.89.2021.1.AK). Wynika z niej, iż „Lekarz nie ma obowiązku ewidencjonowania sprzedaży na rzecz podmiotów prowadzących działalność gospodarczą w kasie rejestrującej, ponieważ obowiązek ten dotyczy jedynie sprzedaży na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej i rolników ryczałtowych”.

Z wnioskiem o wydanie interpretacji indywidualnej zwrócił się lekarz współpracujący wyłącznie z firmami i wystawiający faktury na swoje usługi. Wskazał on, że nie świadczy usług dla osób indywidualnych. Od organu podatkowego oczekiwał odpowiedzi na pytanie, czy w tej sytuacji musi wprowadzić kasę on-line od 1 lipca 2021 r., gdyż – jego zdaniem – obowiązek ten go nie dotyczył.

W wydanej interpretacji dyrektor KIS podkreślił, że z art. 111 ust. ustawy o VAT¹ wprost wynika, iż obowiązek ewidencjonowania sprzedaży przy zastosowaniu kasy rejestrującej ciąży na podatnikach dokonujących sprzedaży na rzecz dwóch rodzajów podmiotów, mianowicie: osób fizycznych

nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych. Tym samym obowiązek ewidencjonowania sprzedaży za pomocą kasy rejestrującej nie wystąpi w przypadku sprzedaży na rzecz innych podmiotów, ponieważ sprzedaż na rzecz podmiotów prowadzących działalność gospodarczą (w tym osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą) należy udokumentować fakturą.

Organ zgodził się ze stanowiskiem przedstawionym przez lekarza we wniosku o interpretację, że nie ma on obowiązku posiadania kasy fiskalnej, a co za tym idzie – nie ma obowiązku wprowadzenia kasy rejestrującej on-line od dnia 1 lipca 2021 r. ■

¹ Ustawa z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 685 z późn. zm.)

SPRAWY SĄDOWE

Jak zmniejszyć ryzyko sprawy sądowej?

Wielu lekarzy na różnego rodzaju szkoleniach i konferencjach pyta mnie, jak uniknąć sprawy sądowej. Wtedy zawsze odpowiadam: sprawy sądowej nie da się uniknąć, ponieważ jej zainicjowanie nie zależy od nas – można jednak znacząco zmniejszyć ryzyko jej powstania.

Dr n. praw. **Radosław Tymiński** radca prawny zajmujący się obroną lekarzy w sprawach sądowych

Czy sprawy sądowe mają tylko ci, którzy popełniają błędy? Przede wszystkim musimy zacząć od uświadomienia sobie, że większość lekarzy, którzy mają/mieli sprawę sądową, nie popełniła błędu medycznego. Zazwyczaj sprawy sądowe wszczynane są bowiem z wielu innych czynników niż popełnienie błędu medycznego.

KIEDY LEKARZ JEST POZYWANY?

Na Zachodzie od kilkudziesięciu lat prowadzi się badania związane z tym, kiedy pacjenci skarżą lekarzy. Jak dowiodły słynne już badania Charlesa Vincenta, decyzja o pozwaniu lekarza nie zawsze ma związek z błędem medycznym. Vincent i jego współpracownicy ustalili, że choć pozew jest najczęściej związany z incydentem medycznym (i szkodą przez niego wywołaną), to dość często jest wynikiem nieempatycznego traktowania pacjenta po incydencie medycznym i udzielania mu zbyt skąpych informacji na temat tego, co się stało¹.

Naukowcy zajęli się także analizą tego, jacy lekarze mają sprawy sądowe. W jednym z pierwszych badań tego typu znana kanadyjska badaczka prof. Wendy Levinson przeanalizowała styl rozmowy lekarzy z pacjentami. Co ważne, analiza dotyczyła rozmowy dwóch grup lekarzy: tych, którzy mieli dwa lub więcej pozwów w przeszłości, oraz tych, którzy nigdy nie byli pozwani. Z uzyskanych przez nią danych wynika, że lekarze niepozywani wykazywali jedynie trzy różnice względem

lekarzy pozywanych: upewniali się, że pacjent ich rozumie; prowadzili wizyty dłuższe średnio o trzy minuty (uwaga: 18 minut zamiast około 15 minut) i częściej się uśmiechali w trakcie wizyty².

JAK JEST W POLSCE?

Także w naszym kraju realizowane są badania nad tym, jak pacjenci postrzegają lekarzy i co jest dla nich ważne. Niektóre z nich miały okazję osobiście prowadzić i wykazują one, że istnieje związek pomiędzy pozytywną oceną lekarza przez pacjenta a jego umiejętnościami

Lekarze niepozywani wykazywali jedynie trzy różnice względem lekarzy pozywanych.

miękkimi, w szczególności takimi jak: kultura osobista, uprzejmość, umiejętność słuchania i pozwalanie na zadawanie pytań³.

SPOSOBY NA OBNIŻENIE RYZYKA POZWU

Co zatem robić, żeby minimalizować ryzyko zaistnienia sprawy sądowej? Oczywiście takich działań jest mnóstwo – ja poddam pod refleksję trzy, które obniżają ryzyko sporu sądowego z pacjentem lub jego rodziną:

- po pierwsze, zapewnij sobie czas wizyty, pozwalający na spokojne zbadanie pacjenta i przemyślenie jego sytuacji zdrowotnej – w zależności od pacjenta i rodzaju dolegliwości niezbędny jest inny czas, warto jednak pamiętać, że lekarze niepozywani zazwyczaj dłużej prowadzą wizyty;
 - po drugie, prowadź lepszą dokumentację medyczną z wizyt – jak wskazały wielkie badania przeprowadzone w USA wśród lekarzy, którzy mieli sprawę sądową, są oni przekonani, że prowadzenie obszernej dokumentacji medycznej jest kluczem do wygrania sprawy sądowej i obniżenia ryzyka sporu⁴;
 - po trzecie, spokojnie i przekonująco rozmawiaj z pacjentem lub jego rodziną po zaistnieniu powikłania czy zdarzenia medycznego – z wielu badań wynika bowiem, że brak należytej informacji czy brak empatycznego potraktowania pacjenta może spowodować uruchomienie spirali żalów i pretensji do lekarza.
- Podsumowując, obniżanie ryzyka pozwu to nie magia, która dzięki wypowiedzeniu określonej formuły pozwala osiągnąć pewien skutek, obniżanie ryzyka pozwu to mozolna praca, polegająca na codziennym kształtowaniu odpowiednich nawyków postępowania z każdym pacjentem i prawidłowym dokumentowaniu tego postępowania. ■

¹ C. Vincent, M. Young, A. Phillips, „Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action”, *Lancet* 1994, no 343

² W. Levinson i inni, „Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons”, *JAMA* 1997, no 277, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9032162/>

³ R. Tymiński, M. Walczewski, M. Wiecek, „Identifying patients' criteria for assessment of doctors on Polish physician rating websites”, *JMS* 2015, no 84, <https://jms.ump.edu.pl/index.php/JMS/article/view/16>

⁴ Medscape Malpractice Report 2019, <https://www.medscape.com/slideshow/2019-malpractice-report-6012303#14>

GŁOS CZYTELNIKÓW

Kwestia identyfikacji z własnym państwem



Powinniśmy się w końcu wyzwolić z wyobrażenia będącego historycznym obciążeniem, że państwo to twór wyłącznie opresyjny, a według twierdzenia marksistów to aparat ucisku. Wiele się robi, by odrodzić patriotyzm w narodzie i dumę z własnego państwa.

Śledząc publicystykę w „GL”, można odnieść wrażenie, że nieustanne, wyłącznie krytyczne wypowiedzi na temat reform, a zwłaszcza w służbie zdrowia, mają dać upust publicystycznemu zacięciu ich autorów. Nie widzę bowiem w nich śladu troski o dobro RP, nie widzę żadnych konstruktywnych propozycji dla rządzących, by rozwiązywać istniejące problemy.

Salus reipublicae suprema lex esto, dlatego nie powinniśmy dać się wpręgnąć do rydwanu sporów politycznych. Rządzenie naprawdę nie jest rzeczą łatwą! Postęp w każdej dziedzinie, rzecz jasna, wymaga krytycyzmu, ale jeśli na nim poprzestaniemy, żadnego pożytku z krytyki nie będzie. Ostatecznie liczą się odpowiedzialne w istniejących realiach działania i właściwy dobór środków dla osiągnięcia celu.

Twórca prakseologii – nauki o skutecznym działaniu – prof. Tadeusz Kotarbiński w ocenie środków do osiągnięcia celu wyróżniał ocenę emocjonalną (której u publicystów nie brakuje) i ocenę utylitarną. Profesor Kotarbiński kładł szczególny nacisk na ocenę utylitarną środków wiodących do skutecznego osiągnięcia celu.

P.S. Zdaję sobie sprawę, że mój list wielu osobom się nie spodoba, mimo to musiałem wyrazić swoją opinię. ■

lek. med. Zbigniew Bulczak, internista

Ostateczny dowód



Andrzej Cisko
wiceprezes NRL

Przystępowanie do pisania comiesięcznego felietonu przypomina trochę pracę newsroomu. Wyważyć trzeba bowiem, która to wiadomość zasługuje na bycie jakimś przewodnim motywem tekstu.

Dziś, pomimo niebywałego splotu różnych zdarzeń z różnych działek naszej aktywności, lider może być tylko jeden – palma pierwszeństwa należy się z pewnością wnioskowi, jaki płynie z lektury projektu Rządowej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r. „Zdrowa Przyszłość”.

To dokument długo wyczekiwany, gdyż ma być integralną częścią Krajowego Planu Odbudowy. Pytanie, czy spełnia te wymogi, to materiał na osobną dyskusję. Dość powiedzieć, że w całym 237-stronicowym „strategicznym” dokumencie **stomatologii nie poświęcono ani jednego zdania.**

Mogą sobie szaleć wskaźniki próchnicy, możemy mieć 40 proc. obywateli w wieku emerytalnym niemających ani jednego zęba. Nic to – starczy nakreślić podkolorowany obraz jakości życia. Ten fakt tworzy jednak pewną nową sytuację. Posiadanie ostatecznego dowodu na świadomą i chyba zaprogramowaną marginalizację naszej profesji w polityce państwa definiuje naszą dalszą strategię. Jeśli dodać do tego zapisaną na stronie 205 dokumentu diagnozę: „Ważnym czynnikiem wpływającym na jakość opieki zdrowotnej są kwalifikacje kadry medycznej. Przyjmuje się, że miernikiem poziomu kwalifikacji dla lekarzy i lekarzy dentyków jest odsetek specjalistów”, to już w zasadzie zachodzi obawa, czy aby chciano nas tym urazić. Na szczęście polscy stomatolodzy kwestie swych kompetencji wzięli w swoje ręce, tylko po co nam w tym układzie instytucje państwa?

Tym mocnym akcentem – wspomnieniem tego faktu – zainaugurowaliśmy kampanię społeczną „Zdrowe Zęby Ratuja Życie”. Rozpoczęliśmy konferencję, w trakcie której trzech wybitnych lekarzy specjalistów (prof. Guzik, prof. Szuta i dr Grzesiowski) tłumaczyło wagę zdrowia jamy ustnej z punktu widzenia właśnie medycyny ogólnej.

Materiał skomponowany z tej konferencji „puścimy w przestrzeń”, czyli zasilimy nim nieprzebrane zasoby internetu. Miejmy nadzieję, że nie będzie to „list w butelce”, że materiał ten odpowiednio dystrybuowany trafi tam, gdzie ma trafić. Choć istotnie, emocje i stan ducha dzisiejszego dnia czynią skojarzenia z wrzucaniem butelki z listem w toń wody zupełnie uprawnionymi.

Typowe błędne koło, z którego nie wyjdziemy bez radykalnej zmiany podejścia.

Warto zwrócić uwagę na konkluzję Apelu NRL nr 3/21/VIII z 25 czerwca br. do Ministra Zdrowia. Naczelna Rada po raz pierwszy artykułuje w nim argument zbijający odwieczne tłumaczenia małej liczby miejsc akredytowanych do szkolenia specjalizacyjnego w stomatologii. Niektórzy są wręcz gotowi obarczyć nas zbiorową odpowiedzialnością za małą liczbę tych miejsc. Tymczasem jest to wyłącznie wynik skromnej palety stomatologicznych świadczeń specjalistycznych w koszyku świadczeń publicznych. Nawet duży szpital, gdyby miał (założmy hipotetycznie) tak mizerną jak stomatologia możliwość udzielania świadczeń specjalistycznych, nie wygenerowałyby pewnie ani jednego miejsca rezydenckiego. Do tego liczba rezydentur związana jest z mapami potrzeb zdrowotnych, te konstruuje się na podstawie koszyka i... koło się zamyka. Typowe błędne koło, z którego nie wyjdziemy bez radykalnej zmiany podejścia.

I tak wygląda garść refleksji w miesiącu, w którym, wydawałoby się, nic nie przebiję EDM-u, następnej totalnej zawieruchy. Tu sytuacja jest tak dynamiczna, że tradycyjnie odsyłam do serwisu EDM na stronie nil.org.pl. ■

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Stres w dzieciństwie a zęby trzonowe

Niedawno przeprowadzone badania wykazały, że u dzieci ze środowisk o niższych dochodach oraz tych, które przechodzą trudne doświadczenia, pierwsze stałe zęby trzonowe wyżynają się szybciej.

Obserwacje te są zgodne z szerszym wzorcem przyspieszonego rozwoju, który często występuje w warunkach stresu doświadczanego we wczesnym okresie życia. Neurobiolog Allyson Mackey, adiunkt na wydziale psychologii w University of Pennsylvania, która bada rozwój mózgu, postanowiła sprawdzić, czy fakt pojawienia się stałych zębów trzonowych może świadczyć o wczesnym dojrzewaniu dzieci.

Zależność tę badała wraz z doktorantką Cassidy McDermott i badaczami z Penn's School of Dental Medicine i University of Missouri-Kansas City. W dwóch badaniach rozwoju mózgu, które obejmowały strukturalne i funkcjonalne skany MRI, uczestniczyło ponad 100 dzieci w wieku od 4 do 7 lat. – Istnieje jeden rodzaj skanu MRI, zwany T2, w którym można dość dobrze zwizualizować morfologię zęba – mówi McDermott.

Erupcja trzonowców to ważny wskaźnik rozwoju, dlatego Mackey i McDermott nawiązały współpracę z prof. Muralidhareem Mupparapu, szefem Oral & Maxillofacial Radiology PDM University of Pennsylvania, który opracował nowatorską skalę do precyzyjnej oceny



położenia każdego zęba. – Odkryliśmy, że zarówno status materialny, jak i niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa są powiązane ze stanem wyrzynania się trzonowców – poinformowała McDermott. Badacze przeanalizowali też dane zawarte w dużym, reprezentatywnym dla populacji zbiorze National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), który obejmuje m.in. dane stomatologiczne, demograficzne i dochód rodziny. Chociaż NHANES nieco inaczej

mierzy np. rozwój zębów, otrzymano podobne wyniki.

Naukowcy mają nadzieję nawiązać w przyszłości współpracę z gabinetami dentystycznymi w celu rekrutacji dzieci do badań i obserwowanie ich aż do dorosłości, aby uzyskać więcej informacji. – Chciałbym, aby wielu naukowców przyłączyło się do nas i przetestowało nasze hipotezy – Mackey zachęca do współpracy. ■

Źródło: sciencedaily.com

Rezolucja WHO

„Większości schorzeń jamy ustnej można w dużej mierze zapobiegać i można je leczyć we wczesnych stadiach, ale leczenie jest często niedostępne, ponieważ zwykle nie jest częścią pakietów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Stosowanie fluoru, który może znacznie zmniejszyć ryzyko próchnicy zębów, jest w wielu częściach świata niedostępne” – napisano w komunikacie o rezolucji w sprawie zdrowia jamy

ustnej podjętej przez Światową Organizację Zdrowia.

W dokumencie WHO wzywa państwa członkowskie do zajęcia się kluczowymi czynnikami ryzyka chorób jamy ustnej, które są wspólne z innymi chorobami niezakaźnymi, a także apeluje o zwiększenie kompetencji specjalistów zajmujących się zdrowiem jamy ustnej. Zaleca również przejście od tradycyjnego podejścia naprawczego do

zapobiegawczego. Światowe Zgromadzenie Zdrowia, będące organem decyzyjnym WHO, poprosiło m.in. o opracowanie do 2022 r. projektu globalnej strategii zwalczania chorób jamy ustnej do rozważenia przez organy zarządzające WHO. Do 2023 r. planowane jest przedłożenie globalnej strategii na plan działania na rzecz zdrowia jamy ustnej. ■

Źródło: who.int

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Zacznij od zębów



Od lewej: dr Andrzej Cisto, dr Paweł Grzesiowski, prof. Tomasz Guzik, dr hab. Mariusz Szuta

„Zdrowe zęby ratują życie” – pod takim hasłem Naczelna Izba lekarska zorganizowała konferencję prasową, która odbyła się 28 czerwca w Łodzi.

Uczestniczący w konferencji eksperci z różnych dziedzin medycyny – prof. Tomasz Guzik (kardiolog, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi CM UJ w Krakowie), dr Paweł Grzesiowski (pediatra i ekspert NRL ds. walki z COVID-19) oraz dr hab. n. med. Mariusz

Szuta (konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii twarzowo-szczękowej) – przekonali, jak ważny jest stan zdrowia jamy ustnej dla prawidłowego funkcjonowania organizmu oraz jak choroby, m.in. przewlekłe, wpływają na stan uzębienia. Podkreślali jednocześnie, że to właśnie lekarz dentysta jest osobą, która może wykryć tę zależność na wczesnym etapie.

– Jama ustna, choćby ze względu na wysokie ukrwienie tkanki, stanowi wrota dla

patogenów przenikających do całego organizmu, jest więc miejscem, gdzie szybko następuje rozwój stanu zapalnego, a jego związek z ogólnym stanem zdrowia jest bezsprzeczny. Dowodem jest np. intensywne leczenie zapalenia przyzębia, które obniża zbyt wysokie ciśnienie krwi, pozwalając uniknąć wprowadzenia leków – wyjaśniał prof. Tomasz Guzik. Profesor dodał także, że w jamie ustnej manifestują się objawy kliniczne wielu chorób, m.in. zaburzenia hematologiczne, choroby szpiku kostnego.

Z kolei prof. Mariusz Szuta przypomniał, że 60-70 proc. pacjentów z rakiem jamy ustnej kierowanych jest do leczenia onkologicznego właśnie przez stomatologów i ich rola, jeśli chodzi o wczesną diagnozę, jest tutaj kluczowa. Niestety, stomatologia jest wciąż marginalizowana przez decydentów zarówno jeśli chodzi o finansowanie, jak i miejsce tej dziedziny w systemie lecznictwa. – W kilkusetstronicowej rządowej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia do 2027 r. na temat problemów stomatologii nie ma ani słowa i to nie jest dobra perspektywa na przyszłość – podkreślał współgospodarz konferencji Andrzej Cisto, wiceprezes NIL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL. ■

EDM

28 czerwca Komisja Stomatologiczna NRL wydała komunikat w sprawie wdrożenia obowiązków z zakresu wymiany EDM i raportowania zdarzeń medycznych.

„Zgodnie z definicjami „zdarzenia medycznego” oraz „usługodawcy” zawartymi w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia, pomimo tego, że odsyłają one do definicji zawartych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, zarówno „zdarzenia medyczne”, jak i „usługodawca” odnoszą się odpowiednio do wszystkich świadczeń zdrowotnych i wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą, niezależnie od źródła finansowania świadczenia” – napisano w komunikacie. Naczelna Rada

Lekarska 25 czerwca podjęła stanowisko, w którym udzieliła rekomendacji co do sposobu wypełnienia obowiązków będących przedmiotem tego komunikatu.

Zespół ds. EDM Prezydium NRL rozpiął ponownie ankietę wśród dostawców oprogramowania. Jej wyniki zostaną opublikowane na stronach NIL.

W związku z napływającymi pytaniami o prawa pacjentów do wyrażenia sprzeciwu w stosunku do przekazywania do SIM raportów z udzielonych im świadczeń oraz w stosunku do wymiany dokumentów EDM, KS NRL wyjaśnia, że są to (podobnie jak prowadzenie dokumentacji medycznej) obowiązki określone w ustawie, dlatego ich wykonanie nie jest warunkowane zgodą pacjenta. ■

Źródło: nil.org.pl

Krajowa Baza Urządzeń Radiologicznych

Główny Inspektor Sanitarny odpowiada na stanowisko Prezydium NRL dotyczące projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu danych Krajowej Bazy Urządzeń Radiologicznych.

Uwagi samorządu lekarskiego zostały w znacznej części uwzględnione, m.in. wykreślono: „datę wykonania aktualnych testów specjalistycznych”, a także doprecyzowano, że gromadzone w Krajowej Bazie informacje dotyczące wyniku testów eksploatacyjnych oraz ewentualnych środków naprawczych będą dotyczyć tylko wyniku negatywnych testów specjalistycznych.

STOMATOLOGIA



Projektować, ciąć, drukować

Lekarze dentyści coraz śmielej sięgają po rozwiązania technologii 3D.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Wydrukowane dzięki technologii 3D protezy kończyn, naczynia krwionośne, czy fragmenty kości twarzoczaszki, nikogo już nie zaskakują. Projekty opierające się na tej technice są też wykorzystywane w stomatologii. Jak daleko w tym do codziennej praktyki dentystycznej?

TYTANOWE RUSZTOWANIE

Wskutek urazów czy chorób, np. nowotworów, może dojść do zaniku struktury

kostnej szczęki i żuchwy. Najczęściej jednak to efekt wczesnej utraty zębów oraz braku wystarczająco wczesnej rekonstrukcji uzębienia z zastosowaniem implantów. W takiej sytuacji tkanka kostna nie jest fizjologicznie obciążana podczas żucia i ulega stopniowemu zanikowi. Jej kondycję może pogarszać stosowanie ruchomych protez osiadających, ponieważ opierają się one na podłożu kostnym, uciskają i z czasem powodują jego zanik, wówczas nie ma miejsca, aby wszczepić implanty żebowe.

Zanik kostny może się pogłębiać, co wpływa na estetykę profilu twarzy pacjenta i zgryz, a może też skutkować pojawieniem się np. schorzenia stawów skroniowo-żuchwowych i bólu podczas żucia. Specjaliści chirurgii szczękowo-twarzowej z SE + Studia Stomatologii Estetycznej w Krakowie pod kierunkiem dra Radosława Witkowskiego realizują projekt (finansowany ze środków unijnych w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego) z wykorzystaniem innowacyjnej technologii CAD/CAM w projektowaniu i druku 3D

specjalnej siatki służącej do odbudowy kostnej fragmentów żuchwy i szczęki. – Metoda ta zakłada przygotowanie tytanowego rusztowania (siatki) zaprojektowanego indywidualnie dla każdego pacjenta, wydrukowanego w technologii 3D, dzięki czemu odbudowywana kość zyskuje anatomiczny kształt. To rozwiązanie pozwala na odtworzenie jej w trójwymiarowych zanikach, trudnych z perspektywy rekonstrukcji – wyjaśnia dr Radosław Witkowski, który uzupełnienia kostne żuchwy lub kości szczękowej w technologii CAD/CAM wykonał już u 60 pacjentów. Podkreśla, że projekt zakłada opracowanie takiej metody leczenia, która będzie mogła zostać wdrożona powszechnie w gabinetach dentystrycznych. Zastrzega jednak, że by z tą technologią móc trafić „pod strzechy”,

Stosując cyfrowe rozwiązania, lekarze dentyści mają możliwość stworzenia symulacji 3D leczenia ortodontycznego, dzięki czemu mogą zobaczyć spodziewane, finalne położenie zębów pod koniec leczenia czy porównać kilka planów leczenia.

trzeba jeszcze opracować procedury postępowania, które staną się standardem.

Leczenie zaniku kostnego w technologii 3D składa się z kilku etapów. Najpierw określana jest wielkość i kształt siatki tytanowej, która po zaprojektowaniu i wydrukowaniu z użyciem technologii CAD/CAM jest umieszczana w szczęce lub żuchwie pacjenta. Jednocześnie następuje odbudowa ubytków kostnych przy użyciu materiałów kościotwórczych, które układane są we wnętrzu siatki mającej za zadanie nadanie kształtu rekonstruowanej kości. Okres wlgania rusztowania (siatki) i odbudowy trwa od 4 do 6 miesięcy, w zależności od tego, jak jest rozległa.

BLOK KOSTNY FREZOWANY 3D

Leczenie z wykorzystaniem technologii CAD/CAM jest mniej inwazyjne i możliwe u osób nawet z bardzo zaawansowanym zanikiem. Chirurgia stomatologiczna poszła jednak jeszcze dalej. W rekonstrukcji zaników kostnych zastosowano personalizowany przeszczep kostny w trójwymiarowej rekonstrukcji twarzoczaszki. Nadzorująca projekt prof. Marzena Dominiak, kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu, wraz z prof. Tomaszem

Gedrange, specjalistą ortodontą z Uniwersytetu Technicznego w Dreźnie, podkreślają, że jest to zupełnie nowatorskie podejście do problemu rekonstrukcji ubytków kostnych twarzoczaszki.

Z założenia takie ubytki powstają najczęściej jako wynik procesów genetycznych uwarunkowanych (np. deformacje szczękowo-twarzowe, hipodoncja) lub nabytych (np. zębopochodne procesy zapalne, urazowe czy też nowotworowe), które prowadzą do utraty kości i zębów o różnym stopniu zaawansowania i rozległości. – Niezależnie od przyczyny, jest wiele metod rekonstrukcji, ale są one obciążone różnymi niepowodzeniami i nie doprowadzały do całkowitej poprawy i rehabilitacji powstałych zmian. Metoda personalizowanej rekonstrukcji kości wyrostka zębodołowego w trzech wy-

miarach z wykorzystaniem frezowanych bloków allogennych, m.in. jako element przygotowujący pacjenta do leczenia ortodontycznego w przypadkach granicznych lub jako leczenie komplikacji powstałych w trakcie terapii, umożliwiła pionową odbudowę kości przy istniejącym uzębieniu i jest to pierwsze w świecie tego rodzaju rozwiązanie – tłumaczy prof. Marzena Dominiak i dodaje, że obecnie jest to jedyna metoda, która prowadzi do strukturalnej i czynnościowej odbudowy kości z zachowaniem jej pierwotnej architektury i struktury. Odbudowana zostaje zarówno struktura zbita i gąbczasta w objętości i wymiarze maksymalnie zbliżonych do warunków morfologicznych.

Metoda ta przeszła pięć lat obserwacji klinicznych, jest rekomendowana w renomowanym czasopiśmie „Journal of Healthcare” i opatentowana przez prof. Marzenę Dominiak i prof. Tomasza Gedrange patentem międzynarodowym. – Można ją zastosować przy pojedynczych i mnogich brakach zębowych czy nawet bezzębiu, a krótki czas zabiegu i wysoka precyzja przekładają się na jej bardzo wysoką skuteczność, bez objawów ubocznych w postaci obrzęków czy też dolegliwości bólowych – podsumowuje

prof. Marzena Dominiak. Jej twórcy otrzymali za ten projekt prestiżową nagrodę „Złoty Skalpel 2020”.

SYSTEMY CAD/CAM W PROTETYCE

Nowatorskie technologie poszerzają możliwości rekonstrukcji protetycznych. Prof. Beata Dejak, kierownik Zakładu Protetyki Katedry Stomatologii Odtwórczej UM w Łodzi, mówi, że dzięki nim prace protetyczne można wykonać z szerokiej gamy materiałów, np. ceramiki miękkiego dwutlenku cyrkonu do synteryzacji, twardego dwutlenku cyrkonu, ceramiki tlenku aluminium, ceramiki dwukrzemianu litu, ceramiki szklanej, ceramik złożonych, tytanu, stopów tytanu, stopów chromowo-kobaltowych, kompozytów, tworzyw sztucznych. Szczególnie ciekawym jest dwutlenek cyrkonu, który jest wytrzymały, twardy i gładki, w wielu sytuacjach mogący zastępować metal, ma biały kolor spełniający walory estetyczne i jest obojętny dla organizmu.

Systemy CAD/CAM (komputerowego wspomagania projektowania i wspomagania produkcji) składają się ze skanerów, komputerów ze specjalnym oprogramowaniem oraz obrabiarek numerycznych CNC. Do synteryzacji miękkiego, sprasowanego tlenku cyrkonu dodatkowo potrzebny jest piec. – Początkowo w technologii CAD/CAM można było wykonywać tylko wkłady oraz rdzenie koron i mostów. Obecnie można wytwarzać korony i mosty, licówki, uzupełnienia wewnątrzkoronowe (inlay, onlay, overlay), elementy precyzyjne: zasuwy, zatrzaski, belki, korony teleskopowe, łączniki i suprastruktury implantologiczne, tymczasowe prace, woskowanie, szyny zgryzowe, protezy szkieletowe, a nawet protezy całkowite – wylicza prof. Beata Dejak.

Wykonanie korony na bazie tlenku cyrkonu wymaga wprowadzenia do programu danych pacjenta, określania zęba filarowego, podania rodzaju uzupełnienia i materiału. Model z opracowanym zębem jest skanowany. W programie CAD projektowana jest wirtualna korona. Dane przesłane są do frezarki numerycznej, gdzie w ciągu 15 minut korona zostaje wycięta z bloczka fabrycznego tlenku cyrkonu i poddana synteryzacji, czyli spiekaniu. Na koniec można ją liscować ceramiką fluoroapatytową. – Nie twierdzą, że każdy gabinet dentystryczny ma stojący przy fotelu system CAD/CAM, ale coraz częściej gabinety współpracują

z laboratoriami i zlecają im wykonanie potrzebnych uzupełnień – zaznacza prof. Beata Dejak.

CYFROWA ORTODONCJA

Technologie 3D znalazły także szerokie zastosowanie w ortodoncji. Światowy Dzień Zdrowia Ortodontycznego, obchodzony w maju 2021 r. we Wrocławiu, przebiegał pod znakiem nowych trendów w tej specjalności oraz nowoczesnych narzędzi cyfrowych stosowanych w leczeniu wad zgryzu za pomocą skanowania 3D i cyfrowego projektowania.

Stosując cyfrowe rozwiązania, lekarze dentyści mają możliwość stworzenia symulacji 3D leczenia ortodontycznego, dzięki czemu mogą zobaczyć spodziewane, finalne położenie zębów pod koniec leczenia czy porównać kilka planów leczenia. Porównują wtedy zarówno położenie zębów oraz czas leczenia – w leczeniu nakładkowym – co jest równoznaczne z liczbą nakładek, które otrzymuje pacjent. – W przypadku leczenia nakładkowego (przezroczyste, zdejmowane nakładki stosowane w prostowaniu zębów, produkowane przy wykorzystaniu

technologii cyfrowej i 3D) najwięcej czasu zajmuje etap planowania leczenia, ale dzięki niemu staje się ono bardziej zdalne i cyfrowe, a liczba wizyt jest mniejsza niż w przypadku tradycyjnych aparatów. Leczenie nakładkami może być także bezpieczniejsze dla szklivi zębów. Pacjenci szukają aparatów wygodnych, estetycznych, o przewidywalnych efektach – przekonywał na spotkaniu we Wrocławiu dr n. med. Maciej Cićkiewicz, specjalista ortodonta.

Mówiąc o rozwiązaniach cyfrowych w ortodoncji, atrakcyjna z punktu widzenia pacjenta jest wizualizacja efektów leczenia – narzędzia cyfrowe, takie jak skanery wewnątrzustne, umożliwiające wykonanie trójwymiarowego skanu

zębów pacjenta, a specjalne oprogramowanie CAD pozwala lekarzom stworzyć modele 3D i szczegółowo zaplanować każdy etap leczenia. W efekcie pacjent może poznać jego planowane rezultaty i dopasować je do indywidualnych potrzeb jeszcze przed otrzymaniem aparatu. Maciej Cićkiewicz zauważa, że nowoczesna ortodoncja zmierza w kierunku technologii 3D, a także możliwości zdalnego leczenia – pod opieką lekarza prowadzącego, ale z użyciem narzędzi cyfrowych oraz wykorzystaniem sztucznej inteligencji, która na podstawie obróbki protokołów leczenia i warunków u pacjenta może pomóc lekarzowi w podjęciu decyzji, jakie rozwiązanie należy przyjąć. ■



3. KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW” 2021

W dniach **25-26 października** odbędzie się trzecia edycja Kongresu „Zdrowie Polaków”. Wydarzenie ma charakter stacjonarny (w Warszawie), ale będzie też zapewniona transmisja online.

Podczas spotkania odbędzie się kilka debat, m.in. parlamentarna, rektorów uczelni medycznych, ministrów zdrowia, dyrektorów instytutów medycznych. Ponadto w programie znalazły się wykłady i panele dyskusyjne ekspertów, wystąpienia konsultantów krajowych i sympozja satelitarne.

Organizatorem spotkania jest Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu przy współudziale Instytutu Narządów Zmysłów oraz Fundacji „Po Pierwsze Zdrowie”. Przewodniczącym rady programowej kongresu został prof. Henryk Skarżyński. Patronat honorowy nad imprezą objął m.in. Marszałek Senatu RP Tomasz Grodzki. „Gazeta Lekarska” jest patronem medialnym kongresu.

Więcej informacji na temat tego wydarzenia można znaleźć na stronie internetowej www.kongres-zdrowiepolakow.pl.

NAUKA W PIGUŁCE

Blisko pełnej sekwencji ludzkiego genomu



Sekwencja DNA

Naukowcy dodali już 200 mln par zasad DNA i 115 genów kodujących białka. Nie udało im się jeszcze całkowicie zsekwencjonować chromosomu Y.

Kiedy dwie dekady temu ogłoszono sekwencjonowanie genomu ludzkiego, sekwencja nie była kompletna – brakowało ok. 15 proc. Ograniczenia technologiczne uniemożliwiły wówczas ustalenie, w jaki sposób niektóre odcinki DNA pasują do siebie, zwłaszcza te, w których występuje wiele powtarzających się liter (lub par zasad). Z czasem naukowcy rozwiązyli część zagadki, ale w sekwencjonowaniu ludzkiego genomu, który genetycy wykorzystują

od 2013 r. jako odniesienie, wciąż brakuje 8 proc. pełnej sekwencji.

Zespół badaczy z Telomere-to-Telomere (T2T), międzynarodowego zespołu skupiającego ok. 30 instytucji, wypełnił istniejące luki. W preprincie „Pełna sekwencja ludzkiego genomu” Karen Miga, badaczka genomiki z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Santa Cruz i jej koledzy z zespołu donoszą, że zsekwencjonowali pozostałe, odkrywając około 115 nowych genów. Kim Pruitt, bioinformatyk z amerykańskiego Narodowego Centrum Informacji Biotechnologicznej w Bethesda w stanie Maryland, nazywa to odkrycie

„znaczącym kamieniem milowym”. Nowo zsekwencjonowany genom – nazwany T2T-CHM13 – dodaje niemal 200 mln par zasad. Do badania naukowcy wykorzystali linię komórkową pochodzącą z tzw. zaśnięcia groniastego. T2T-CHM13 reprezentuje genom tylko jednej osoby.

Jak twierdzi Karen Miga, odkrycie nie byłoby możliwe, gdyby nie nowa technologia sekwencjonowania wykorzystująca lasery do skanowania długich odcinków DNA izolowanego z komórek (do 20 000 par zasad jednocześnie). Konwencjonalne metody jednocześnie odczytują DNA w kawałkach tylko kilkuset par zasad, potem naukowcy składają te fragmenty jak puzzle.

T2T połączyło siły z grupą Human Pangenome Reference Consortium, której celem jest sekwencjonowanie w ciągu najbliższych trzech lat ponad 300 genomów ludzi z całego świata. Naukowcy będą mogli wykorzystać T2T-CHM13 jako odniesienie, chcą zrozumieć, które części genomu różnią się między poszczególnymi osobami. Planują również zsekwencjonować cały genom, który zawiera chromosomy obojga rodziców, a grupa Migi pracuje nad sekwencjonowaniem chromosomu Y, aby wypełnić istniejące jeszcze luki. ■

Źródło: nature.com

Badanie krwi do wczesnego wykrywania choroby Alzheimera

Międzynarodowy zespół badawczy opracował proste, ale rzetelne badanie krwi do wczesnego wykrywania i badań przesiewowych choroby Alzheimera (AD) z dokładnością przekraczającą 96 proc.

Zespół kierowany przez prof. Nancy Ip, wiceprezes ds. badań i rozwoju w HKUST, zidentyfikował 19 z 429 białek osocza związanych z AD, aby utworzyć panel biomarkerów reprezentujący „sygnaturę AD” we krwi. W oparciu o ten panel stworzono system punktacji, który odróżnia pacjentów z AD od osób zdrowych z ponad

96-proc. dokładnością. System ten może również różnicować wczesne, pośrednie i późne stadia AD i być stosowany do monitorowania postępu choroby. Odkrycia te umożliwiły opracowanie wysokowydajnego testu krwi na AD. Mogą też utworzyć drogę nowym metodom leczenia tej choroby.

Badania prowadzono we współpracy z naukowcami z University College London i klinicystami z lokalnych szpitali, w tym Szpitala Księcia Walii i Szpitala Królowej Elżbiety. Odkrycia dokonano przy

użyciu testu zbliżeniowego (PEA) – najnowocześniejszej, ultraczułej i wysokowydajnej technologii pomiaru białek, w celu zbadania poziomu ponad 1000 białek w osoczu pacjentów z AD w Hongkongu. Wyniki badań naukowcy opublikowali w „Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association”, praca była prezentowana i aktywnie dyskutowana na platformach wymiany naukowej dotyczących badań nad AD. ■

Źródło: sciencedaily.com

NAJPIERW PODLASIE, POTEM CAŁY KRAJ

Reforma szpitalnictwa

Fakt, że na polecenie ministra zdrowia Adama Niedzielskiego zespół kierowany przez jego zastępcę na poważnie analizuje możliwość przejęcia szpitali powiatowych i wojewódzkich wraz z ich majątkiem, wiele mówi o intencjach i determinacji resortu.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Coraz bardziej klaruje się koncepcja reformy szpitali publicznych. Pandemia dała doskonały pretekst do zrobienia tego, co kilka lat temu wydawało się nierealne. Wprawdzie nie wiadomo, jaki ostateczny kształt przybiorą przepisy, ale z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że zmiany nie będą kosmetyczne, a zapoczątkowana na przełomie minionego i obecnego roku dyskusja o centralizacji szpitali nie okaże się burzą w szklance wody.

TRZĘSIENIE ZIEMI?

Być może nie będą one aż tak głębokie, jak czasem wieszczono w pierwszych tygodniach br., gdy wylała się fala krytyki ze strony wielu osób zawodowo związanych z ochroną zdrowia czy samorządowców, którzy – o czym nie każdy wie – nadzorują kilkaset szpitali powiatowych i wojewódzkich. Nie oznacza to jednak, że w pewnych obszarach nie dojdzie do trzęsienia ziemi – to prawdopodobne, gdy założymy, że wejdzie w życie część propozycji zawartych w prawie 60-stronicowym raporcie przygotowanym przez „Zespół do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”. Kierował nim wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski.

USTAWY TUŻ, TUŻ

Zadanie postawione przed zespołem było jasne: opracować i przedstawić do akceptacji ministrowi Adamowi Niedzielskiemu założenia zmian

w publicznym szpitalnictwie. To w oparciu o nie powstanie projekt ustawy reformującej cały ten sektor. Dokument, jak zakłada resort zdrowia, pod koniec sierpnia trafi do konsultacji publicznych. Wejście w życie ustawy zaplanowano na I kwartał 2022 r. – W województwie podlaskim będziemy testowali nowe rozwiązania organizacyjne, które są przygotowywane w związku z reformą szpitali – mówi minister zdrowia, dodając, że Uniwersytecki Szpital Kliniczny w

Celem resortu jest zwiększenie liczby świadczeń udzielanych w AOS.

Białymstoku ma pełnić rolę koordynującą w zakresie wykorzystania zasobów publicznych placówek. Prawdopodobnie szybciej poznamy projekt ustawy o jakości świadczeń – drugiego kluczowego dokumentu wpisującego się częściowo w plany ministerstwa w tym obszarze. To oznacza, że wkrótce powróci spór o przyszłość szpitali i burzliwa dyskusja o tym, jakie nastąpią zmiany, w czym są interesie i kogo pociągną na dno. Te ostatnie kwestie wysuną się na pierwszy plan, bo o ile część placówek ma szansę skorzystać na planowanych zmianach, inne mogą sporo stracić, a linia podziału wcale nie musi być zdeterminowana wielkością placówki czy jej położeniem na mapie.

SAMORZĄD NA BOK

Rozproszona struktura właścicielska szpitali publicznych jest widoczna

gołym okiem. Z punktu widzenia podmiotów tworzących, a w przypadku spółek kapitałowych ich większościowych udziałowców, najwięcej placówek prowadzą powiaty (255, tj. 44 proc.) i samorządy województw (175, tj. 31 proc.). Resort zdrowia jak mantrę powtarza, że trzeba ograniczyć „wielowładztwo”, a przy okazji wyeliminować szkodliwą konkurencję o pacjentów, medyków i środki finansowe. Zwraca uwagę, że dublowanie tych samych świadczeń przez sąsiednie placówki prowadzi do ponoszenia zbędnych kosztów z tytułu utrzymywania rozbudowanej bazy i podwyższonej gotowości. Te zarzuty nie są nowe, ale konsensusu co do kierunku zmian nie ma i zapewne nigdy nie będzie.

CENTRALIZACJA PEŁNĄ GĘBĄ

Ministerialny zespół wypracował trzy warianty przeprowadzenia reformy w zakresie struktury właścicielskiej szpitali publicznych. **Pierwszy byłby równoznaczny z przejęciem nadzoru nad wszystkimi placówkami i majątkiem niezbędnym do ich działania bez względu na obecną formę własności przez ministra zdrowia albo wojewodę, ewentualnie NFZ lub nowo powołaną Agencję Rozwoju Szpitali.** W grę wchodzi również zmniejszenie ilości podmiotów nadzorujących do maksymalnie trzech – mogłyby nimi być także samorządy województw i uczelnie medyczne. Gdyby doszło do takiego scenariusza, mielibyśmy do czynienia z centralizacją pełną gębą – szef resortu posiadałby pełną odpowiedzialność nad reformą i mógłby bezpośrednio ingerować w działalność placówek.

O tym, jak mogłoby to wyglądać w praktyce, mogliśmy się przekonać w ciągu ostatnich miesięcy, gdy pod pretekstem walki z COVID-19 minister i wojewodowie wymuszali na dyrektorach uległość, a opornych w majestacie prawa odsuwali od kierowania placówkami (komisarzy wyznaczono w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym i szpitalu Solec w Warszawie). Ten wariant oznaczałby konieczność utworzenia administracji do nadzorowania kilkuset placówek, gotowość poniesienia dużych kosztów finansowych i, co nie bez znaczenia, wizerunkowych. W resorcie jest świadomość prawdopodobnej konieczności wypłaty zadośćuczynienia dla samorządów za przejmowane mienie, udziały w spółkach czy utratę nadzoru nad szpitalami, co na zwolenników tego scenariusza działa otęplająco.

WASZE MURY, NASZA WŁADZA

Druga propozycja zakłada wzmocnienie nadzoru nad szpitalami przez administrację rządową – zmianę podmiotu tworzącego (w przypadku SPZOZ) bez przejmowania majątku albo obligatoryjne przekształcenie w spółki kapitałowe z większościowym udziałem Skarbu Państwa. Gdyby doszło do przekształcenia SPZOZ-ów w nowe „spółki medyczne”, Skarb Państwa obejmowałby 51 proc. udziałów/akcji (pozostałe należałyby do samorządów lub uczelni medycznych), a analogiczna sytuacja miałaby miejsce również w szpitalach działających obecnie w formie spółek kapitałowych. W przypadku zmiany podmiotu tworzącego, szpital zostałby przejęty bez gruntu czy budynków. Dzierżawiono by je na warunkach ustawowych, nie wolnorynkowych. Jak się nietrudno domyślić, samorządowcy uznaliby to za skok na kasę wspólnot lokalnych i zaczęli szukać sprawiedliwości w sądach, a przy wysokiej temperaturze sporu, m.in. o wycenę przejmowanych szpitali, nie należy wykluczyć nieprzewidzianych problemów, które wystąpiłyby przed przejęciem placówek przez „nowe władze”. Po wejściu w życie tego wariantu zarządzanie nimi skupione byłoby w rękach ministra zdrowia przy współudziale dotychczasowych podmiotów je nadzorujących, czyli głównie samorządów. Także w tym przypadku zaszłaby konieczność poniesienia wysokich wydatków związanych z objęciem udziałów/akcji w spółkach kapitałowych i potencjalnymi roszczeniami.

CENTRALIZACJA W WERSJI LIGHT

W celu uniknięcia sporów o odszkodowania i roszczenia oraz ryzyka naruszenia przepisów konstytucji, resortowy zespół rekomenduje wybór trzeciego wariantu. Jego istotą jest powołanie Agencji Rozwoju Szpitali. Pomysł ten na pierwszy rzut oka może się wydawać kompromisowy, choć w istocie stanowi sprytnie utkany plan dokonania daleko idących zmian w szpitalnictwie przy nie naruszaniu własnościowego status quo. To centralizacja na miękko przeprowadzana w białych rękawiczkach. ARS ma być podległą ministrowi zdrowia instytucją o szerokich kompetencjach, wskazującą kierunki rozwoju publicznego szpitalnictwa, dyktującą część warunków na całym rynku, przyznającą dofinansowanie, akceptującą lub odrzucającą strategiczne decyzje i konkretne rozwiązania dotychczas podejmowane przez dyrektorów placówek we własnym gronie lub za zgodą właściciela. Szpitale przekazywałyby pakiet informacji ARS o swoim funkcjonowaniu,

której na podstawie analizy danych oceniałaby je w oparciu o sytuację ekonomiczno-finansową, zgodność realizowanych świadczeń z mapami potrzeb zdrowotnych oraz jakość leczenia (we współpracy z NFZ). Szczegóły są podane w tabeli.

ROLA MINISTRA ZDROWIA

Trzeci wariant, w przeciwieństwie do dwóch poprzednich, nie zakłada pełnego objęcia nadzoru nad wszystkimi szpitalami publicznymi czy przejęcia ich majątku, ale niewątpliwie minister zdrowia zyskałby dodatkową władzę. Decydowałby o ewolucji szpitalnictwa w pożądanym przez siebie kierunku i, co istotne, nie musiałby tego robić przy pomocy ustaw, lecz za pośrednictwem podległej sobie instytucji. Byłoby łatwiej i szybciej, a odium w całości nie spadałoby na resort i rząd. W razie wejścia w życie kategoryzacji placówek nieuniknione są spory pomiędzy ARS i podmiotami je nadzorującymi. Ten scenariusz może okazać się niczym miecz obosieczny, bo

Kto oceni szpitale?

Ministerstwo Zdrowia nie wyklucza powstania Agencji Rozwoju Szpitali, która – na podstawie wypracowanych dopiero w przyszłości kryteriów, co samo w sobie budzi obawy – miałaby de facto decydować o dalszym losie placówki, przyznając jej jedną z czterech kategorii:

A – dobra sytuacja finansowa, profil szpitala dopasowany do potrzeb regionalnych. W związku z tym, że placówka nie wymaga restrukturyzacji, zostanie pierwszeństwo w otrzymywaniu funduszy na działania rozwojowe, a być może również wyższy kontrakt;

B – potrzebne działania naprawcze i optymalizacyjne (m.in. ograniczenie wzrostu kosztów i zobowiązań, ustalenie lub zaktualizowanie strategii) wymagające zatwierdzenia przez ARS;

C – konieczne wdrożenie programu restrukturyzacyjnego podlegającego zaopiniowaniu przez NFZ i zatwierdzeniu przez ARS oraz zatrudnienie delegowanego przez nią doradcy restrukturyzacyjnego. Doradca nadzoruje m.in. zmniejszanie wydatków (np. zużycia materiałów i energii, usług obcych, kosztów wynagrodzeń), reorganizację zasobów i infrastruktury. W razie braku realizacji działań zaplanowanych w programie restrukturyzacyjnym lub nieosiągnięcia zakładanych efektów, ARS okresowo przejmuje zarządzanie szpitalem;

D – czasowe przejęcie zarządzania szpitalem przez ARS połączone z wdrożeniem programu restrukturyzacyjnego podlegającego zaopiniowaniu przez NFZ. Powinien on uwzględniać m.in. zmianę struktury organizacyjnej (np. konsolidację komórek organizacyjnych, redukcję liczby niewykorzystywanych łóżek, outsourcing nierentownych usług medycznych i niemedycznych), a także – czego obawiają się zwłaszcza placówki powiatowe i ich obecni właściciele – przeprofilowanie szpitala dostosowujące jego strukturę do map potrzeb zdrowotnych i możliwość konsolidacji.

w przypadku zaklasyfikowania lecznicy do jednej z niższych kategorii i braku pozytywnych, w miarę szybkich efektów, wina za niewyprowadzanie jej na prostą spadnie na ARS.

SIEĆ SZPITALI

Nie wiadomo, który z tych trzech wariantów znajdzie się w projekcie ustawy i czy w oparciu o propozycje zawarte w raporcie nie wyklucze się jakiś pośredni model. Pewne jest to, że wybór jakiegokolwiek opcji zrodzi określone skutki. Nieodłączną częścią planowanych zmian jest korekta systemu PSZ, czyli tzw. sieci szpitali. Nowością ma być kwalifikacja oparta na oddziałach, a nie, jak dotychczas, na szpitalach, a także zmiana zasad finansowania (m.in. wyłączenie z ryczałtu opieki ambulatoryjnej). Należy spodziewać się nacisku na zwiększenie liczby świadczeń udzielanych w AOS, dążenie do koncentracji świadczeń i rezygnację z całodobowej gotowości oddziałów zabiegowych nie najlepiej radzących sobie pod względem finansowym przy jednoczesnym promowaniu chirurgii jednego dnia. Z sieci mogą wypaść oddziały położnicze o małej liczbie porodów (poniżej 400 rocznie). Proponuje się, aby kierownikiem podmiotu leczniczego zostawała osoba po zdaniu państwowego egzaminu organizowanego przez ARS lub ukończeniu studiów MBA w ochronie zdrowia, a dyrektorzy szpitali wymagających restrukturyzacji mieliby obowiązek uczestniczenia w szkoleniach organizowanych przez agencję. Kiedy odmówią, stracą pracę.

SKUTKI DLA LEKARZY

W debacie publicznej mało uwagi poświęca się prawdopodobnym konsekwencjom wejścia w życie tej reformy dla personelu medycznego i niemedycznego, a wydaje się, że może dojść do przetarasowań przynajmniej w niektórych regionach i placówkach oraz w ramach części specjalizacji lekarskich. W końcu gdzie drwa rąbią, tam wióry lecą. Skoro jednym z celów reformy ma być tworzenie zarówno administracyjno-finansowych zachęt, jak i presji do przeprofilowania i konsolidacji placówek, w nieodległej perspektywie część lekarzy może stanąć przed koniecznością zmiany miejsca pracy lub dojazdu do innej miejscowości. Niektórzy być może będą musieli zmniejszyć oczekiwania

Nie tylko pieniądze

Pod koniec 2020 r. funkcjonowało 575 szpitali publicznych, głównie w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (428) i spółek kapitałowych (133) z większościowym udziałem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub uczelni medycznych. Na ich działalność cieniem kładzie się sytuacja finansowa. O tym, że jest ona zróżnicowana, świadczy m.in. fakt, że według wstępnych danych na koniec 2020 r. za połowę zobowiązań wymagalnych szpitali publicznych odpowiadały tylko 23 placówki (tj. 4 proc.). Z biegiem czasu zasadniczo da się zaobserwować pogarszanie kondycji finansowej całego sektora, co Ministerstwo Zdrowia niespecjalnie ukrywa, ale w planowanej reformie nie tylko chodzi o pieniądze, lecz również o władzę.

finansowe, bo intencją resortu jest m.in. ograniczenie rywalizacji o personel medyczny, co – jak wskazuje Ministerstwo Zdrowia – winduje koszty wynagrodzeń. Z drugiej strony doświadczenie historyczne uczy, że system nakazowo-rozdzielczy wywołuje niedobory, więc w perspektywie średniookresowej część lekarzy paradoksalnie może skorzystać finansowo, gdyby okazałoby się, że są jeszcze bardziej niezastąpieni.

MAKSYMALNE STAWKI GODZINOWE?

Nie należy wykluczyć, że ARS może wyznaczyć w formie rekomendacji (np. dla szpitali w dobrej kondycji finansowej)

Nieodłączną częścią planowanych zmian będzie korekta sieci szpitali.

czy nakazu (dla tych pod kreską) maksymalne stawki godzinowe dla lekarzy. Co prawda na razie nikt o tym nie wspomina, ale taki pomysł wpisywałby się w oczekiwania części polityków – zarówno związanych z rządem, jak i opozycją. Bez wątplenia pewne kręgi społeczeństwa poparłyby ten postulat. W niektórych oddziałach może zwiększyć się obciążenie pracą, a w innych przestanie być potrzebne wsparcie części lekarzy kontraktowych, choć w obliczu utyskiwań na niedobór kadr medycznych dziś nie każdy uwierzy w ten scenariusz. W pewnych okolicznościach praca na kontrakcie może okazać się mniej opłacalna, tym bardziej po wejściu w życie części rozwiązań podatkowych zaprezentowanych kilka tygodni temu w programie PiS i jego koalicjantów „Polski Ład”. Z kolei zapowiedź dokonywania wspólnych zakupów oznacza potencjalne oszczędności, ale

jednocześnie pociąga za sobą mniejszy wpływ lekarzy na wybór materiałów i sprzętu, bo asortyment może być narzucany odgórnie.

CO Z PACJENTAMI?

Czy reforma szpitalnictwa faktycznie doprowadzi do poprawy wyników leczenia, to już zupełnie inna para kaloszy. Dla wielu pacjentów to dyskusja abstrakcyjna, bo wielu nie wie, czy placówka, w której się leczą, należy do powiatu, województwa, uczelni medycznej czy jednego z resortów. Niektóre zmiany mogą spotkać się z przychylnością części społeczeństwa, a zwłaszcza organizacji pacjenckich. Do takich zmian można zaliczyć propozycje, aby informacje o jakości udzielanych świadczeń były upubliczniane (tak by umożliwić wybór miejsca leczenia w oparciu o porównywalne dane), i aby wprowadzić badania satysfakcji pacjentów po zakończonej hospitalizacji.

COŚ ZA COŚ

Jeśli te ostatnie zagoszczą w szpitalach na stałe, za czym niejednokrotnie opowiadał się minister Adam Niedzielski, i m.in. o nie zostanie oparty benchmarking dla placówek z sieci, co rekomenduje resortowy zespół, część leczniczek czeka na nieoczywiste zmiany. Zakładając, że znaczenie opinii pacjentów nie będzie fikcją, bezpowrotnie może zniknąć legendarne szpitalne menu w postaci czerstwego pieczywa i kawałka pasztetowej rzuconej na talerz pamiętający czasy słusznie minione, co – jeśli wierzyć zdjęciom publikowanym w mediach społecznościowych – wciąż gdzieś tam ma miejsce. Placówkom nie będzie się opłacało tracić punktów przeliczanych na pieniądze z tak błahego powodu, a wzrost kosztów żywienia zrekompensują, tnąc inne koszty. Może wynagrodzeń? ■

Stare musi odejść

Z prof. Mariuszem Zimmerem, prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jak wygląda zderzenie ginekologii i położnictwa z SARS-CoV-2?

Pandemia COVID-19 zaskoczyła nas wszystkich. WHO, do tej pory uznawana za wyrocznię w sytuacjach kryzysowych, moim zdaniem zawiodła na całej linii. Brak jakichkolwiek wytycznych spowodował, że towarzystwa naukowe w oparciu o swoje doświadczenia, zarówno w podstawach teoretycznych, jak i w praktyce, wyznaczały własne schematy postępowania.

Także Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników z chwilą ogłoszenia pandemii wydało rekomendacje dotyczące postępowania w oddziałach położniczo-ginekologicznych i większość ośrodków położniczych się do nich stosowała, a Ministerstwo Zdrowia je przyjęło już na początku pandemii. Jednak sytuacja była dynamiczna, przybywało zakażeń, miały one różny charakter, poprawiała się też dostępność do testów diagnostycznych, środków ochrony, personel medyczny nabierał doświadczenia i stało się oczywiste, że schemat postępowania wymaga modyfikacji. Szybka reakcja PTGiP w chwili, kiedy nikt nie był w stanie przewidzieć, co będzie dalej, okazała się kluczowa.

Niestety, tworzenie szpitali izolacyjnych doprowadziło do wyłączenia z systemu opieki okołoporodowej wiele specjalistycznych oddziałów wykonujących unikatowe na skalę kraju procedury. Dlatego, oceniając kondycję ginekologii i położnictwa w zderzeniu z SARS-CoV-2, uważam, że medycznie daliśmy i dajemy radę, ale narzucane odgórnie decyzje administracyjne, podejmowane przez urzędników, a nie lekarzy, wyrządziły wiele złego. Dotąd nie notowaliśmy tak dużej liczby przypadków prowadzenia ciąży, a często i ich rozwiązań, w oddziałach intensywnej terapii. Sam, będąc położnikiem z 40-letnim stażem, wykonywałem np. cięcie cesarskie u pacjentki podłączonej do ECMO, ale pierwszy raz w życiu widziałem tak częste zgony matek.

Czy pandemia zmieniła standardy prowadzenia ciąży, opieki okołoporodowej i neonatologicznej?

Standardy postępowania to ogólne zalecenia dotyczące sytuacji typowych. Od początku mojej kadencji wszystkie rekomendacje wydawane przez PTGiP mają preambułę mówiącą, że rekomendacja (w tym wypadku standard) ma

nadać kierunek działania i postępowania, który może być zmieniony w zależności od indywidualnego przypadku, co m.in. napędza postęp medycyny.

W sytuacjach nietypowych, a taką jest obecna pandemia, konieczna jest weryfikacja ustalonych standardów. Wytyczne zmieniały się więc w miarę zdobywania coraz to nowszych informacji na temat zjadliwości wirusa, jego zachowania się w organizmie itd. To spowodowało, że np. stanowisko dotyczące wykonywania badań USG dopochwowych z marca 2020 r. zmieniło się od ekstremalnie ostrożnego do bardziej typowego. Ewoluuje również sposób przyjmowania pa-

cjentek do szpitala z testowaniem. Od pierwszych dni, kiedy nie było dostępu do testów Real-Time PCR, kiedy opieraliśmy się tylko na ankietach i objawach klinicznych, przez testy antygenowe, które pojawiły się później, aż do powszechnego stosowania testów PCR i szybkich testów, zmieniały się

formy zabezpieczeń przed rozprzestrzenianiem się ognisk epidemicznych w oddziałach położniczych.

Nie uniknięto jednak zamykania całych oddziałów położniczych.

To dowód na to, jak straszny jest COVID-19 w położnictwie. Tutaj nie da się uniknąć kontaktu z rodzącą i mimo zabezpieczeń dochodziło do zakażeń wśród pacjentek i personelu medycznego. Byliśmy świadkami dramatycznych zgonów matek, ale też naszych współpracowników – kolegów i koleżanek. Od chwili wprowadzenia szczepień jest bezpieczniej, ale reżim epidemiczny utrzymujemy dalej. Szczepienia umożliwiły powrót do prawie pełnej normalności w oddziałach położniczych, ale „prawie” robi dużą różnicę. Z całkowitym przywróceniem pełnej działalności trzeba jeszcze poczekać. Wprawdzie większość oddziałów przywróciła porody rodzinne, ale pełne odwiedziny wciąż mogą stwarzać zagrożenie.

Szczepienie chroni przed ciężkim przebiegiem choroby osobę zaszczepioną, ale nie chroni niezaszczepionych przed zakażeniem. I to jest powód utrzymania reżimu epidemicznego i np. noszenia maseczek podczas kontaktu na linii np. lekarz – pacjent (pacjent niezaszczepiony), co nie każdy rozumie, w tym również Rzecznik Praw Pacjenta, który w okresie największego szczytu pandemii w Polsce prowadził dochodzenie w moim szpitalu, dlaczego zalecamy, w momencie kontaktu pacjentki z personelem, noszenie maseczki. To jakiś absurd.

SARS-CoV-2 jest nieobliczalny w skutkach. Dlatego każdą ciężarną z objawowym COVID-19 należy hospitalizować. Progresja objawów może nastąpić w ciągu kilku godzin.

COVID-19 zapisze się w lecznictwie jako era teleporad. Czy jest możliwe leczenie pacjentek w ciąży na odległość?

Wiele decyzji organizacyjnych w tej sprawie było podejmowanych bez udziału ekspertów medycznych. Nie jest możliwe prowadzenie ciąży online i tu zażartuję: „płód nie może mówić”, więc jak ocenić stan płodu, stosując teleporadę? Oczywiście teleporada jest zdobyczą techniki informatycznej, a wdrażanie informatyzacji w tej tzw. biurokratycznej części działalności medycznej jest jak najbardziej wskazane i godne popierania. Przykładem jest elektroniczna recepta, ale leczenie na odległość w położnictwie nie zastąpi kontaktu z pacjentką. Uważam, że nasze doświadczenie organizacyjne zdobyte w czasie pandemii, w tym wykorzystywanie różnych technik informatycznych, jak np. tzw. sztucznej inteligencji w diagnostyce ginekologicznej, ma przyszłość, również poza okresem epidemii. Ale jeszcze raz powtórzę, nie w położnictwie, gdzie praktycznie mamy do czynienia z dwoma pacjentkami.

Jak groźny jest dla matki i dziecka koronawirus?

SARS-CoV-2 jest nieobliczalny w skutkach. Dlatego każdą ciężarną z objawowym COVID-19 należy hospitalizować. Progresja objawów może nastąpić w ciągu kilku godzin. Mieliliśmy taki przypadek. Wieczorem pacjentka manifestowała niewielkie objawy przeziębienia przy dodatnim wyniku testu PCR w kierunku SARS-CoV-2, a po czterech godzinach była już na intensywnej terapii, gdzie po kolejnych dwóch godzinach wykonano cięcie cesarskie. Kobieta urodziła dziecko o wadze 800 g, które już wypisano do domu, ale tylko z ojcem. Mama zmarła – pękło jej płuco.

Ile od początku pandemii odnotowano przypadków ciężarnych zakażonych koronawirusem, u których rozwinął się pełnoobjawowy COVID-19?

Jeszcze nie dysponujemy taką statystyką, ale w okresie 2,5 miesiąca, kiedy klinika, którą kieruję, decyzją wojewody była wyłączona z normalnego ruchu i przejęła obowiązki oddziału covidowego, przyjęliśmy ponad 350 ciężarnych z objawami COVID-19, z czego około 10 trafiło na OIOM, a dwie osoby zmarły. Może by przeżyły, gdyby były zaszczepione. PTGiP wydało jednoznaczne stanowisko zalecające szczepienia ciężarnych i to jest kolejny krok naszego towarzystwa w działaniach na rzecz walki z pandemią.

Czy koncepcja, by testować przyszłe matki pod kątem zakażenia SARS-CoV-2, ma sens?

Jak najbardziej tak. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu od początku epidemii wprowadził testowanie metodą PCR nowo przyjmowanych pacjentów, i uważam, że jest to dobry przykład. Uniknięto w ten sposób pojawienia się ognisk epidemicznych nakazujących zamknięcie klinik na dłuższy czas, zagrażając tym samym systemowi opieki okołoporodowej na Dolnym Śląsku. Niestety, wiem, że nie wszystkie szpitale mające kliniki położnicze wykonują tego rodzaju testy. Trzeba jasno powiedzieć – na testach nie należy oszczędzać, obecna ginekologia i położnictwo wymaga zmian, również co do sposobu myślenia. Goniłwa za jak największą liczbą porodów kosztem bezpieczeństwa pacjentek jest postępowaniem wręcz nieetycznym.



Prof. Mariusz Zimmer: – Trzeba jasno powiedzieć – na testach nie należy oszczędzać, obecna ginekologia i położnictwo wymaga zmian, również co do sposobu myślenia. Goniłwa za jak największą liczbą porodów kosztem bezpieczeństwa pacjentek jest postępowaniem wręcz nieetycznym.

Czy w pandemii bezpieczniej jest rodzić siłami natury czy poprzez cesarskie cięcie?

Wskazanie co do tego postępowania również ewoluowało – początkowo preferowano cięcia cesarskie, obecnie zaleca się sposób porodu według wskazań położniczych.

We wrześniu PTGiP organizuje kongres naukowy. Jakie są oczekiwania członków towarzystwa wobec tego wydarzenia?

Przede wszystkim chcemy się wreszcie spotkać i liczę, że w dniach 23-25 września br. dojdzie do tego na XXXIV Kongresie PTGiP, który organizujemy w Narodowym Forum Muzyki we Wrocławiu. Program jest opublikowany na stronie internetowej www.ptgin.pl, zapraszam do rejestrowania się. Przewidujemy oddzielną sesję poświęconą tematowi „Ciąża a COVID-19”, podczas której swoimi doświadczeniami i opiniami podzielę się eksperci z największych ośrodków w Polsce zaangażowanych w leczenie najtrudniejszych przypadków zakażeń SARS-CoV-2 u ciężarnych, a także, jak to bywa podczas spotkań bezpośrednich, będzie okazja do nawiązania bliższych kontaktów i rozmów w kulisach. Epidemia COVID-19 wymusiła organizowanie spotkań naukowo-szkoleniowych online, gdzie wykładowca mówi do monitora i kompletnie nie widzi reakcji słuchaczy. Czekamy więc na możliwość bezpośredniego spotkania i powrotu do dobrych tradycji. ■

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Doskwier wakacyjny

Czasem jest ich cała chmara, ale wystarczy tylko jeden, by lipcową noc zamienić w koszmar.



Joanna Sokołowska pediatra, felietonista

Nie jest gościem niespodziewanym – w oknach masz przecież siatki, w ogrodzie powiesiłaś domki dla jeżyków, na tarasie posadziłaś geranium i zapaliłaś spiralne kadzidełka odstrasżające owady. Chanel No5 zamieniłaś na repellent.

Mimo skwapliwie przestrzeganych procedur (twoje języki z przejedzenia ledwo mogą latać, nad tarasem pojawił się dron straży antysmogowej, a koleżanka z życzliwym zainteresowaniem pyta, czym tak dziwnie pachniesz), kładziesz się spać z uzasadnionym niepokojem. Wiesz przecież, że tuż przed miłym momentem przekroczenia granicy jawy i snu usłyszysz tuż przy swoim uchu ciche, ale stanowcze „bzzz...”. Zerwiesz się, zapalisz światło, wymierzysz, na chybił trafił, cios odłożoną na nocny stolik „Gazetą Lekarską”. Zignorujesz ostrzeżenia przyjaciółki – buddystki, że twoja dusza w następnym wcieleniu może znaleźć się w takim kilkumilimetrowym cielem, zakończonym zgrabną klujką. Zwizualizujesz krwawy ślad na suficie i zgrabnym bekhemem wyślesz wroga do owadziego bardo. Przez krótką – wystarczającą do uspokojenia nerwów, wyrównania oddechu i odnalezienia ulubionej pozycji – chwilę będziesz się łudzić, że już po wszystkim. Gdy ponownie zaczniesz zapadać w objęcia Morfeusza, wróci cichutkie, a przecież tak dobrze ci znane bzyczenie w tonacji Fis-dur. Będziesz klaskać i klepać się po coraz bardziej swędzącym cielem. Zaśniesz na moment, by obudzić się z nowymi błablami.

A więc wojna! Zaczyniesz od tego, by poznać wroga z imienia i nazwiska. Nie zważając na świad i deprywację snu, zostaniesz entomologiem amatorem. Okiem uzbrojonym (przecież to wojna, jako się rzekło) będziesz analizować kształt i kolor delikatnej owadziej głowy z czarnym nadustkiem, obejrzyś głaszczki, skrzydełka, przezmianki, tregity odwłoka i apodemy zakończono silnie zakrzywionymi ząbkami. Poczujesz się bezradna, jak podczas kolokwium z anatomii na pierwszym roku studiów. Znowu pomyślisz, że ktoś to wszystko tak ponazywał tylko po to, by postawić ci dwóję.

W efekcie swoich studiów z zakresu biologii błonkoskrzydłych, z pewną konsternacją stwierdzisz, że stworzenie, które przez całe życie uważałaś za komara, jest... doskwierem pastwiskowym! (Zanotujesz, by w świetle dnia docenić słowotwórczy talent autora nazwy).

Na zdjęciu w internetowym serwisie z przerażeniem stwierdzisz, iż poczwarki badanego owada niepokojąco przypominają te z filmu Ridleya Scotta o statku Nostromo i jego dodatkowych pasażerach. Dowiesz się, że zasuszone mogą przetrwać kilka lat w oczekiwaniu na deszcz, a gdy już znajdą się w wodzie, zawieszone pod jej powierzchnią, wyglądają i działają, jak oddział płetwonurków obcego wywiadu, tuż przed inwazją na ląd.

Nie będzie dla ciebie zaskoczeniem, że twój doskwier jest samicą. Potwierdzisz w znalezionej literaturze powszechne przekonanie, że tylko panie doskwierzyce żywią się krwią. Panom doskwierom wystarcza skakanie z kwiatka na kwiatek i spijanie nektaru. Z jakiegoś powodu seksistowska wyda ci się jednak informacja, że samica owada ma lepiej rozwinięty aparat gębowy od swojego partnera. Mąż – obudzony i też już nieco pokłuty – przyjmie tę informację z zaskakującym zrozumieniem.

Rozczaruje cię, że w świecie zwierząt nie ma żadnej solidarności płci – doskwier, choć sam jest owadzią dziewczynką, woli dokuczać paniom. Lubi smak estradiolu, wyższą temperaturę ciała i większe stężenie dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu. Nie wyda ci się wcale pocieszająca informacja, że doskwier jest gatunkiem kosmopolitycznym i holarktycznym, a co istotne – w Polsce bardzo pospolitym...

Ku pokrzepieniu serca i na potrzeby felietonu poszukasz doskwierzego odpowiednika w medycznym uniwersum. Zidentyfikujesz go z zaskakującą łatwością w osobie pracownika twojego ulubionego ministerstwa. To ten urzędnik, który stale szuka w lekarskim cielem miejsca, w które dałoby się wkłuć biurokratyczną klujkę – by wysać krew eskulapa i przy okazji trochę dokuczyć. Najbardziej jest aktywny po zmroku, gdy drukuje swoje rozporządzenia. Nikt go nie lubi. Nie da się go pozbyć. Łudząco podobnie do natrętnego owada, jest odporny na ciosy medycznego periodydu. Różnica jest jedna – w to, że ma jakąś duszę, wątpi nawet przyjaciółka buddystka.

Pójdiesz na dyżur. Będzie zaskakująco spokojny. Uda ci się przysnąć w dyżurce. Zgadnij, proszę, jaki dźwięk przypomni ci o tym, że jesteś w pracy. A w pracy się nie śpi.

Oklaski dla doskwiera! ■

NAUKA W PIGUŁCE

Inteligentne opatrunki z czujnikami gojenia

Naukowcy opracowali inteligentne opatrunki na rany z wbudowanymi nanoczuJNIKAMI, które świecą, aby ostrzec pacjentów, gdy rana nie goi się prawidłowo.

Wykorzystując przeciwbakteryjne i przeciwzapalne właściwości wodorotlenku magnezu, inteligentne opatrunki mogą również zwalczać bakterie i zmniejszać stany zapalne, aby wspomagać gojenie. Zostały opracowane przez zespół naukowców i inżynierów z Uniwersytetu RMIT w Melbourne w Australii. Są tańsze w produkcji niż opatrunki na bazie srebra, ale równie skuteczne w zwalczaniu bakterii i grzybów, a ich działanie przeciwbakteryjne utrzymuje się do tygodnia.

– Dzięki dalszym badaniom mamy nadzieję, że nasze wielofunkcyjne opatrunki

mogą stać się częścią nowej generacji tanich, opartych na magnezie, technologii do zaawansowanej pielęgnacji ran – powiedział dr Vi Khanh Truong, kierownik projektu. Światowy rynek zaawansowanych opatrunków na rany jest obecnie wyceniany na szacunkowo 6,9 mld USD i oczekuje się, że do 2028 r. wzrośnie do 9,9 mld USD.

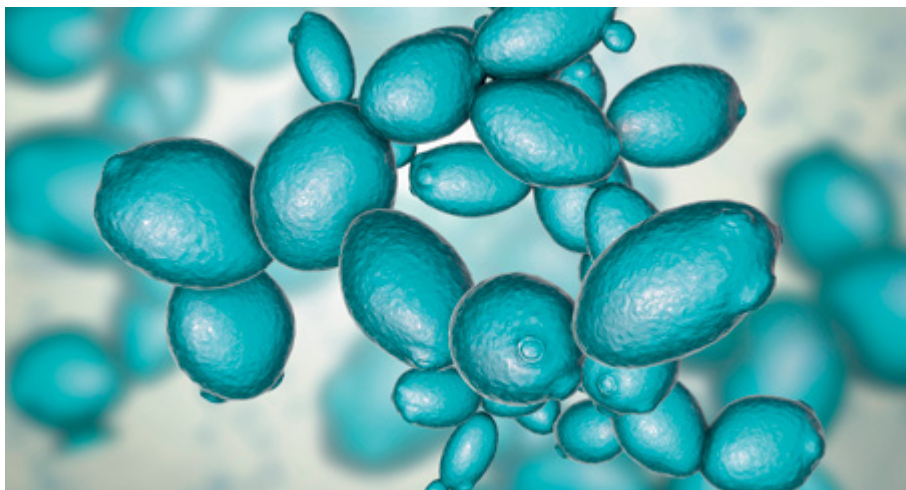
Wyniki badania opublikowano w „ACS Applied Materials and Interfaces”, którego głównym autorem jest dr Adam Truscwicz z Uniwersytetu w Bergen w Norwegii. To pierwsze takie badanie, w którym opracowano fluorescencyjne nanoarkusze z wodorotlenku magnezu, mogące dopasowywać się do krzywych włókien bandaża. Zespół badawczy zsyntetyzował nanoarkusze – które są 10 tys. do 100 tys. razy

cieńsze niż ludzki włos – i osadził je na nanowłókienkach. Nanoarkusze z wodorotlenku magnezu reagują na zmiany pH, dlatego są idealne jako czujniki do śledzenia gojenia (zdrowa skóra jest naturalnie lekko kwaśna, a zakażone rany są umiarkowanie zasadowe). W świetle UV nanoarkusze świecą jasno w środowisku zasadowym i blakną w środowisku kwaśnym, wskazując na różne poziomy pH, które wyznaczają etapy gojenia się ran.

Zespół chętnie współpracuje z klinicystami w celu dalszego rozwoju technologii poprzez badania przedkliniczne i kliniczne. Badania wspierano w ramach Australijsko-Amerykańskiego Programu Fulbrighta. ■

Źródło: sciencedaily.com

Probiotyk drożdżowy a leczenie IBD



Saccharomyces cerevisiae, drożdże piekarskie lub piwowarskie, stosowane jako probiotyki w celu przywrócenia prawidłowej flory jelitowej

Naukowcy z Brigham and Women's Hospital opracowali drożdże, dzięki którym można osiągnąć wiele nowych efektów w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit (IBD).

– Wzięliśmy drożdże – te same, które są używane do produkcji piwa – i daliśmy

im zdolność wykrywania stanu zapalnego oraz wydzielania cząsteczki przeciwwapalnej – poinformował dr Francisco Quintana, badacz z Centrum Chorób Neurologicznych Ann Romney w Brigham. – Tę platformę nazwaliśmy „botami Y” (roboty drożdżowe). Widzimy w niej potencjał do

opracowania środków, które mogą leczyć choroby tkanki jelitowej i nie tylko – podkreślił.

Naukowcy opracowali swój probiotyk przy użyciu *Saccharomyces cerevisiae*, gatunku drożdży stosowanych w produkcji wina, w piekarnictwie i piwowarstwie. Korzystając z technologii edycji genów CRISPR/Cas9, wprowadzili elementy genetyczne, które są zdolne wykrywać stan zapalny i reagować poprzez wydzielanie enzymu, który może degradować kluczową cząsteczkę zaangażowaną w stan zapalny. Zmodyfikowane drożdże mogą wydelać różny poziom enzymu, w zależności od tego, jak duża część sygnału zapalnego jest obecna w jelicie. Oznacza to, że probiotyk może wykazywać odpowiedź wysoce sfokusowaną na stan zapalny. U myszy zmodyfikowane drożdże skutecznie stłumiły zapalenie jelit, zmniejszyły zwłóknienie i przywróciły zrównoważony mikrobiom jelitowy. – Chcemy wykorzystać narzędzia biologii syntetycznej do projektowania tego, co można znaleźć w naturze – powiedział Francisco Quintana.

Prowadzone będą dalsze badania dotyczące bezpieczeństwa stosowania tego probiotyku. ■

Źródło: medicalxpress.com

SKUTKI PANDEMII COVID-19

Czy grozi nam koronasomnia?

Utrzymujące się napięcie i stres związane z COVID-19 wpływają na jakość snu.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Nawet 64 proc. dorosłych Polaków ma problem ze snem, a 35 proc. z nich to osoby, które zmagają się z bezsennością od roku i konsekwencji tego zjawiska doświadczają niemal codziennie – wynika z badania pt. „Jak (nie) śpią Polacy”, zrealizowanego na początku tego roku¹. Specjaliści w dziedzinie diagnozowania i leczenia zaburzeń snu podkreślają, że tak wysokich wskaźników dotyczących bezsenności wśród Polaków dotąd nie notowano. Sygnalizują też, że na jakość snu wpływają napięcie i stres związane z COVID-19. Czy grozi nam koronasomnia?

COVIDOWA BEZSENNOŚĆ

Koronasomnia to zjawisko medyczne, które wiąże się z bezsennością spowodowaną zagrożeniem COVID-19. Po raz pierwszy użyła tej nazwy Christina Pierpaoli Parker, psycholożka specjalizująca się w behawioralnej medycynie snu na University of Alabama w Birmingham. Według amerykańskiego Centrum ds. Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC), w latach poprzedzających pandemię bezsenność dotykała 10-14 proc. dorosłych. Dziś uważa się, że ludzie zmagających się z problemami ze snem będzie przybywało, co wiąże się z naturalnymi reakcjami organizmu na zagrożenie. W wyniku tych reakcji u człowieka włączają się mechanizmy czuwania, a pandemia SARS-CoV-2 wpisuje się w ten schemat. Potwierdza to badanie przeprowadzone na brytyjskim Uniwersytecie w Southampton, które wykazało, że liczba osób cierpiących na bezsenność wzrosła w czasie pandemii z jednej na sześć do jednej na cztery.



COVIDowa bezsenność dotyka głównie osoby pracujące w tzw. kluczowych branżach, które na czas pandemii nie były zamrażane. Podczas konferencji

Specjaliści w dziedzinie diagnozowania i leczenia zaburzeń snu podkreślają, że tak wysokich wskaźników dotyczących bezsenności wśród Polaków dotąd nie notowano.

zorganizowanej w związku z obchodami Światowego Dnia Bezsenności dr n. med. Michał Skalski, psychiatra specjalizujący się w leczeniu zaburzeń snu, zwrócił uwagę, że pandemia nasiliła czynniki wyzwalające zaburzenia związane ze snem. Oprócz poczucia

zagrożenia zakażeniem się koronawirusem zalicza się do nich także zmianę trybu życia (praca online, brak ruchu i kontaktów z ludźmi) wymuszoną pandemią. COVIDowej bezsenności częściej doświadczają kobiety niż mężczyźni.

BRAKUJE SPECJALISTÓW

Lekarze są zgodni, że koronasomnię trzeba leczyć. Bagatelizowanie tego zjawiska pociąga za sobą poważne konsekwencje. Złe samopoczucie po nieprzespanych nocach, pogorszenie nastroju, brak koncentracji czy gorsza jakość pracy, to tylko niektóre z następstw tego zaburzenia. Nieleczona bezsenność zwiększa też ryzyko otyłości, lęku, depresji, chorób układu krążenia czy cukrzycy.

Uczestnicząca w konferencji z okazji Światowego Dnia Bezsenności dr n. med. Małgorzata Fornal-Pawłowska, psycholożka kliniczna i psychoterapeutka poznawczo-behawioralna, zwróciła uwagę, że do najczęściej wymienianych w badaniu „Jak (nie) śpią Polacy” objawów braku snu można zaliczyć: pogorszenie samopoczucia, odczuwanie senności i zmęczenia w ciągu dnia, napięcie oraz towarzyszący mu niepokój. Ale respondenci biorący udział w badaniu wskazywali również na ogólne pogorszenie stanu zdrowia oraz problemy ze zdrowiem psychicznym. W przypadku tego ostatniego niepokojącym jest fakt, że 25 proc. w tej grupie stanowią osoby, które nie ukończyły jeszcze 25. r.ż., a leczenie jest trudne z uwagi na ograniczony dostęp do specjalistów. ■

¹ Badanie „Jak (nie) śpią Polacy” zrealizowano w dniach 25.01.–29.01.2021 r. przez agencję SW RESEARCH metodą wywiadów online (CAWI). W ramach badania przeprowadzono 1008 ankiet wśród osób, które ukończyły 18 lat.

SARS-COV-2 NIE ODPUŚCI

Zaśnięciu nie pomaga liczenie baranów

Z dr. n. med. Michałem Skalskim, psychiatrą z Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Poradni Leczenia Zaburzeń Snu przy Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie, rozmawia Lucyna Krysiak.

Czy pocovidowe zaburzenia snu różnią się od bezsenności, z którą psychiatria ma do czynienia na co dzień?

Różnią się i to zdecydowanie. Bezsenność sprzed pandemii była wywoływana przez nadmierne poczucie wewnętrznego wzbudzenia, któremu często towarzyszyły stany lękowe czy depresja. Bezsenność pocovidowa to brak potrzeby snu, prawdopodobnie jest skutkiem neurologicznych powikłań przebytego zakażenia koronawirusem.

Jakich?

Literatura naukowa na ten temat niewiele mówi, ale z doświadczeń klinicznych wiemy, że mogą to być pocovidowe powikłania neurologiczne w postaci np. mikrozakrzepów, stanów zapalnych przebytych w związku z COVID-19 czy stresu. Kiedy swego czasu przetoczyła się przez Europę epidemia grypy Hiszpanki, u ozdrowieńców zaobserwowano śpiączkowe zapalenie mózgu. Okazało się, że przeciwciała, które organizm wytwarzał przeciwko tej chorobie, uszkadzały mózg, wywołując albo permanentną śpiączkę, albo permanentną bezsenność. Wiemy więc, że infekcja wirusowa może uszkadzać mózg i pocovidowa bezsenność, która obecnie wzrasta lawinowo, niewątpliwie ma z tym związek. Na to zjawisko, nazwane koronasomnią, cierpią przeważnie osoby w młodym wieku, 30-40-latkowie. Przed pandemią ryzyko zaburzeń snu wzrastało wraz z wiekiem. Czynnikiem sprzyjającym pocovidowym zaburzeniom snu jest także brak aktywności fizycznej i świeżego powietrza.

Jak się leczy koronasomnię?

Tak jak każdą bezsenność – w zależności od indywidualnego rozpoznania, a więc farmakologicznie, metodami niefarmakologicznymi, np. terapią poznawczo-behawioralną lub łącząc te metody. Jednak doświadczenie wskazuje, że bezsenność pocovidowa trudniej poddaje się leczeniu. Niestety, w Polsce działa zaledwie kilka ośrodków terapii zaburzeń snu i trudno się do nich dostać. W sytuacji, kiedy do obecnych pacjentów dołączyli pacjenci pocovidowi, nie sposób zapewnić im specjalistyczną pomoc. Dlatego uruchomiliśmy w internecie aplikację medyczną terapiabezsenności.pl, która oferuje odbycie sesji terapeutycznych online. W terapii niezbędna jest współpraca z lekarzem. Zасыpaniu nie pomaga liczenie baranów, powiedziałabym nawet, że jest to działanie

szkodliwe. Uczymy naszych pacjentów takich zachowań, które pomagają odciągnąć uwagę od spania, ponieważ nadmierne skupianie się na zaśnięciu, zmuszanie się do spania, przynosi odwrotny skutek. Błędne jest także przekonanie, że powinno się przesypiać osiem godzin na dobę, gdyż krótszy sen zagraża zdrowiu, tymczasem liczba przesypianych godzin zależy od biologicznych uwarunkowań.

Jaki jest stan wiedzy lekarzy na ten temat?

Znikomy. Przede wszystkim lekarzy na studiach nikt nie uczy, czym jest sen i bezsenność, tematów tych nie uwzględnia się też w programach szkoleń podyplomowych i jeśli pacjent zwraca się z problemem do swojego lekarza POZ, przeważnie dostaje leki, które mogą przynieść więcej szkody niż pożytku. Leków, które tylko łagodzą objawy i prowadzą do uzależnienia. Kiedy do mnie pacjent trafia z bezsennością, to w 70 proc. okazuje się, że kryje się za tym jakaś inna choroba – albo natury psychicznej, albo somatycznej, np. depresja, zaburzenia lękowe, a w czasie pandemii mgła covidowa, zmęczenie nieadekwatne do wysiłku czy zaburzenia funkcji poznawczych, co ma związek z koronasomnią.

Czy biorąc pod uwagę skalę zjawiska – co czwarty ozdrowieniec ma problemy ze snem – rozważa się zmiany w wytycznych leczenia zaburzeń snu?

SARS-CoV-2 nas tak szybko nie opuści i trzeba się liczyć z tym, że koronasomnia będzie się nasilać. Stare wytyczne były opracowane na początku lat 90. XX w. i obecnie wymagają korekt. Głównie chodzi o to, aby wiedzieć, jak pacjentowi z koronasomnią pomóc, nawet jeśli dokładnie nie wiadomo, jakie jest podłoże tego zjawiska. Wymusza ono także zmiany w sposobie myślenia na temat medycyny snu.

Obecnie medycyna snu jako odrębna specjalność nie istnieje, jest przypisana psychiatrii i traktuje się ją po macoszemu. Ośrodki leczenia zaburzeń snu są częścią poradni zdrowia psychicznego i dla NFZ jest to jeden twór, czego następstwem są ograniczenia finansowe, które są blokadą w tworzeniu większej liczby ośrodków specjalizujących się w tej dziedzinie. Badania wykazały, że aż 30 proc. Europejczyków, a w tym 50 proc. Polaków, Węgrów i Turków cierpi na zaburzenia snu. Czas już pomyśleć o stworzeniu warunków, by ich leczyć. ■

Pandemia, która nie chce się skończyć



W czerwcu przybyło ok. 14 mln zakażonych wirusem SARS-CoV-2 na całym świecie. Sytuacja normalizuje się po trudnych dniach kwietnia i połowy maja, choć eksperci podkreślają, że pandemia wciąż trwa i może nastąpić kolejny, duży wzrost zakażeń. Szczególnie że proces szczepień przeciwko COVID-19 nie wszędzie odbywa się sprawnie, a na świecie rozprzestrzenia się groźna odmiana Delta.

O ile pod koniec kwietnia dzienne światowe przyrosty zakażeń wirusem przekraczały 800 tys., o tyle pod koniec czerwca wahały się w granicach 400 tys. Patogen jest aktywny przede wszystkim w Ameryce Środkowej i Południowej, Azji Południowej i Południowo-Wschodniej oraz części krajów Afryki.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, od początku wybuchu pandemii do 26 czerwca potwierdzono w sumie ponad 180 mln zakażonych wirusem i ok. 4 mln zgonów z powodu COVID-19. W dalszym ciągu liderem pod względem osób z potwierdzonym

zakażeniem SARS-CoV-2 jest USA (34,5 mln, ale od kilku miesięcy sytuacja jest tam stabilna, a w czerwcu odnotowano w sumie ok. 600 tys. nowych zakażeń).

Na drugim miejscu pod względem liczby osób zakażonych są Indie (30,2 mln). O ile jeszcze przed paroma tygodniami sytuacja była tam katastrofalna, to w ostatnim czasie nastąpiła znaczna poprawa. Co prawda w dalszym ciągu w Indiach codziennie zakażeniom ulega co najmniej kilkadziesiąt tysięcy osób, to jednak jest to o wiele lepsza sytuacja niż w maju, kiedy notowano kilkaset tysięcy zakażeń na dobę.

Trzecim państwem na świecie pod względem liczby zakażonych jest Brazylia, która niestety w ostatnich tygodniach przechodzi przez koronawirusowe piekło, notując dzienne rekordy zakażeń. Do 26 czerwca potwierdzono tam 18,3 mln zakażeń od początku wybuchu pandemii, z czego wzrost w czerwcu wyniósł ponad 2 mln. Minister zdrowia tego kraju ogłosił nadejście trzeciej fali pandemii COVID-19 – najgorszej ze wszystkich.

Państwa, gdzie koronawirus wyraźnie daje o sobie znać, to także m.in. Kolumbia,

Kuba i Indonezja – tam, podobnie jak w Brazylii, pod koniec czerwca notowano krajowe rekordy dziennych zakażeń. Z kolei w większości europejskich krajów jest spokojnie.

Szczepienia przeciwko COVID-19, które mają pomóc w pokonaniu pandemii, są już aplikowane na całym świecie. Do 26 czerwca co najmniej jedną dawką zaszczepiono ponad 1/5 światowej populacji, z czego jednak tylko ok. 1 proc. osób pochodzących z najbardziej zagrożonych krajów (dane: Our World in Data, statystyki opracowywane przez badaczy z Uniwersytetu Oksfordzkiego). Co ciekawe, nawet w krajach rozwiniętych programy szczepień nie są realizowane w równym tempie. O ile np. pod koniec czerwca w pełni zaszczepionych było ok. 60 proc. Izraelczyków, prawie połowa Brytyjczyków i mieszkańców USA oraz ponad 1/3 Niemców, Szwajcarów czy Francuzów, to już tylko 9 proc. Japończyków i obywateli Korei Południowej, a także niecałe 5 proc. Australijczyków. ■

Źródło: WWW.WORLDOMETERS.INFO, BBC, WWW.OURWORLDINDATA.ORG, REUTERS

W PIGUŁCE

Kryzys kadrowy w USA

Stany Zjednoczone od lat mają problem dotyczący niewystarczającej liczby lekarzy. Według najnowszej prognozy Association of American Medical Colleges (AAMC), przed 2034 r. w systemie będzie brakować od 37,8 tys. do nawet 124 tys. lekarzy, zarówno w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, jak i w opiece specjalistycznej.

Zgodnie z szacunkami AAMC, braki kadrowe w POZ (np. lekarze rodzinni, pediatrzy, geriatrycy) mogą wynieść od 17,8 tys. do 48 tys. lekarzy. W przypadku specjalizacji chirurgicznych (m.in. chirurgi ogólni, ortopedycy) oszacowano możliwe w ciągu najbliższych kilkunastu lat niedobory

od 15,8 tys. do 30,2 tys. medyków. Prognozuje się także duże braki kadrowe w przypadku anestezjologów, neurologów i specjalistów medycyny ratunkowej, a nieco mniejsze np. wśród kardiologów czy specjalistów chorób zakaźnych.

Pośród przyczyn takiego stanu rzeczy wymienia się zwiększające się zapotrzebowanie na opiekę medyczną w związku ze starzeniem się społeczeństwa (populacja USA ogółem ma wzrosnąć do 10,6 proc., ale wśród osób po 65. r.ż. – aż o 42,4 proc.). Zjawisko to potęguje też starzejąca się kadra lekarska. ■

Źródło: AAMC

Niezaszczepieni medycy

W amerykańskich szpitalach wciąż występuje niepokojąco duża liczba pracowników medycznych niezaszczepionych przeciwko COVID-19 – tak wynika z najnowszej analizy WebMD i Medscape Medical News, opracowanej na podstawie danych zebranych przez U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

Pod uwagę wzięto informacje pochodzące z 2,5 tys. szpitali w USA. Okazało się, że średnio 1 na 4 pracowników, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentami, nie otrzymał nawet pierwszej dawki szczepionki przeciw COVID-19 (dane z końca maja br.). Oczywiście sytuacja

jest różna w zależności od konkretnej placówki. W niektórych poziom wyszczepienia personelu był niemal 100-procentowy, ale w innych z kolei wahał się na poziomie 30-40 proc. Eksperci podkreślają jednak, że zaszczepionych może być nieco więcej niż wynika to z oficjalnych danych, ponieważ nie zawsze szpitale rzetelnie raportują o szczepieniach swoich pracowników, ale nawet biorąc to niedoszacowanie pod uwagę, to problem jest znaczący i odzwierciedla stosunek do szczepień przeciwko COVID-19 w populacji USA. ■

Źródło: WEBMD.COM, MEDSCAPE

Zapobieganie samobójstwom

Przyczyną jednego na każde 100 zgonów jest samobójstwo – alarmuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Mimo że w ciągu ostatnich 20 lat globalnie liczba samobójstw spadła o ok. 36 proc. (najbardziej w Europie i w regionie Zachodniego Pacyfiku), to są obszary, gdzie problem pogłębia się (Ameryka Północna i Ameryka Południowa – wzrost o 17 proc.). W 2019 r. w sumie ponad 700 tys. osób odebrało sobie życie.

WHO zwraca uwagę, że obecnie tylko 38 krajów posiada narodową strategię zapobiegania samobójstwom. Organizacja

opracowała nowe wytyczne („Live Life”), które mają pomóc w przeciwdziałaniu takim tragediom (m.in. wczesna identyfikacja, pomoc i obserwacja osób dotkniętych myślami i zachowaniami samobójczymi, a także ograniczenie dostępu do środków, które mogą być wykorzystane do popełnienia samobójstwa, np. broni palnej). Zdaniem WHO, wdrożenie w poszczególnych krajach zaproponowanych rozwiązań może zredukować liczbę samobójstw nawet o jedną trzecią do 2030 r. ■

Źródło: WHO

UE: brak wspólnego systemu i głównego epidemiologa

W połowie czerwca przewodnicząca Komisji Europejskiej Ursula von der Leyen zaprezentowała pierwsze wnioski po analizie doświadczeń w związku z pandemią COVID-19 z ostatnich 18 miesięcy i pomysły wykorzystania ich do poprawy działań w przyszłości – zarówno na szczeblu unijnym, jak i krajowym.

Jednym z nich jest propozycja stworzenia globalnego systemu nadzoru nad zdrowiem publicznym (UE powinna przewodniczyć wysiłkom w jego utworzeniu) i udoskonalenie europejskiego systemu gromadzenia informacji o pandemii. Kolejne to m.in.: wyznaczenie głównego europejskiego epidemiologa, ustanowienie ram uruchamiania pandemicznego stanu wyjątkowego w UE, wzmocnienie łańcuchów dostaw sprzętu i leków o krytycznym znaczeniu, stworzenie szeroko zakrojonej unijnej wieloosrodkowej platformy badań klinicznych, a także wspieranie państw członkowskich w celu wzmocnienia ogólnej odporności systemów opieki zdrowotnej. ■

Źródło: KE PRZEDSTAWICIELSTWO W POLSCE

Irakijczycy dziękują polskim otolaryngologom

Władze Irackiego Towarzystwa Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi (Iraqi Society of Otorhinolaryngologistshead and Neck Surgeons) przyznały wyróżnienie prof. Henrykowi Skarzyńskiemu (dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu) oraz prof. Piotrowi H. Skarzyńskiemu (za-cia kierownika Zakładu Teleaudiologii i Badań Prasiewiczowych IFPS) za wkład w edukację i wsparcie irackich specjalistów. Nagrodę wręczono podczas 3. edycji International Conference of Iraqi ENT Society, która odbyła się w Bagdadzie.

W spotkaniu uczestniczyli specjaliści z całego świata, m.in. z Egiptu, Iranu, Libanu, Turcji, Wielkiej Brytanii, Włoch itd. Podczas konferencji wygłaszano wykłady, m.in. dotyczące chirurgii endoskopowej, nowotworów głowy i szyi, fonochirurgii, chirurgii tarczycy i wielu innych.

Źródło: IFPS

SYSTEMY OPIEKI ZDROWOTNEJ



Lidia Sulikowska
dziennikarz

Potrzeby większe niż możliwości

O brytyjskiej ochronie zdrowia mówi się, że jest przyzwoitym, europejskim średniakiem. Narzeka się tutaj przede wszystkim na kolejki do świadczeń i braki kadrowe wśród pracowników medycznych.

W Wielkiej Brytanii mieszka niemal 70 mln ludzi (osoby powyżej 65. r.ż. – 18,4 proc.). Oczekiwana długość życia wynosi tu nieco ponad 81 lat, a za główne przyczyny zgonów odpowiadają przede wszystkim choroby układu krążenia i nowotwory, znacząco wzrasta śmiertelność z powodu choroby Alzheimera. Około 17 proc. dorosłych Brytyjczyków regularnie pali papierosy, jedna piąta społeczeństwa cierpi na otyłość (dane: OECD/Eurostat).

W najnowszej dostępnej edycji Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (Euro Health Consumer Index, EHCI 2018) – rankingu, w którym europejskie systemy ochrony zdrowia oceniane są przez pacjentów poszczególnych państw – Wielka Brytania znalazła się mniej więcej w środku zestawienia, zajmując 16. miejsce (liderem jest Szwajcaria, Polska na 32. pozycji). Jakże mocne i słabe strony opieki zdrowotnej na Wyspach?

FINANSOWANIE, KTÓRE NIE ZASPOKAJA POTRZEB

Wydatki na ochronę zdrowia są tutaj spore – stanowią nieco ponad 10 proc. PKB. To więcej niż w wielu innych krajach Starego Kontynentu, m.in. w Portugalii, Hiszpanii czy we Włoszech, ale mniej niż we Francji, w Niemczech, Szwecji, Norwegii, nie mówiąc już o Szwajcarii. Ciekawie przedstawia się też struktura wydatków na zdrowie per capita – w Wielkiej Brytanii to 3150 euro (wg parytetu siły nabywczej, PPP), podczas gdy w Niemczech

i Norwegii – 4500 euro, we Francji – 3600, a Szwajcarii – 5240 (dane: OECD/Eurostat).

Niemal 80 proc. kosztów związanych z funkcjonowaniem brytyjskiej ochrony zdrowia jest pokrywanych ze środków publicznych. Mieszkańcy mają dostęp do powszechnych, bezpłatnych świadczeń medycznych w ramach National Health Service (NHS), która niestety w pełni nie zaspokaja rosnących oczekiwań pacjentów. Problemem są kolejki (obowiązują listy oczekujących), a zjawisko to znacząco pogłębiło się w związku z pandemią COVID-19.

BRAKUJE RĄK DO PRACY

Jednym z głównych powodów niewystarczającego dostępu do świadczeń są braki kadrowe wśród personelu medycznego. Liczba praktykujących lekarzy wynosi zaledwie 2,8/1000 mieszkańców, a pielęgniarek – 7,8/1000 mieszkańców. W 2018 r. było 39 tys. nieobsadzonych

etatów pielęgniarskich. Wielka Brytania boryka się z tym problemem od lat, dlatego też znaczącą część pracowników medycznych stanowią osoby z innych krajów. Przykładowo, niemal 14 proc. personelu NHS pracującego w samej tylko Anglii (ok. 170 tys. osób, nie wliczając prywatnych praktyk i lekarzy GP) to osoby innych narodowości¹. Wśród nich największą grupę stanowią Hindusi, a dalej – Filipińczycy, Irlandczycy, Polacy, obywatele Nigerii i Portugalii.

COŚ ZA COŚ

Cechą charakterystyczną brytyjskiej NHS jest mała liczba łóżek szpitalnych (2,5/1000, dla porównania: w Niemczech – 8/100) i silna pozycja POZ oraz pomocy socjalnej. Lekarz rodzinny (GP) ma za zadanie dbać o swoich pacjentów w szerokim tego słowa znaczeniu, ze szczególnym naciskiem na profilaktykę i kompleksową opiekę nad osobami cierpiącym na choroby przewlekłe. Taki system jest efektywny kosztowo, problem pojawia się jednak w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, co mogliśmy zaobserwować podczas kolejnych fal pandemii COVID-19, kiedy brakowało miejsc w szpitalach dla pacjentów z ciężkim przebiegiem choroby. ■

Wielka Brytania bardzo ucierpiała z powodu pandemii COVID-19. Dotychczas odnotowano tam ponad 4,5 mln zakażeń (7. miejsce na świecie), 128 tys. osób zmarło. Niemal połowa społeczeństwa jest już w pełni zaszczepiona przeciw COVID-19. Podczas pandemii system wsparło dodatkowych 60 tys. pracowników medycznych (powroty z emerytur, studenci).

Dane: WWW.WORLDDOMETERS.INFO/WWW.CORONAVIRUS.DATA.GOV.UK

¹ Nie oznacza to, że wszyscy są imigrantami, część to osoby, które tak określiły swoją przynależność narodowościową, ale niekoniecznie są obywatelami kraju, z którym się utożsamiają, mogły też urodzić się w UK.

Źródła:

„United Kingdom: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU”, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies

„Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle”, OECD

„NHS staff from overseas: statistics”, 2020, House of Commons Library, UK Parliament, NHS Digital

EMIGRACJE POLSKICH LEKARZY

Nie wykluczam powrotu do kraju

Z Martiną Leczycką, młodą lekarką odbywającą specjalizację z interny w Londynie zachodnim, rozmawia Lidia Sulikowska.

Jak wyglądają pierwsze lata pracy lekarza w Wielkiej Brytanii?

Absolwent medycyny idzie na staż podyplomowy, który trwa dwa lata. Nie ma egzaminu końcowego, a już po pierwszym roku stażu uzyskuje pełne prawo wykonywania zawodu. Jest mnóstwo pracy, szczególnie podczas dyżurów, kiedy trzeba opiekować się dużą liczbą pacjentów i nie zawsze jest czas, by skonsultować się ze swoim opiekunem. Tutaj młodzi lekarze są od razu rzućni na głęboką wodę. Dyżury odbywają się w blokach nawet po 3-4 noce z rzędu.

Co ze szkoleniem specjalizacyjnym?

Proces ubiegania się o miejsce specjalizacyjne jest sformalizowany i centralnie sterowany. To, na jaką specjalizację się dostaniemy i w jakim regionie będziemy ją odbywać, zależy od miejsca na liście rankingowej, a pozycja na niej uzależniona jest od przyznanej nam liczby punktów. Dodatkowe punkty można zyskać m.in. za zrobienie doktoratu, publikacje naukowe, prezentacje na konferencjach, prowadzenie szkoleń, a także za tzw. quality improvement projects, czyli wdrożone w życie pomysły poprawiające jakość w systemie ochrony zdrowia. Podczas rekrutacji jest też przeprowadzana rozmowa, podczas której pada pytanie z zakresu etyki, np. co robić, gdy twój opiekun przychodzi do pracy po alkoholu.

Im więcej punktów, tym większa szansa na wymarzoną specjalizację. Co ciekawe, specjalizant nie ma wiodącej jednostki prowadzącej – zatrudnia nas system, a poszczególne zakresy programowe możemy realizować w różnych placówkach. To, w jakich, znowu zależy od pozycji rankingowej. Wysokość pensji dla specjalizanta też jest ustalana centralnie – jest to ok. 3 tys. GBP netto. Można pracować w prywatnych placówkach dopiero po uzyskaniu specjalizacji I stopnia.

Jakie są główne różnice pomiędzy polskim a brytyjskim systemem ochrony zdrowia?

Tutaj duży nacisk kładzie się na pracę zespołową. Wypisanie pacjenta ze szpitala nie jest tylko decyzją lekarza prowadzącego, potrzebne są dodatkowe konsultacje w zależności od potrzeb, np. fizjoterapeuty, diabetologa, terapeuty zajęciowego czy pracownika socjalnego. Chodzi o to, aby pacjent po

powrocie do domu miał zapewnioną opiekę oraz potrzebny sprzęt. Szpitale mają też specjalny zespół zajmujący się tzw. trudnymi wypisami ze szpitala, np. osobami bezdomnymi czy niesamodzielnymi, dla których trzeba znaleźć miejsca do zamieszkania, np. w domach opieki lub kwaterach przyznawanych na czas całkowitego wyzdrowienia.

Jak z perspektywy lekarza ocenia pani warunki pracy?

Na pewno można ponarzekać na biurokrację. Wszystko musi być udokumentowane – każda rozmowa z pacjentem lub jego bliskimi, wszelkie decyzje terapeutyczne, ustalenia z pielęgniarkami etc. To zajmuje sporo czasu. Lekarze specjaliści II stopnia i konsultanci nagrywają swoje obserwacje i zalecenia na dyktafon, które do karty wpisują sekretarki medyczne. Niestety lekarze bez specjalizacji i specjaliści I stopnia takiego komfortu nie mają.

Poza tym jest mnóstwo pracy, a lekarzy brakuje. System wspierają pielęgniarki, tyle tylko że ich też jest za mało i są one wyspecjalizowane do konkretnych zadań, np. do opieki paliatywnej, do wkluć centralnych, do pielęgnowania ran etc. Co ciekawe, jeśli na oddziale nie ma pielęgniarki od wkluć, albo od pobierania krwi, to musi zająć się tym lekarz. Pielęgniarki mogą cewnikować tylko kobiety, jeśli na dyżurze nie ma pielęgniarki, to za cewnikowanie odpowiada lekarz. Do takich zadań przeważnie wykorzystuje się tych młodych.

Na co najbardziej narzekają pacjenci?

Brytyjczycy są dumni, że mają powszechny, bezpłatny system ochrony zdrowia, mimo że czasem on niedomaga. Oczywiście problemem są kolejki do specjalistów. Mamy duże braki kadrowe, dlatego w dużej części system opiera się na imigrantach. Niestety zdarza się, że osoby, które mówią z delikatnym akcentem, czasem spotykają się z mniejszym zaufaniem pacjentów.

Czy chciałaby pani leczyć w Polsce?

Rozważam to. Zamieszkałam w Wielkiej Brytanii w wieku kilkunastu lat. Na okres studiów wróciłam do kraju – w ramach zajęć płatnych prowadzonych w jęz. angielskim, a następnie odbyłam staż podyplomowy. Do Londynu wróciłam ze względów osobistych. ■

EMIGRACJE POLSKICH LEKARZY

Tu lekarz musi martwić się za pacjenta

Z Dr* Dorotą Urbaniak, lekarzem internistą oraz wiceprezes Polish Medical Association – Związku Lekarzy Polskich w Wielkiej Brytanii, rozmawia Lidia Sulikowska.

Dlaczego zdecydowała się pani na pracę poza Polską?

Osiedliłam się w Wielkiej Brytanii ze względów osobistych. Z kraju wyjechałam w latach 90. XX w. Byłam wówczas w trakcie specjalizacji z ginekologii i położnictwa. Po przyjeździe do Anglii zdecydowałam się na zmianę kierunku i uzyskałam specjalizację z medycyny rodzinnej. Obecnie pracuję jako lekarz GP w przychodni medycyny rodzinnej niedaleko Londynu, działającej w ramach publicznej ochrony zdrowia. Dodatkowo mam praktykę prywatną w jednym z lokalnych szpitali.

Jak wygląda pani praca?

Medycyna rodzinna odgrywa w Wielkiej Brytanii ogromnie ważną rolę w opiece nad pacjentami. Lekarz rodzinny jest zawsze pierwszym kontaktem dla chorego. Leczymy dzieci i dorosłych, zapewniamy opiekę przekrojomą – od chorób skóry poprzez ginekologię do depresji. Prowadzimy ciężę, wykonujemy małe zabiegi chirurgiczne, pobieramy cytologię, nadzorujemy pacjentów z chorobami przewlekłymi jak cukrzyca czy astma. Mamy rozbudowaną opiekę profilaktyczną, wykonujemy szczepienia i badania przeglądowe. Dopiero bardzo poważne przypadki są odsyłane do specjalistów innych dziedzin medycyny, ale gdy choroba się stabilizuje, pacjenci wracają do nas.

Oczywiście pole działania GP nie jest nieograniczone, pracujemy w ramach naszych kompetencji. Według ustalonych wytycznych mogę zlecić pewne badania specjalistyczne, np. MRI.

Lekarz GP jest odpowiedzialny za pacjenta i jego potrzeby zdrowotne. Jeśli ktoś nie przychodzi na wykonanie badań, które miał zlecone, musimy mu przypominać, aby się zgłosił do przychodni, bo system rozlicza nas z efektywności. Przykładowo: 80 proc. naszych pacjentek musi mieć wykonywaną regularnie cytologię; jeśli nie osiągniemy takiego progu, nie otrzymujemy pełnego wynagrodzenia z NHS.

Spotkałam się z opinią, że lekarz rodzinny w UK niechętnie kieruje na badania i do specjalistów.

Rolą lekarza rodzinnego jest leczenie w ramach jego kompetencji i możliwości, a także pokierowanie pacjenta do innego specjalisty czy do szpitala, gdy będzie tego wymagała jego sytuacja zdrowotna. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że dużo bardziej na ten system narzekają pacjenci z Polski mieszkający w Wielkiej Brytanii niż sami Brytyjczycy, którzy

do swojego lekarza GP mają większe zaufanie. Działamy według określonych wytycznych, które sprawdzają się tu od lat.

Kierując pacjenta do specjalisty lub do szpitala, wystawiam elektroniczne skierowanie w systemie i mogę zobaczyć, gdzie i na kiedy jest możliwe przyjęcie. Od razu mogę też zapisać pacjenta na wizytę, nie musi on błędzić i sam szukać pomocy.

Lekarz GP pracuje w przychodni zwykle 10 godzin dziennie, często bez przerwy.

Brytyjczycy długo czekają na wizytę u specjalisty?

Zazwyczaj na pierwszą wizytę czeka się 4-6 tygodni, jednak przez pandemię COVID-19 okres ten zdecydowanie się wydłużył. W tej chwili na poradę u dermatologa lub reumatologa trzeba poczekać nawet pół roku. Wciąż dobrze funkcjonuje opieka nad pacjentami z podejrzeniem nowotworu, gdzie zapewniony jest dostęp do diagnostyki i specjalisty w przeciągu dwóch tygodni. Mamy obowiązek monitorowania, czy pacjent uzyskał pomoc w tym czasie.

Na co najczęściej narzekają lekarze?

Głównymi powodami do narzekania jest niedofinansowanie NHS, niedobór lekarzy, szczególnie specjalistów, a także obciążenie pracą, również tą administracyjną. Lekarz GP pracuje w przychodni zwykle 10 godzin dziennie, często bez przerwy. Ponadto narzekamy na pensje, które nie są tak satysfakcjonujące, jak w innych bogatych krajach Europy, nie mówiąc już o USA. Wynagrodzenie jest sporo wyższe niż w Polsce, ale trzeba wziąć pod uwagę koszt życia w Wielkiej Brytanii.

Od lat działa pani na rzecz Związku Lekarzy Polskich w Wielkiej Brytanii.

Związek został założony w 1944 r. i ma długoletnią tradycję rozwijania działalności naukowo-zawodowej, społecznej i towarzyskiej. Zrzeszamy polskich lekarzy, stomatologów i farmaceutów pracujących w Wielkiej Brytanii. Organizujemy regularne spotkania (www.polishmedicalassociation.net). ■

*W Anglii używa się tytułu Dr (pisane dużą literą przed imieniem i nazwiskiem) dla wszystkich lekarzy specjalizacji zachowawczej lub tytułu Mr/Miss (panowie/panie) dla specjalistów chirurgów.

Szpitala już nie kuszą



Sławomir Badurek

diabetolog,
publicysta medyczny

Pandemia pokazała z całą mocą, jak duże są braki kadrowe w szpitalach. Poza administracją brakuje dosłownie wszystkich – od lekarzy specjalistów po salowe. Niebawem sytuacja jeszcze się pogorszy. Szczególnie w odniesieniu do lekarzy. To oni mają najwięcej konkurencyjnych ofert pracy poza szpitalem.

Gdy w pierwszej połowie lat 90. XX w. rozpoczynałem pracę, etat w szpitalu był marzeniem. Sektor prywatny dopiero raczkował i nie potrzebował nieopierzonych młokosów, a w państwowym wszędzie płacono słabo.

Szpital, dający możliwość dorobienia sobie na dyżurach i będący jednocześnie miejscem specjalizacji, wchodzącym do zawodu jawił się jako swego rodzaju ziemia obiecana. Dla niektórych doświadczonych specjalistów było to wygodne zaplecze prywatnej praktyki, dla większości z nich – stabilna przystań, przynajmniej na miarę przysłowia o bezrybiu i raku. Zaczęło się to zmieniać na przełomie stuleci wraz z dynamicznym rozwojem sektora prywatnego. Od tego czasu obserwuje się stały odpływ

Narastające przez lata dysproporcje płacowe doprowadziły do parodii – kierujący oddziałem specjalista zarabia na godzinę tyle co początkujący lekarz w przychodni.

doświadczonej kadry lekarskiej z publicznych szpitali, głównie do leczenia ambulatoryjnego i w mniejszym stopniu do leczenia prywatnych. Z tym dyrektorzy szpitali jeszcze sobie jakoś radzą, choć trzeba powiedzieć – z roku na rok coraz trudniej. Gorzej, gdy zmienić pracę chce załoga oddziału, jeszcze gorzej, gdy taki zamiar zgłasza znacząca część szpitalnej kadry.

Z realną groźbą kadrowego paraliżu szpitali mieliśmy do czynienia na przełomie 2007 i 2008 roku. Wchodziły wówczas unijne regulacje dotyczące ograniczenia czasu pracy i nie było jeszcze wiadomo, jak je obejść, ratując tym samym grafiki dyżurów. Był to jednocześnie czas ostro rysujących się dysproporcji płacowych na rynku, zdecydowanie na niekorzyść publicznych

szpitali. Dzięki podwyżkom kryzysowi udało się wówczas zapobiec, choć w wielu szpitalach, podobnie jak w moim, negocjacje trwały jeszcze w sylwestra.

Wiele wskazuje, że niebawem czeka nas „powtórka z rozrywki”. Zasadniczy powód pozostaje niezmienny od lat: płace. Narastające przez lata dysproporcje płacowe doprowadziły do parodii – kierujący oddziałem specjalista zarabia na godzinę tyle co początkujący lekarz w przychodni. Starsi asystenci są wynagradzani jeszcze gorzej i to właśnie oni coraz chętniej ze szpitali odchodzą. Nie trzeba wyjaśniać, że bez doświadczonej kadry nie da się spełnić ani kontraktowych wymogów NFZ, ani prowadzić specjalizacji.

Skoro o specjalizacjach mowa, trzeba wspomnieć o kolejnej parodii normalności. Przybywa młodych lekarzy, którzy nie podejmują specjalizacji, bo im się to nie opłaca. Pracując w POZ, zarabiają parokrotnie więcej niż na rezydenturze. Do tego nie muszą nocować w szpitalu, a i stres w poradni ogólnej jest mniejszy niż w SOR, szczególnie jeśli udziela się przede wszystkim teleporad. Po co się uczyć? Mam świadomość, że stawianie takiego pytania budzi odrazę wśród przedstawicieli pokolenia trzepaka, dominującego obecnie na kierowniczych stanowiskach w opiece zdrowotnej. Niewiele jednak z tego wynika. Mileniałsi, którzy niebawem ich zastąpią, przyjmują ze zrozumieniem przedkładanie wygodnego życia nad koniecznością wielu wyrzeczeń. Zmiany pokoleniowe sprawiają, że kadrowych dziur nie da się już łątać odwołaniami do etyki, tudzież powoływaniem się na własne doświadczenia sprzed wielu lat. Skuteczne przez dziesięciolecia zakłęcia już nie działają!

Niezależnie od generacji, powodem odejść lekarzy ze szpitali jest narastająca obawa o konsekwencje odpowiedzialności prawnej. I nie chodzi wcale o strach przed pójściem do więzienia albo zawieszeniem prawa wykonywania zawodu. Wielu lekarzy ma po prostu dość tłumaczenia się za błędy systemu. Pracując poza szpitalem, jest pod tym względem łatwiej, bo zawsze można tzw. trudny przypadek do szpitala skierować. Zakładając oczywiście, że ktoś tam się nim zajmie. ■

Wzlot, slot i upadek



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Strach przed czwartą falą pandemii zagłuszamy nadzieją, że obrazy grozy już nie wrócą. Tymczasem władza nie zwalnia, rozpoczynając niebezpieczną batalię przeciw medykom.

Niby wszystko idzie ku normalności. Statystyki zachorowań działają uspokajająco. Zdejmujemy maseczki. Łagodzenie obostrzeń zachęca do urlopów, konferencji i spotkań. Nadrabiamy zaległości w sklepach i podczas hucznych weseł. Przez europejskie boiska toczy się kolorowa piłka, choć nadal nie wiemy, w której fazie koronawirusowego turnieju jesteśmy. Remis między zaszczepionymi i niechętnymi wakcynacji, nie da jesienno-awansu. Z braku pomysłów zdrowie Polaków trafiło do maszyny losującej Totalizatora Sportowego. Fortuna kołem się toczy, a łaska pańska na pstrym koniu jeździ.

Samorządowa kadencja naznaczona została heroiczną walką, odciskając się oczywistym zmęczeniem, ale także marazmem. Każdą niemal sprawę trzeba było wyrwać rządzącym z gardła. Na początku nie było przecież nic: środków ochrony osobistej i bezpiecznych procedur. Na każdym etapie trwała batalia o rozsądek, pieniądze, testy i prowadzenie szczepień blisko domu pacjenta. Koniec zwińczył przeoranie kontraktów, ład podwyższonych podatków i nowa obietnica przyjęć bez limitu, wprowadzana ot tak, nie patrząc na wydolność ludzi, których wypalenie wymaga kompleksowej pomocy.

Bilans piętnastu miesięcy nie może napawać optymizmem. Pochwała WHO i propagandowa maska nie zacierają faktu, że jeśli ochrona zdrowia z tego zamieszania wyszła cała, to tylko dzięki zaangażowaniu medyków. Niespełnione postulaty 6 proc. PKB przeznaczonego na ochronę zdrowia zabrały mocno i mają wrócić, uderzając jak bumerang w pomysłodawców. Przepychanki polityczne nie ułatwiały budowy szpitali tymczasowych, podniesienia uposażeń ratowników i pielęgniarek. Jak bańki mydlane pryskały pomysły: kolorowania pandemicznych powiatów, szczepień w zakładach pracy i grupowania szczepionych od medyków do nastolatków, poprzez seniorów i przewlekle chorych. Nie pomagają

w przyjęciach chaos dostaw, możliwość podkradania slotów, nonszalancja Rady Medycznej w zmianach odstępów między dawkami oraz brak nadzoru nad swobodą słów podczas kampanii prezydenckiej. Gwoli sprawiedliwości pandemia przyczyniła się do sukcesu elektronizacji recept, skierowań i zwolnień. Tak wielkiego, że informatycy przestali dbać o intuicyjność aplikacji, a politycy kolaniem dopchnęli EDM, mimo braku przygotowania wielu gabinetów do tej operacji.

Jak zawsze zaangażowanie poszczególnych izb w bieżące sprawy było na bardzo różnym poziomie: od sumiennej pracy po mielenie papieru.

Rozpoczęły się wybory w rejonach lekarskich. Jak zawsze zaangażowanie poszczególnych izb w bieżące sprawy było na bardzo różnym poziomie: od sumiennej pracy po mielenie papieru. Nadchodzi czas, abyśmy także samym sobie wydali cenzurki. Wakacje i początek roku szkolnego dadzą możliwość do podsumowania i osądu środowiskowych wzlotów. Używając nowomowy: sloty korespondencyjnych wyborów zbliżają się nieuchronnie. Nie każdy musi mieć w sobie żyłkę działacza, ale wszyscy powinniśmy zadać sobie pytanie: dlaczego naszym poprzednikom sprzed stu laty tak bardzo zależało na samorządności lekarsko-dentystycznej? Dlaczego tak dumnie używamy określenia: zawody zaufania publicznego i jednocześnie coraz mniej sobie ufamy? Dlaczego upada duch jedności i powołania, zwyciężany przez wygodę, narzekanie, ostracyzm, wyolbrzymianie podziałów i szukanie konfliktów? W pojedynkę próby wasalizacji medycyny nie powstrzymamy! Trzeba znów zerwać się do lotu! ■

Lekarz w operze

Wydawać by się mogło, że lekarz w operze występuje głównie w charakterze widza. To jednak tylko pozory. Zastanawiając się nad jego rolą, znajdujemy zaskakująco różnorodne potraktowanie tej postaci.

Anna Gryczka-Dziadecka

Ci z nas, którzy pracowali w czasach PRL, pamiętają zapewne funkcję „lekarza przedstawienia”. Zajmował on zewnętrzne miejsce w którymś z pierwszych rzędów, bezpośrednio przy wyjściu i blisko przejścia dla artystów. Głównym jego zadaniem było danie pozytywnej odpowiedzi na pytanie: „Czy na sali jest lekarz?”. A co jeszcze ważniejsze: „czy wezwać karetkę pogotowia?”.

Lekarz w operze to czasem kompozytor. Przykładem niech tu będzie Aleksander Borodin. Ukończył on Akademię Medyczno-Chirurgiczną w Petersburgu. Kilka lat praktykował jako lekarz w szpitalu, następnie poświęcił się pracy naukowej – był profesorem chemii fizjologicznej. Zafascynowany ideą „Wielkiej Rosji” swoją jedyną operę – „Książę Igor” – oparł na eposie „Słowo o wyprawie Igora”. Komponowanie zajmowało mu wiele czasu z powodu obciążenia licznymi obowiązkami. Właściwie dopiero po śmierci Borodina jego operę dokończyli Mikołaj Rimski-Korsakow i Aleksander Głazunow.

Niekiedy lekarz jest postacią tytułową opery – jak ma to miejsce w utworze Karla Dittersa von Dittersdorfa: „Lekarz i aptekarz” (1786 r.). Za rekomendacją opery niech posłuży informacja, że nawet Richard Wagner uważał ten utwór za najlepszą niemieckojęzyczną operę komiczną. Konflikt między tytułowymi bohaterami opery dotyczy przede wszystkim spraw rodzinnych, matrymonialnych, i nie wynika z ich zawodu. W tej sytuacji nieporozumienie między nimi dotyczące opieki nad pacjentem jest tu sprawą raczej drugorzędą.



„Cyruлик Sewilski” w wykonaniu członków Teatru Opery i Baletu w Dnieprze (maj, 2017)

W innej operze z lekarzem w tytule – „Lekarz mimo woli” Charlesa Gounoda (na kanwie sztuki Moliera) – lekarz de facto nie występuje. Przez zbieg okoliczności drwał zostaje wzięty za lekarza. Opera należy do mniej znanych dzieł Charlesa Gounoda, choć zawiera świetny sekstet „Eh bien, charmante demoiselle” ilustrujący przebieg badania lekarskiego.

KLASYKA GATUNKU

Interesujące „konsylium lekarskie” odbywa się w komicznej operze Gioacchino Rossiniego „Cyruлик Sewilski”. Don Basilio, wkraczając do domu doktora Bartolo, zniweczyłby intrygę zawiązaną przez Figaro i Hrabiego. Dlatego ci straszą go, przy współudziale Doktora i Rozyny, że biedak jest śmiertelnie chory, wygląda bardzo źle i natychmiast powinien udać się do domu. Wszystko to w rewelacyjnym kwintecie „Bouna sera”.

Giuseppe Verdi w swoich operach przedstawia lekarza w jego typowej roli. Doktor Grenvill w operze „Traviata” opiekuje się umierającą (prawdopodobnie na

gruźlicę) Violetta. Z kolei chirurg w jego operze „Moc przeznaczenia” dokonuje rutynowej kwalifikacji rannego Don Alvara do zabiegu i następnie informuje czekającego Don Carlosa di Vargę, że operacja przebiegła pomyślnie i pacjent będzie zdrowy.

W operze „Cyganeria” Giacomo Pucciniego lekarz jest tylko zapowiadany i spodziewany. Przyjaciele umierającej Mimi, prawdopodobnie też chorującej na gruźlicę, robią „zrzutkę” na wizytę doktora. Niestety, Mimi nie doczeka tej konsultacji i umiera. W innej operze Giacomo Pucciniego „Gianni Schicci” lekarz nie jest dopuszczany przed oblicze chorego, a jedynie zza drzwi zostaje poinformowany, że „pacjentowi się poprawiło”. Takie postępowanie związane jest z podstępną grą rodziny pacjenta, ze sprawami spadkowymi w tle.

LEKARZ WSPÓŁCZESNY

Prawdziwy, pełny, (powiedzielibyśmy: współczesny) obraz lekarza przedstawia Piotr Czajkowski w jednoaktówce



„Traviata” w wykonaniu członków Teatru Opery i Baletu w Dnieprze (kwiecień, 2016)

Przyjaciele umierającej Mimi, prawdopodobnie też chorującej na gruźlicę, robią „zrzutkę” na wizytę doktora. Niestety, Mimi nie doczeka tej konsultacji i umiera.

„Jolanta”. Król René sprowadza cieszącego się międzynarodową sławą lekarza mauretańskiego Ibn Jahia do swej niewidomej córki. Jesteśmy świadkami, jak lekarz przeprowadza kwalifikację do zabiegu (tak byśmy to dziś nazwali). Przede wszystkim podkreśla, że pacjent powinien znać prawdę o swoim stanie zdrowia i musi świadomie wyrazić zgodę na zabieg. Uświadamia też królowi podstawową zasadę jedności psychosomatycznej człowieka. Zwraca uwagę na złożoność procesu widzenia, istotną rolę

Interesujące „konsylium lekarskie” odbywa się w komicznej operze Gioacchino Rossiniego „Cyrulik Sewilski”.

przypisując mózgowi. W tym przypadku sytuacja jest trudna. Król René stworzył swojej córce egzystencjalną enklawę: wierna służba nie ma prawa uświadomić dziewczynie jej kalektwa. Ojciec boi się, że prawda uczyni ją nieszczęśliwą. Ostatecznie ulega argumentom lekarza i dodatkowo (wschodnim zwyczajem) wzmacnia motywację córki, mówiąc, że jeśli zabieg się nie uda, jej ukochany straci życie. Na szczęście wszystko się udaje, pacjentka żyje, widzi, zatem przy życiu pozostaje także jej ukochany i wszyscy w euforii śpiewają wspaniałą, patetyczny hymn ku chwale Boga. Nawiasem mówiąc, warto obejrzeć galę ponownego otwarcia Teatru Maryjskiego w St. Petersburgu, gdy znakomici wykonawcy (m. in.

A. Netrebko, I. Abdrazakow, A. Markov, świetny chór) śpiewają ów hymn, wpajając się z nabożeństwem w obecnego na sali Władimira Putina.

JESTEM UZDROWICIELEM LUDZKOŚCI

Bardzo ciekawy i różnorodny jest obraz lekarza w niektórych operach komicznych. W „Napoju miłosnym” Gaetana Donizettiego występuje doktor Dulcamara, skądinąd najczystszej wody szarlatan. W błyskotliwej, pełnej humoru (i najeżonej trudnościami technicznymi) arii reklamuje się jako specjalista od wszystkich chorób („Jestem uzdrowicielem ludzkości. W kilka dni umiem wyleczyć cały szpital. Podróżuję po świecie i sprzedaję zdrowie. ...Mam cudowny środek na ból zęba, który zwalcza również myszy i szczury. ... Dzięki mojej miksturze starzec może stać się ojcem dziesięciorga dzieci”). To bardzo wymagająca partia dla basy. W naszej pamięci utrwalił się obraz niedościgniętego Dulcamary – Ambroggio Maestri oraz świetnego Ildebrando d’Arcangelo, w transmisjach z Metropolitan Opera. Sława Doktora zostaje jednakowoż w operze ugruntowana, gdy eliksir, który sprzedaje głównemu bohaterowi – Nemorino, rzeczywiście (?) pomaga młodzieńcowi uzyskać serce i rękę ukochanej Adiny.

W innej operze tego kompozytora „Don Pasquale” doktor Malatesta wdraża – jakbyśmy dziś powiedzieli – psychoterapię. Zrzędlawemu staremu kawalerowi przywraca radość życia, proponując ożenek z młodą dziewczyną. Gdy zaś ta doprowadza go na skraj ruiny finansowej

i psychicznej, doktor znowu go „reanimuje”, dając nadzieję zemsty. Rewelacyjny, piekielnie trudny, utrzymany w zawrotnym tempie duet Don Pasquale – doktor Malatesta („Cheti, cheti, immantinente”) utkwiał nam w pamięci w wykonaniu Mariusza Kwietnia i Johna del Carlo w transmisji z Metropolitan Opera.

CUD DOKTOR

W operze występują też niekiedy lekarze demoniczni. W „Opowieściach Hoffmanna” Jaquesa Offenbacha, w akcie poświęconym Antonii, występuje doktor Miracle – jedno z czterech wcieleń zła (obok radcy Lindorfa, magika Coppeliusa i Dapertutta), które prześladowuje Hoffmanna. Antonia to jedyna prawdziwa, odwzajemniona miłość poety. Ta młoda kobieta jest dziedzicznie obciążona – jak to dawniej mówiono – „chorobą piersiową”. Ma zakazany nadmierny wysiłek i forsowanie głosu. Doktor Miracle wywołuje przed nią obraz Matki – śpiewaczki i Antonia dołącza do jej śpiewu. Nadmierny wysiłek kończy się tragicznie.

Niejednoznaczna jest też rola doktora w „Wozzoku” Albana Berga. W tej operze lekarz prowadzi pseudoeksperymenty naukowe na biednym żołnierzu i wyciąga adekwatne, pseudonaukowe wnioski. To tylko niektóre postacie operowych lekarzy. Niejednokrotnie zastanawiamy się, czy doktor to tylko tytuł naukowy czy określenie profesji. Takie wątpliwości można mieć na przykład w odniesieniu do doktora Fausta. Mefisto jedynie w ten sposób się do niego zwraca. Ale doktor Faust to naukowiec, alchemik, astrolog, a nie lekarz. ■



„Night stale”, dr Alex Szolics (radiolog interwencyjny, szef Oddziału Radiologii Interwencyjnej, Klinika Neurochirurgii – Pécs, Węgry), uczestnik Salonu PhotoArtMedica 2017

Zapraszamy do udziału
w IX Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej Lekarzy

PhotoArtMedica 2021

Tematy prac:
Architektura
Temat Wolny
Fotografia Medyczna

Zgłoszenia do **25 września 2021 r.**

informacja na stronach

 www.PhotoArtMedica.pl

 www.instagram.com/PhotoArtMedica

 www.facebook.com/PhotoArtMedica





www.photoartmedica.pl

PhotoArtMedica **2021**

Do 25 września można nadsyłać prace na IX Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica 2021. W konkursie mogą uczestniczyć lekarze, nauczyciele akademicy uniwersytetów medycznych oraz studenci medycyny z kraju i zagranicy, a technicy obrazowania medycznego wyłącznie w kategorii „Fotografia medyczna”. ■

HISTORIA I MEDYCYNĄ

Doktor Edmund, brat papieża

„Zawsze patrzyłem na medycynę ze szczególną miłością,
ponieważ ona była wybraną dziedziną mojego wcześniej zmarłego brata”
Jan Paweł II

Te słowa Jana Pawła II ośmieliły mnie do bliższego spojrzenia na wyjątkowe angażowanie się Ojca Świętego w problemy medyczne. Jak sam przyznawał – śmierć przedwcześnie zmarłego brata, lekarza, te zainteresowania zwiększała.

Jerzy Woy-Wojciechowski Prezes Honorowy Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Karol Wojtyła już w wieku 9 lat stracił matkę i wtedy całą swą miłość skierował w stronę starszego brata Edmunda. Zawsze go podziwiał, naśladował, a nie mając matki, był do niego jeszcze bardziej przywiązany. Nic dziwnego, że śmierć brata odcisnęła trwałe ślady w jego sercu i była z pewnością przyczynkiem do wyjątkowo żywego interesowania się w latach późniejszych medycyną, światem lekarzy i chorych, cierpieniem oraz ochroną zdrowia i życia.

Potwierdzają to m.in. liczne orędzia z okazji Światowych Dni Chorych, wizyty w szpitalach i leprozoriach, spotkania z chorymi i aż 121 audiencji dla lekarzy.

„Jego przedwczesne odejście zapisało się głęboko w moim sercu” – napisał Jan Paweł II, mając na myśli swego brata, do biskupa Tadeusza Rakoczego z okazji nadania szpitalowi w Bielsku-Białej imienia dra Edmunda Wojtyły. Śmierć kochanego i podziwianego brata była wielkim wstrząsem dla 12-letniego wówczas, pozabawionego już matki, Karola. Z tą śmiercią brata kończyło się jego dzieciństwo.

RATOWAŁ PAPIEŻA PRZED DEPRESJĄ

Dr Edmund Antoni Wojtyła urodził się 27 sierpnia 1906 r., jako syn zawodowego



Edmund Wojtyła (pierwszy od prawej) razem ze współpracownikami przed Powszechnym Szpitalem Miejskim w Bielsku

wojskowego Karola i Emilii z domu Kaczorowskich. Pobierał nauki w Szkole Kadetów, a po odzyskaniu przez Polskę niepodległości był uczniem Gimnazjum Państwowego w Wadowicach, gdzie w 1924 r. uzyskał świadectwo dojrzałości. Zaraz po maturze, mimo trudnych warunków materialnych, został studentem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. W „Słowniku medycyny i farmacji Górnego Śląska”

można przeczytać, że Edmund Wojtyła był „(...) celującym studentem. Niejednokrotnie wywoływał aplauz audytorium na publicznych wówczas egzaminach”.

Ten wspaniały dla niego okres studiów zakłóciła choroba i śmierć matki. Carlo Bernstein i Marco Politi, którzy w biografii Jana Pawła II szerzej opisali więzi, jakie łączyły obydwu braci, piszą: „Po śmierci matki, która nastąpiła 13 kwietnia 1929 r., starszy o 14 lat Edmund był dla Karola jedynym źródłem niekłamanej radości w życiu. Widywano ich grających razem w piłkę na ulicy, pływających w nurtach Skawy. Edmund zabierał także brata na wycieczki w góry, zarażając go na całe życie pasją wędrówek. Obcowanie z bratem było dla Karola okazją do ucieczki przed depresją, w którą popadł po śmierci matki”.

PAMIĘTNY DZIEŃ

Będąc studentem, Edmund odbywał wakacyjne praktyki w szpitalu w Wadowicach, gdzie dyrektorem był dr Józef Sołtysik, ojciec znanej współcześnie aktorki Barbary. W czasie studiów zaliczał egzaminy m. in. u tak znakomitych profesorów jak Tadeusz Tempka (hematologia), Kazimierz Kostanecki (anatomia), Maksymilian Rutkowski (chirurgia), Marian Gieszczykiewicz (bakteriologia) czy Władysław Szumowski (filozofia i historia medycyny). Już w czasie studiów zadziwiał swą dojrzałością



Młody Edmund z rodzicami – Emilią i Karolem

i wypowiedziami, zwłaszcza na ostatnim roku medycyny, gdy odbywał staż w klinice kardiologii: „Nie nauka, ale miłość bliźniego nas zmieniła”.

Wielokrotnie też mówił o „medycynie socjalnej i ludowej”, co znacznie wyprzedzało czasy, w których ustawodawstwo państw demokratycznych stopniowo wprowadzało ten rodzaj praktykowania opieki zdrowotnej. Po ukończeniu ze znakomitą wynikiem studiów 28 maja 1930 r., w obecności ojca i brata Karola, w Collegium Maius został promowany na doktora wszech nauk lekarskich. Carlo Bernstein i Marco Politi w swej książce piszą: „Z dumą patrzył Karol, jak Edmund odbiera z rąk profesorów w togach dyplom z oceną magna cum laude, słuchając rześzystych braw, jakimi zebrani nagradzali brata. Był to dla niego podniosły i pamiętny dzień”, a dalej dodają: „Dla porucznika Wojtyły zakończenie przez Edmunda studiów oznaczało wreszcie poprawę sytuacji materialnej rodziny. Dotychczas źródłem utrzymania była tylko jego mizerna emerytura”.

DOWCIPNY ATLETA O MYŚLĄCYCH OCZACH

Po uzyskaniu dyplomu lekarskiego Edmund Wojtyła odbył niezbędną, kilkumiesięczną praktykę w Klinice Chorób Dziecięcych w Krakowie, by już od kwietnia 1931 r. pracować jako sekundariusz w Powszechnym Szpitalu Miejskim w Bielsku. W czasie pracy zyskał sobie sympatię i uznanie nie tylko zwierzchników, ale także kolegów i pacjentów. We wspomnieniu

pośmiertnym, które na posiedzeniu Rady Gminnej Miasta Bielska wygłosił burmistrz dr Józef Kobiela (22 grudnia 1932 r.), a które zanotowano w Księdze protokołów Rady Miejskiej odnalezionych przez Franciszka Jęzaka w 1984 r., czytamy: „Dr Edmund Wojtyła z zapałem jął się powierzonej pracy. Obejmując ją, był szczęśliwy, że znalazł miejsce i pole do pogłębienia swych szerokich wiadomości i ulubionej pracy zawodowej, że spełniły się jego pragnienia, aby być podporą dla czcigodnego ojca, które-

Śmierć kochanego i podziwianego brata była wielkim wstrząsem dla 12-letniego wówczas, pobawionego już matki, Karola.

go był chlubą oraz że będzie mógł zastąpić przedwcześnie zmarłą matkę ukochanemu młodszemu bratu”.

We wspomnianej wyżej książce Carlo Bernsteina i Marco Politego opisywany jest jako młodzieniec energiczny i krzepki o niebieskich oczach, włosach blond i postawie atlety. Dalej autorzy dodają: „Karol odwiedzał brata w Bielsku tak często, jak to tylko było możliwe. Gdy był z bratem, wracał mu humor i optymizm, były to najszczęśliwsze chwile jego życia”. Sąsiadka państwa Wojtyłów Maria Kaczorowa uzupełnia jego wizerunek, mówiąc: „Edmund



Edmund Wojtyła z przyjaciółką Janką
Opidowiczówną na Klimczoku, 1931 r.

był podobny do ojca, tylko tęższy, typ męski, oczy myślące. Był opanowany, zrównoważony, zachowanie i maniery nie-naganne. Interesował się życiem kulturalnym Wadowic. Uprawiał sporty, głównie tenis; grywał w szachy i brydża”.

Tad Szulc w książce „Jan Paweł II. Biografia” dopełnia tę charakterystykę Edmunda następująco: „Był uroczym, cieszącym się wielką popularnością wśród kolegów młodzieńcem. Jego koledzy ze szpitala zapamiętali go jako człowieka obdarzonego dużym poczuciem humoru, skłonnego do żartów i bez reszty oddanego obowiązkom lekarza. Prezentując w salach szpitalnych swój «teatr jednego aktora», zawsze potrafił rozbawić swoich pacjentów, nawet tych najciężiej chorych”.

MÓDLICIE SIĘ ZA MNIE

Poświęcając się właśnie tym najbardziej potrzebującym, stracił życie. Pracując bardzo ofiarnie w czasie epidemii płonicy, zaraził się tą chorobą. Zmarł 4 grudnia 1932 r., mając zaledwie 26 lat. Ks. Adam Boniecki w „Kalendarium życia Karola Wojtyły” stwierdza: „Podczas epidemii szkarlatyny lekarze – według relacji świadków – bali się chodzić do chorych”. Edmund się nie bał. Z notatki w gazecie „Polska Zachodnia” można dowiedzieć się, że: „25 listopada wieczorem przywieziono do bielskiego szpitala ciężko chorą dwudziestojednoletnią dziewczynę o imieniu Anna. Zapadła na zakaźną płonicę. Znajdowała się w stanie śpiączki. Młody lekarz spędził noc na czuwaniu przy chorej,

chcąc wyrwać ją ze szponów śmierci. Śp. dr Edmund Wojtyła zmarł 4 grudnia b.r. po ciężkiej, tylko cztery dni trwającej chorobie, na ciężką septyczną płonicę”.

Jak pisze Luciano Bergonzoni w książce „Brat Papieża Dr Edmund Wojtyła. Ofiarny Polski Lekarz”, Edmund tuż przed śmiercią zwrócił się do Boga i do obecnych przy nim osób słowami: „Módlcie się za mnie i za moje zbawienie”.

DLACZEGO WŁAŚNIE JA?

Wiadomość o jego śmierci została przyjęta z wielkim żalem zarówno przez świat medyczny, jak i liczne grono mieszkańców Bielska i okolic. Początkowo został pochowany na cmentarzu w Bielsku, przy czym z szacunku dla tak oddanego pracy i zmarłego na posterunku młodego lekarza pogrzeb odbył się na koszt miasta. Później szczątki Edmunda Wojtyły zostały przeniesione do grobu rodzinnego na cmentarzu Rakowickim w Krakowie.

Dr Stanisław Brückner, który opiekował się do ostatniej chwili umierającym młodszym kolegą, powiedział w czasie pogrzebu: „W strasznym zmaganiu się z ciężką chorobą, w tym piekielnym tańcu ze śmiercią, swym gasnącym, słabym wzrokiem szukałeś ratunku od nas. Widzę ciągle Twą znękaną boleśnie twarz, słyszę Twe gorzkie słowa skargi, szeptane do ostatnich chwil spalonymi gorączką wargami: Dlaczego właśnie ja?”, a wzruszające przemówienie zakończył słowami: „(...) Choć nie byłeś żołnierzem, jesteś dla nas bohaterem męczennikiem, boś poległ ofiarnie w walce ze śmiercią. Przemogła cię ona, przytuliła do swojego zimnego łona, gdyż Ty Drogi Kolego, odważyłeś się wyrwać życie młodej dziewczyny z jej szponów. Odszedłeś, Drogi Mundku. Ale pozostanie Twój czyn, czyn przepotężny, za który nie ludzie, ale Najwyższy niech Cię osądzi”.

Z kolei dr Józef Wałach w wychodzącym w Bielsku tygodniku „Zjednoczenie” napisał: „Pracował na oddziale zakaźnym szpitala miejskiego w Bielsku. W ciągu



Młody Edmund z matką Emilią

niespełna dwuletniego pobytu w tymże szpitalu dał się poznać jako nadzwyczaj sumienny lekarz i troskliwy opiekun powierzonych jego opiece chorych. Zamiłowany w swoim zawodzie wiele chwil poza służbą poświęcał chorym, przynosząc ulgę ich cierpieniom swą pracą i wiedzą. Te zalety charakteru serca zjednały mu niekłamaną sympatię chorych i kolegów oraz tych, którzy mieli sposobność z nim się zetknąć”.

Zginęło młode życie. Zimna mogiła zamknęła się nad bohaterską ofiara szczytnie pojętego obowiązku.

Tygodnik „Zjednoczenie” odnotował po jego pogrzebie także, że: „Zginął jak żołnierz na posterunku – zaraziwszy się chorobą zakaźną przy pełnieniu trudnych obowiązków. Zginęło młode życie. Zimna

mogiła zamknęła się nad bohaterską ofiarą szczytnie pojętego obowiązku. Zmarły czynami swymi postawił sobie najpiękniejszy pomnik w sercach wielu – szczerzy żal i wdzięczność”.

W pogrzebie, który odbył się w licznej asyście duchowieństwa, wzięli tłumny udział miejscowa społeczność, przedstawiciele władz rządowych i komunalnych i liczne grono lekarzy. Nad otwartą trumną wygłosił piękne przemówienie ks. Kanonik Karol Kasperlik, miejscowy proboszcz, po czym w serdecznych słowach pożegnał zmarłego imieniem kolegów dr Stanisław Brückner. Przemawiał również imieniem lekarzy dr Józef Wałach. W czasie pogrzebu odśpiewał kilka pieśni Chór Towarzystwa Teatru Polskiego w Bielsku. Napis na płycie grobu głosił: „Zmarł jako ofiara swojego zawodu. Oddał swe młode życie pomagając innym”.

STETOSKOP W WATYKANIE

Jan Paweł II często podkreślał niezwykle serdeczny stosunek, jaki go łączył z bratem. W rozmowie z André Frossardem wyznał: „Mój brat, zaraziwszy się ostrym wypadkiem szkarlatyny, zmarł w szpitalu, w którym rozpoczął swoją pracę zawodową. Dzisiaj antybiotyki zachowałyby go przy życiu. Miałem wówczas 12 lat. Śmierć mojej matki głęboko wryła się w moją pamięć, ale śmierć mojego brata chyba jeszcze bardziej, ze względu na tragiczne okoliczności, w jakich się dokonała, jak też z uwagi na moją większą dojrzałość”. Tak, ta śmierć rzuciła cień na całe życie Karola Wojtyły i przyszłego papieża Jana Pawła II. Carl Bernstein i Marco Politi kończą w swojej książce wspomnienia o bracie Ojca świętego następującymi słowami: „Karol na zawsze zachował w pamięci zarówno opis ostatnich chwil brata, jak wspomnienie każdej spędzonej z nim szczęśliwej chwili. Na biurku Papieża w Watykanie, jako jedna z najdroższych pamiątek leży zawsze stetoskop, który należał do jego brata. Otrzymał go w podarunku od pracowników szpitala w Bielsku-Białej”.

Czy można się dziwić, że człowiek, który w wieku 9 lat traci matkę, dla którego brat lekarz przez następne trzy lata staje się osobą najbliższą i którego traci w wieku zaledwie 12 lat, ma tak szczególny stosunek do medycyny? Medycyny, która była w jego sercu odzwierciedleniem braterskiej miłości, ale też raniącym cierniem powstałym po przedwczesnej śmierci ukochanego Edmunda. Cierniem, który tkwił w nim od najmłodszych lat, aż po koniec pasterzowania na Stolicy Piotrowej. ■

W czasie piątej pielgrzymki do Polski (1995 r.) Jan Paweł II pobłogosławił marmurową tablicę poświęconą Edmundowi Wojtyłcie, która znajduje się w Szpitalu Miejskim w Bielsku-Białej. W 70. rocznicę śmierci młodego lekarza Szpitalowi Ogólnemu w Bielsku-Białej nadano imię „Doktora Edmunda Wojtyły” oraz powołano kapitułę nagrody jego imienia. Z kolei z inicjatywy Stanisławy Wodyńskiej powstało w Bielsku-Białej Stowarzyszenie im. dr. Edmunda Wojtyły w Wadowicach zajmujące się opieką nad ludźmi chorymi i potrzebującymi pomocy. Stowarzyszenie otrzymało od władz miasta budynek przy ul. Barskiej 17, gdzie zorganizowano dom pielęgnacyjny dla chorych.

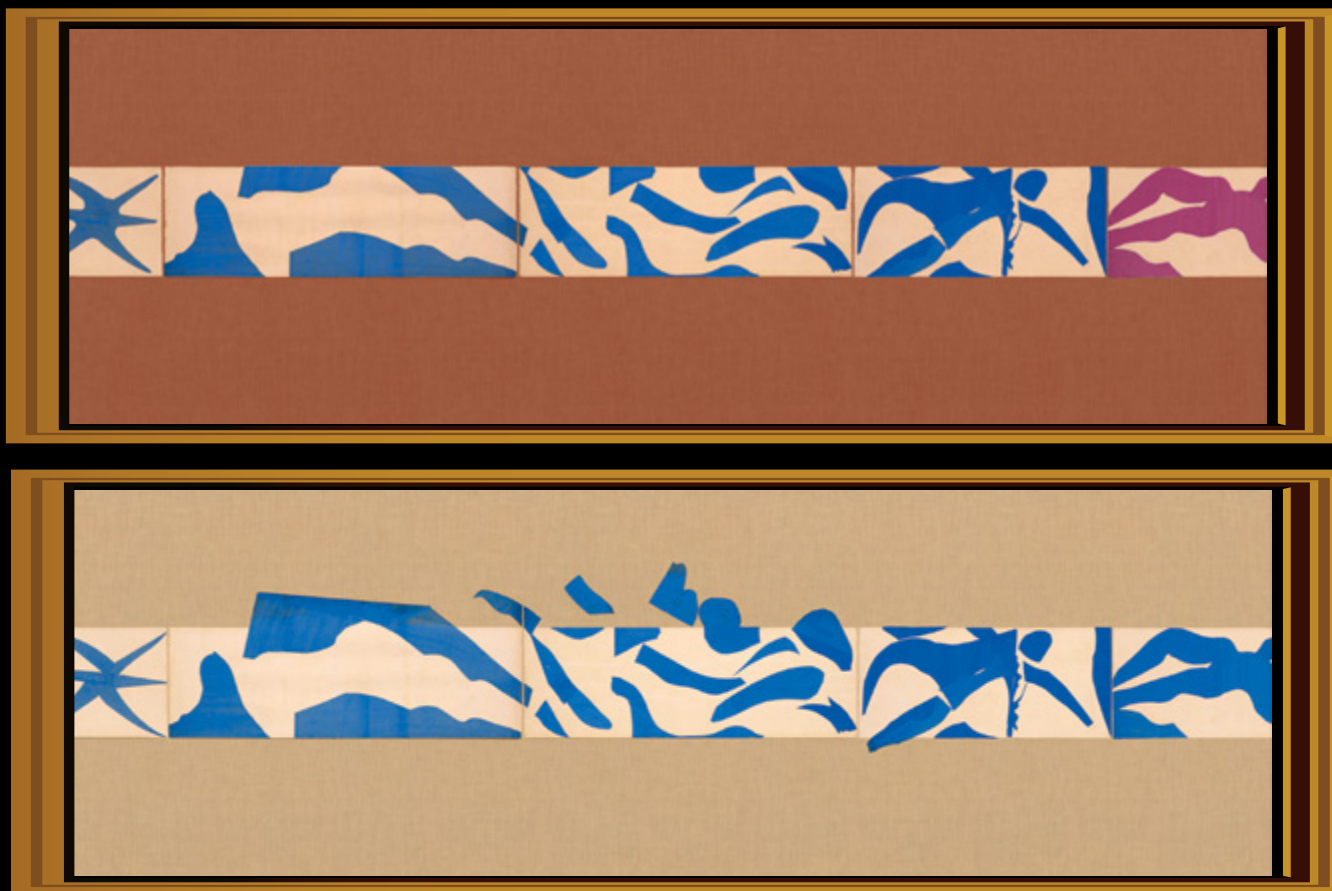


Agata Morka
historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Drugi raz

Drugi raz w życiu bywa onieśmiałający: czy to drugie małżeństwo czy drugie dziecko. Drugie razy przychodzą z bagażem lekcji, których nauczyły nas te pierwsze. Jeśli ktoś opanował sztukę drugiego razu do zapierającego dech w piersiach mistrzostwa, to jest to Henri Matisse.



Obraz: Henri Matisse, „Basen” (fragment), 1952, MoMA, Nowy Jork

Legenda głosi, że pewnego letniego popołudnia roku 1952 mieszkający wówczas w Nicei Matisse zapragnął popatrzeć na nurków. Wraz ze swoją asystentką udał się na pobliski basen w Cannes, ale zmęczeni upałem szybko wrócili do domu. W swoim studiu malarz postanowił stworzyć sobie swoich własnych nurków, na których mógłby codziennie patrzeć. Tak powstał „Basen”.

Matisse był już wtedy chory. Zdiagnozowano u niego raka. W wyniku choroby

ostatnie lata życia spędził na wózku inwalidzkim, a malowanie stało się dla niego niemożliwe. Ale jego wewnętrzna kreatywna siła nie pozwoliła mu na pożegnanie się ze sztuką. Zamienił pędzel na nożyczki i ograniczenia przekuł na swój unikalny wizualny język. Wielkoformatowe wycinanki to jedne z moich ulubionych dzieł Matisse’a. Wolę je od rozkrzyczanych fowistycznych obrazów jego młodości.

„Basen” to zbiór abstrakcyjnych form, których kształty zaledwie sugerują

obrysy ciał i roślin. Matisse stworzył ten niby fresk dla ścian swojej jadalni. Wycinanka okalała wnętrze na wysokości tuż powyżej głowy malarza. Horyzontalny format, połączony z obłymi formami, tworzy wrażenie ruchu. Wszystko tu płynie, błyska w świetle, zanurzone we wspólnym, harmonijnym tańcu. „Basen” to esencja lata. To tryumf drugiego razu.

Już bardzo chory Matisse mówił o latach swoich wycinanek: „To moje drugie życie”. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 06/2021

1. Zmiana koloru aureoli na bardziej pomarańczowy.

Aureole wykonywane były za czasów Fra Angelico zwykle przez nakładanie płatków złota, stąd ich charakterystyczny połysk. Zwykły, pomarańczowy pigment nie dałby tutaj pożądanego efektu.

2. Usunięcie skrzydła drzwi po prawej stronie obrazu.

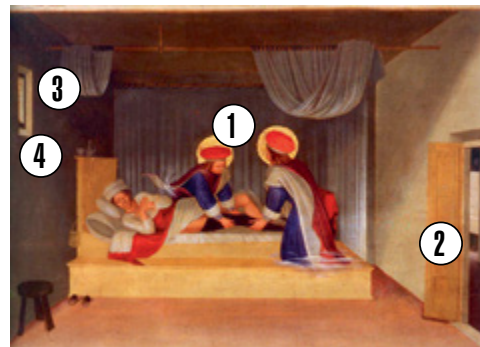
Fra Angelico przedstawiał postacie w bardzo ascetycznych wnętrzach: drzwi zazwyczaj zaznaczał tylko jako otwór w ścianie.

3. Zmiana kształtu okna tak, by zamknięte było łukiem.

Fra Angelico często w swoich obrazach używał architektonicznego elementu łuku.

4. Dodanie promienia światła padającego z okna tak, by oświetlał głowę śpiącego Justyniana.

Fra Angelico przywiązywał dużą wagę do źródeł światła w swoich obrazach, zwłaszcza obecności światła spirytualnego, w jego „Zwiastowaniach” obecność boskości zaznaczona jest podobną strugą światła.



Obraz: Fra Angelico, „Uzdrowienie Justyniana”, predella ołtarza San Marco, 1438-1440

NAGRODZENI Z „GL” 06/2021: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Magdalena Dreszer-Jribi z Zawiercia**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Adam Dobrzyński (Warszawa), Elżbieta Łacek (Lublin), Szymon Szymański (Żnin)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 10 sierpnia 2021 r. W temacie maila należy wpisać GL07/08 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przestać jedną odpowiedź.



Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

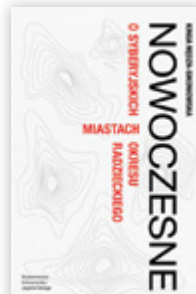
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

- 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

Historia życia warta niejednej książki

Kiedy we wrześniu ubiegłego roku publikowaliśmy artykuł dr Magdaleny Mazurak „Cieszyńscy” („GL” 9/2020), o tym wybitnym polskim lekarzu i odkrywcy mówiło się niewiele.

Marta Jakubiak redaktor naczelna

Niespełna rok później na koncert zorganizowany w hołdzie pionierom nauki i medycyny, uświetniający setną rocznicę urodzin Tomasza Cieszyńskiego, przybyli przedstawiciele władz państwa, uczelni wyższych, środowiska lekarskiego, instytutów naukowych oraz wielu znakomych gości.

Ktoś zapytał, dlaczego taka uroczystość odbywa się w Zabrze, przecież prof. Cieszyński spędził tu zaledwie dwa lata (kończył specjalizację ze stomatologii). O to, by o twórcy echosondy ultradźwiękowej

do badania struktur serca, znakomitym chirurgu, chemiku, wynalazcy, pionierze bioinżynierii polskiej mówiono szeroko, by usłyszano o nim w świecie polskiej nauki i jego niezwykły dorobek zapisał się na stałe w świadomości ludzi, zabiegał prof. Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu. – Cieszyński był człowiekiem niepospolitym i takim pozostanie. Dzisiejsze święto jest świętem polskiej nauki, polskiej chirurgii i polskiej medycyny. To święto pionierów i odkrywców, których symbolem staje się Zabrze i Śląski Uniwersytet

Medyczny, a jednocześnie Politechniki Śląskiej, która przełamała obawy i pierwsza w Polsce stworzyła Wydział Bioinżynierii, aby wspólnie z medycyną, śladami Cieszyńskiego, budować nowe obszary i dokonywać odkryć. Mamy wspaniałych mentorów, prof. Religa zawsze pozostanie jednym z nich. Staramy się w cieniu tych gigantów nadążyć i tworzyć rzeczy nowe. Dlatego dzisiejsze spotkanie nazywam świętem chirurgii polskiej, bo dziś zobaczycie i usłyszycie wielkie nazwiska chirurgii polskiej – wszystkich witam bardzo serdecznie – powiedział prof.

NASZA CZYTELNIa



Niezbędnik lekarza dyżurnego SOR

Redakcja naukowa: Janusz Springer, Jacek Kleszczyński

Przewodnik pomocny w podejmowaniu decyzji diagnostycznych i leczniczych dotyczących pacjenta w stanach nagłych, zawierający także zbiór objawów i opis odchyleń w badaniach oraz uporządkowane, praktyczne wytyczne. Autorzy pominęli tematy szeroko opisywane w innych tytułach, odsyłając czytelnika do stosownego piśmiennictwa. Jest za to w tej publikacji wiele niuansów, które bywają pomijane w książkach.



Ty tu rządzisz. Jak ujarzmić lęk i przestać się zamartwiać

Joel Minden

Lęk bywa tak silny, że nie pozwala na realizację marzeń, rozwój osobisty, a nawet normalne funkcjonowanie i powoduje odwlekanie w czasie zadań, które trzeba wykonać. Niestanne zamartwianie się blokuje też przed otwarciem na nowe doświadczenia. Autorka wyjaśnia, skąd biorą się w ludziach takie procesy i jak sobie z nimi radzić, proponując trzyetapową strategię kontrolowania lęku, opartą na terapii poznawczo-behawioralnej.

Zembala, witając zgromadzonych gości, który przez kilka lat miał przyjemność i zaszczyt pracować z prof. Cieszyńskim we Wrocławiu. – Na sali wśród nas jest dzisiaj rektor Łazarkiewicz, wybitny polski chirurg i szef prof. Cieszyńskiego, także mój nauczyciel chirurgii. Jest także inny wybitny nauczyciel akademicki, polska pianistka, pani prof. Lidia Grychtołówna, laureatka Konkursu Chopinowskiego i nagrody Schumanna. Kiedy patrzy się na to pokolenie 90-latków, to serce rośnie – dziękował przybyłym gościom. – Chciałbym, żebyście zapamiętali to dzisiejsze wydarzenie jako przesłanie, które kierujemy do młodych – podkreślił.

– Wszyscy lekarze są cichymi pionierami – powiedział prof. Andrzej Matyja, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. – Każdy pacjent, każdy organizm ludzki jest inny, przez co przebieg chorób i leczenia różni się od siebie. Nadal stawiane są przed nami pytania bez odpowiedzi. Ale z każdym uratowanym życiem i zdrowiem przesuwamy granicę, odkrywamy coraz więcej zagadek medycyny. Udowodniła to pandemia. Musieliśmy zmierzyć się z czymś nieznanym, z zagrożeniem na światową skalę. Polscy medycy, mimo ogromnej presji,



strachu, zmęczenia, dezinformacji, braku narzędzi i rzeczywistego wsparcia systemu, nieustępliwie, poświęcając swoje własne zdrowie i życie, stawiali czoła wirusowi. I uważam, że zdali egzamin, przetrarli szlak. Dlatego ta dzisiejsza celebracja jest docenieniem pracy każdego z nas – podkreślił prezes NRL.

Obecni byli także m.in. prof. Jerzy Buzek (europoseł, były przewodniczący Parlamentu Europejskiego), Maciej Miłkowski (podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, reprezentujący Prezesa Rady Ministrów) oraz Jarosław Wierczok (wojewoda śląski), a także przedstawiciele wyższych uczelni medycznych,

uniwersytetów, politechnik, Polskiej Akademii Nauk. Wydarzenie uświetniło odsłonięcie popiersia prof. Tomasza Cieszyńskiego (1920-2010). Wcześniej obszernie jego sylwetkę przybliżył jego syn Jakub, także lekarz, ortopeda.

Muzyczną oprawę uroczystości był koncert muzyki filmowej Wojciecha Kilara oraz słynny koncert warszawski Addinsella w wykonaniu Orkiestry Filharmonii Zabrzeńskiej i pianisty Pawła Kowalskiego, który zadeptykował go wszystkim medikom walczącym z pandemią. Gala „Akademickie Zabrze – Akademicki Śląsk” odbyła się 19 czerwca w Domu Muzyki i Tańca w Zabrzu. ■

FOTO: MARTA JAKUBIAK



Wojna lekarzy Hitlera

Bartosz T. Wieliński

Primum non nocere to jedna z najważniejszych zasad, jakimi powinni kierować się lekarze. Niestety, niektórzy swoimi działaniami całkowicie się jej sprzeniewierzyli. Doświadczony korespondent Bartosz Wieliński zabiera czytelnika w okrutny świat nazistowskiego środowiska lekarskiego i prezentuje całą galerię ludzi, którym leczenie pomyliło się z zabijaniem. Przybliża też dwóch najbliższych, osobistych lekarzy Hitlera, którzy rywalizowali ze sobą o względy „pacjenta A”.



Notre Dame De Cracovie. O medycynie i sztuce.

Redakcja naukowa:
Artur Jurczyszyn

Opowieść o relacjach medycyny ze sztuką, które występują od wieków. Znajdziemy tutaj prezentacje wybranej twórczości artystycznej mającej powiązanie z różnymi chorobami. Centralnym punktem tej opowieści jest ołtarz Wita Stwosza w Bazylice Mariackiej, który zawiera odniesienia do przypadłości dermatologicznych. Nie bez przyczyny autor tego wybitnego dzieła nazywany był „rzeźbiarzem chorób skórnych”.

Wystawa malarstwa lekarzy

Raz do roku Łódź staje się stolicą malujących lekarzy. 30 maja br. w Klubie Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi odbył się wernisaż XVIII Ogólnopolskiej i I Międzynarodowej Wystawy Malarstwa Lekarzy. Międzynarodowy charakter nadał temu wydarzeniu udział Fridy Loren, psychiatry z Lund w Szwecji.

Ryszard Golański



Laureatka Złotej Palety Hanna Rzepa i Daniel Cybula (członek jury) na tle nagrodzonych prac

Swoje prace prezentowała wyjątkowo liczna grupa lekarzy i lekarzy dentyków. W sumie 58 osób przedstawiło 115 prac. W kuluarach wernisażu można było usłyszeć zgodne opinie, że poziom obrazów, które mogła oglądać licznie zgromadzona publiczność, jest wyższy niż w poprzednich edycjach. Otwarcia wystawy dokonali prezes ORL w Łodzi Paweł Czekalski oraz przewodniczący Komisji Kultury Jacek Pypeć. Warto dodać, że w wernisażu uczestniczyły przewodniczące Komisji Kultury: Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Katarzyna Bartz-Dylewicz i OIL w Warszawie Bożena Hoffman.

Tradycyjnie prezentowane prace oceniane były przez profesjonalne jury oraz publiczność. Przewodniczącym jury był prof. Marian Kępiński z łódzkiej ASP, a członkami prof. Gabriel Kołat

i dr Daniel Cybula. Jury przyznało trzy nagrody główne, wszystkie autorzy uzyskali za zestaw przedstawionych prac. Złotą Paletę z rąk prezesa Czekalskiego i przedstawiciela jury otrzymała

Hanna Rzepa, internistka i kardiolog z Gdańska, Srebrną Paletę odebrał Andrzej Fraś, chirurg ze Środy Wielkopolskiej, a Brązową Paletę otrzymał Mieczysław Chruściel, ginekolog położnik ze Szczecina. Jury przyznało także pięć wyróżnień. Odebrali je: Barbara Brendel-Kwiatkowska ze Złotoryi, Barbara Gołębicka z Koszalina, Katarzyna Krauze-Romejko z Białegostoku, Tomasz Lesiak z Łodzi oraz Wiktoria Mikulska z Warszawy. Laureatem plebiscytu publiczności został Jarosław Ożga, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii z Bałdowa.

Podczas rozmów po zakończeniu części oficjalnej rozmawiano o planowanym w czasie lata plenerze malarskim, który co roku jest rodzajem warsztatów dla malujących lekarzy i lekarzy dentyków. Umawiano się także na udział w kolejnej wystawie, która odbędzie się w pięknych salach łódzkiego Klubu Lekarza tradycyjnie w ostatnią niedzielę maja 2022 r. ■



Laureat Plebiscytu Publiczności Jarosław Ożga i jego prace

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1985

Zapraszamy na spotkanie z okazji 35-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 12-14 września 2021 r. w Zieleńcu. Program Zjazdu wraz z wysokością opłat na www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty na konto 22 1050 1908 1000 0097 2210 6052 (odbiorca: Dorota Radziszewska) do 31 lipca br. z dopiskiem „Zjazd 1985”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1981

Zapraszamy na spotkanie z okazji 40-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 17-19 września 2021 r. w Piechowicach. Program Zjazdu wraz z wysokością opłat na www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 lipca br. z dopiskiem „Zjazd 1981”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl.

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1995

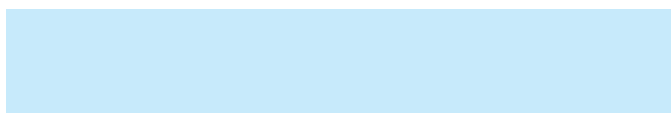
Zapraszamy na spotkanie z okazji 25-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 24-26 września 2021 r. w Zieleńcu. Program Zjazdu wraz z wysokością opłat na www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 lipca br. z dopiskiem „Zjazd 1995”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl.

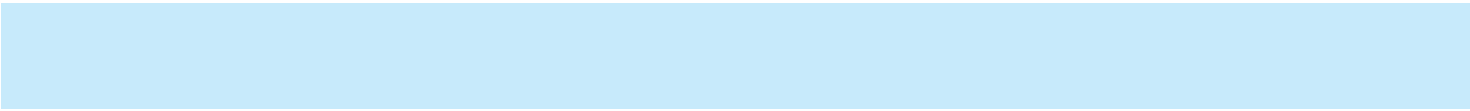
ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO POMORSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W SZCZECINIE, ROCZNIK 1981

W dniach 1-3 października 2021 r. w Szczecinie odbędzie się zjazd koleżeński. Termin może ulec zmianie w zależności od sytuacji pandemicznej. Prosimy o kontakt z organizatorami: Grażyna Durska (Szymczak), e-mail: grazynadurska@wp.pl, tel. 603 390 488; Andrzej Torbe, e-mail: torbea@wp.pl, tel. 601 776 108; Sławek Żółtowski, e-mail: slawekzoltowski@vp.pl, tel. 601 090 807.

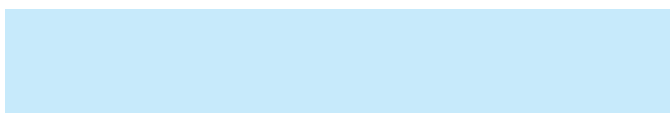
UWAGA! PROSIMY O NADSYŁANIE KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ 500 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).

Ogłoszenia





Ogłoszenia





PZWL

**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści,
wiedza i zaangażowanie.**

**Zachęcamy do odwiedzenia strony pzwl.pl i zapoznania się
z nowościami wydawniczymi oraz ofertami specjalnymi.**

Na ponumerowanych polach ukryto 30 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Horacego. Hasło należy przesłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 sierpnia 2021 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki)

* patron odruchu warunkowego * balet z „Taricem z szablami” * stolica Ghany * gatunek małpy * wietnamski Nowy Rok * Mruczuś * wodniczka * grecka bogini słońca * prawe ramię Renu * patella * partner Urbańskiej w „Bitwie Warszawskiej” * Serpentes * kanaliki (łac.) * Ojciec Seta * upadły anioł do prania * vulva * do celu * łosoś pacyficzny * Mazurski Źródł * krawaty Ławrenty * górna grusza * Robinia, roślina lecznicza * cyklon lub halny * ciąg jednostek * robella * simir * miano, termin * jednostka dziedziczenia * pani dziewczęst * inwazja larw gźw * płaz rana * stolica Angoli * pochodna kwasu i alkoholu * wuj z chaty * sacculi * pieczarka przestarzale * płynię w mieście śmierci Kościuski * alfa, beta i kappa * Irlandia * przęda ze stilonu * discus * azalia * grecki Mars * stwardnienie aorty (łac.) * po strale Roberta * gród przy ujściu Loary * zaburzenie

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 264 („GL” nr 05/2021)
Nie dokonuje odkrycia, kto nie bada niemożliwości.

Nagrody otrzymują:

Jadwiga **Bester** (Tarnów), Marta **Dembska** (Gdańsk),
Karolina **Dębowska** (Piaśtów), Aleksandra **Pomocka** (Poznań),
Krzysztof **Waczyński** (Białystok).

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 177 500 egz.

Rada Programowa

**Stawomir 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**

naczeln@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska; sekretarz redakcji; Tel. 668 854 344

I.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

Adres redakcji

00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110

Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska
Tel. (22) 559 13 26, tel. 606 699 830
e.tarczynska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Olga Ostaszewska
Tel. (22) 559 13 26
o.ostaszewska@gazetalekarska.pl

Stale współpracują

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

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Walstead Central Europe

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

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

