

SAMORZĄD: O godność zawodu



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

09 | 2020

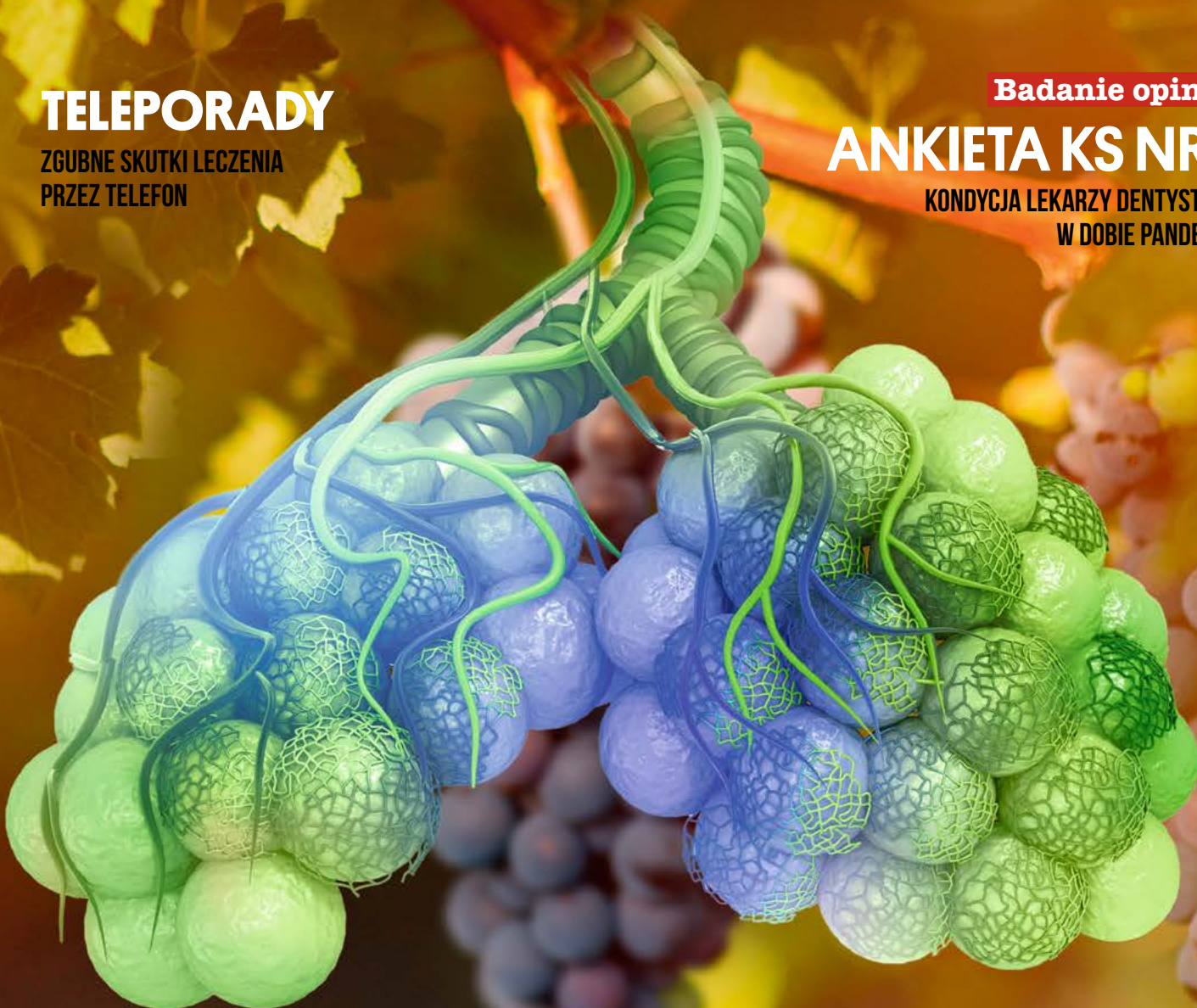
TELEPORADY

ZGUBNE SKUTKI LECZENIA
PRZEZ TELEFON

Badanie opinii

ANKIETA KS NRL

KONDYCJA LEKARZY DENTYSTÓW
W DOBIE PANDEMII



■ Inżynier czy lekarz?

KIERUNKI LEKARSKIE NA UCZELNIACH NIEMEDYCZNYCH

■ Mutacja mutacji nierówna

WYWIAD Z PROF. JACKIEM WITKOWSKIM

■ Nie karm hejtera

CZYM SĄ RETORYKA I MOWA NIENAWIŚCI

Temat numeru

JAK BARDZO JESTEŚMY (NIE)PRZYGOTOWANI?

JESIEŃ Z KORONAWIRUSEM

32

NOWELIZACJA PODPISANA

Część przepisów zaczęła obowiązywać już od 8 sierpnia.

STR. 24



36

CIAŁO OBCE W POLU OPERACYJNYM

Kto ponosi odpowiedzialność za pozostawienie narzędzia w ciele pacjenta?

STR. 40



STR. 52

Spis treści

Wrzesień 09/2020

SAMORZĄD

- 4 | Czas paradoksów
- 11 | O godność zawodu
- 16 | Ja też bywam miły
- 18 | List do redakcji
- 19 | Naznaczeni przez wojnę

TEMAT NUMERU

- 23 | Pandemia w Polsce
- 24 | Co będzie jesienią?
- 27 | Znaki zapytania

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 31 | Zwolnienie ze składek ZUS po nowemu
- 32 | Nowelizacja podpisana
- 34 | Zgubne skutki leczenia przez telefon

- 36 | Ciało obce w polu operacyjnym

PRAKTYKA LEKARSKA

- 38 | Mądrość online
- 39 | Nowe zalecenia MZ dla stomatologii
- 40 | W koronawirusowym klinchu
- 43 | Mutacja mutacji nierówna
- 46 | Dajcie szansę pacjentom, nie związujcie rąk medykom
- 49 | Inżynier czy doktor?
- 50 | Protest lekarzy w Korei Płd.
- 51 | Zarobki rezydentów w USA

- 52 | Trzy poziomy
- 54 | Uderzenie rykoszetem
- 55 | Nie karm hejtera
- 60 | Poka-yoke po polsku

PO GODZINACH

- 62 | Czym nasiąka skorupka
- 63 | Głuchy telefon
- 64 | Na nosie
- 66 | Cieszyńscy
- 70 | Akrobacje literackie
- 72 | Osobliwa galeria
- 73 | Kultura
- 74 | Sport
- 75 | Zjazdy koleżeńskie
- 79 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Z SOBIESKIEGO 110

Czas paradoksów

Za nami wyjątkowa kanikuła pełna problemów i paradoksów. Od takiej rzeczywistości urlopu się nie weźmie, choć bardzo by się chciało.

Zaczęło się od triumfalnych zapewnień, że pokonał wirusa i można rozluźnić rygory, co bardzo szybko stępiło czujność naszych rodaków. Spodziewaliśmy się drugiej fali epidemii. Nie przysłała, bo pierwsza się jeszcze nie skończyła. Publikowane dane o szybkim wzroście liczby zakażeń i ogłaszane czerwone/żółte strefy są zapowiedzią tego, co czeka nas jesienią.

Zbliżające się rozpoczęcie roku szkolnego rozbudziło niepokoję i dyskusje o zagrożeniach dla dzieci, ich bliskich, nauczycieli, a w konsekwencji dla całej gospodarki. Słowo „lockdown” znów zaczęło złowrogo wybrzmiewać w mediach i wystąpieniach polityków. Na niecałe dwa tygodnie przed rozpoczęciem roku szkolnego dowiedzieliśmy się, że Ministerstwo Edukacji przygotowuje wytyczne dla szkół. Dyrektorzy placówek oświatowych nie kryli, że ich zdaniem władze centralne przebiły dwa miesiące wakacji i, koniec końców, poszły po linii najmniejszego oporu, zrzucając odpowiedzialność na dyrektorów placówek i władze samorządowe. Te z kolei po cięciach dochodów alarmują, że nie będą w stanie sfinansować niezbędnych potrzeb.

Minister Edukacji – a jakże – mówi o konieczności przeniesienia decyzji na poziom szkół i samorządów, przekonując, że to one najlepiej znają lokalną specyfikę. Tymczasem „na odcinku zdrowia” – odwrotnie. Przy okazji kolejnej ustawy covidowej wprowadza się „pionizację” w strukturze NFZ. Gdyby komuś to umknęło, przypomnę, że minister Łukasz Szumowski wyjaśnił publicznie, iż nowa struktura ma sprawić, że „fundusz faktycznie ma być ubezpieczycielem”. Ot, taka łamiągówka do przemyślenia dla tych, którym się wydawało, że wiedzą, czym są ubezpieczenia!

Do kolekcji paradoksów tegorocznej kanikuły można też dodać temat „kasy”. Przed wakacjami słyszeliśmy, że pieniędzy na ochronę zdrowia nie zabraknie. Pesymiści obawiali się problemów finansowych spowodowanych pandemią, zamrożeniem gospodarki. Do covidowego koszyka co i rusz wpadały kolejne dziesiątki i setki milionów na pilne, a jak się później okazało, wątpliwe zakupy. Każdy, kto odpowiada za domowy budżet, wie, że cudów nie ma i zachodził w głowę, skąd nagle wziął się ten róg obfitości. Po wakacjach słyszymy już o ponad 100-miliardowym deficycie budżetu państwa, a eksperci mnożą to jeszcze przez dwa, uwzględniając wydatki transferowane nie wprost z budżetu, ale za pośrednictwem różnych podmiotów zależnych od państwa. Czyżby, zgodnie z zapowiedziami, ochrona zdrowia miała być jakąś enklawą? Trudno w to uwierzyć. Czekają nas kolejne daniny publiczne, inflacja, wzrost kosztów. Bądźmy gotowi na jeszcze trudniejsze czasy!

Covidowych tarczy było kilka, ale jakoś propozycji spektakularnego wsparcia ZDROWIA zabrakło, poza rytualnymi zakłęciami o zwiększaniu nakładów w stosunku do PKB (nawiasem mówiąc, ten makro wskaźnik niebezpiecznie przesłania inny, który pacjentom powinien być bliższy – realnego wzrostu nakładów na leczenie). Oczekiwano od lekarzy i personelu medycznego

“

Czekają nas kolejne daniny publiczne, inflacja, wzrost kosztów. Bądźmy gotowi na jeszcze trudniejsze czasy!

poświęcenia, wypełniania misji i zawodowego powołania, ale wygodnie było pomijać temat wynagrodzeń i dofinansowania. W czasie emocjonalnych uniesień przecież o pieniądzach nie godzi się mówić!

Gdy ujawniane są pesymistyczne informacje o pogorszeniu kondycji gospodarki (zresztą spodziewanym, zwłaszcza po drugim kwartale), Sejm bez etycznych rozterek przyjmuje ustawę o wzroście nakładów na partie polityczne, a także o znaczącym zwiększeniu wynagrodzeń czołowych osób w państwie. Daleki jestem od populizmu, ale mnie (jak i wielu kolegów) zaskoczył brak społecznego słuchu (ktoś powie – instynktu politycznego). Nas, lekarzy, boli to szczególnie. Gdy w czasie pandemii w krajach Unii Europejskiej podnoszono wynagrodzenia pracownikom ochrony zdrowia i w specjalny sposób ich gratyfikowano, my na próżno dopominaliśmy się o godziwe finansowe rekompensaty i przestrzeganie praw obywatelskich oraz pracowniczych. Moglibyśmy liczyć na społeczne pospolite ruszenie – maseczki, posiłki, udostępniane mieszkania. Tymczasem bogata firma kontrolowana przez państwo szczyciła się tym, że przeznaczyła specjalne bony na paliwo dla żołnierzy obrony terytorialnej, którzy dzielnie walczyli z koronawirusem. Nam, według rządzących, powinny wystarczyć okłaski wdzięcznych rodaków.

Władze zafundowały nam natomiast nowe rozwiązania płacowe dla rezydentów, które – choć pożądane i oczekiwane – bez jasnych i czytelnych uregulowań mogą doprowadzić do paradoksów, kiedy zarobki mistrza nie będą znacząco odbiegały od tych pobieranych przez jego podopiecznych. W połowie czerwca przestrzegaliśmy przed nadciągającym kryzysem w ochronie zdrowia, również z tego powodu. Proszę pamiętać – ostrzegaliśmy!

Gdyby tego było mało, przy okazji tarczy 4.0 poświęconej kredytowi dla przedsiębiorców, zgłoszono

kuriozalną „wrzutkę” w postaci słynnego już art. 37a Kodeksu karnego, co wiąże się z ubiegłoroczną – groźną dla lekarzy – nowelizacją art. 155 k.k. (o historii naszych legislacyjnych zmaganiach można przeczytać na stronie internetowej NIL). Proponowane przez samorząd lekarski zmiany irracjonalnego zapisu art. 37a w praktyce wyłączały w ministerialnych szufladach. Może czas urlopów uniemożliwił decydom zajęcie się tymi sprawami, a może mieli na głowie inne, tęczę problemy?

Lekarzom zaostrza się kary, a niemalże w tym samym czasie, również pod hasłem walki z pandemią, zgłasza się projekt ustawy zwalniający z odpowiedzialności urzędników. Urzędnik ma dostać parasol ochronny, a lekarz, który ratując życie, podejmuje ryzyko nie zawsze prowadzące do szczęśliwego zakończenia, może trafić do więzienia z pospolicymi przestępcami. Ten paradoks ma kolejną odsłonę.

Minister Zdrowia, a zarazem nasz kolega – lekarz, zapytany przeze mnie w liście otwartym o jego stosunek do tzw. sprawy art. 37a k.k., nabiera wody w usta. Potem udaje się na urlop. Skraca go – a jakże – ogłaszając, że robi to ze względu na rosnące zagrożenie epidemiczne. Wkrótce składa dymisję, choć kilka dni wcześniej, udzielając obszernego wywiadu, wymienia, jak wiele poważnych spraw w ochronie zdrowia wymaga uregulowania. Stwierdza przy tym stanowczo: „Zajmuję się koronawirusem, a nie dymisją”.

Odejście szefa resortu zdrowia dzień wcześniej poprzedza dymisja wiceministra Janusza Cieszyńskiego, odpowiedzialnego m.in. za bardzo ważny dla funkcjonowania ochrony zdrowia obszar cyfryzacji. Z wystąpień obu panów bije poczucie dobrze spełnionego obowiązku i przekonanie, że zostawiają resort przygotowany do podjęcia walki z kolejnym atakiem pandemii. Wypada tylko pozazdrościć dobrego samopoczucia.

My, lekarze, widzimy to zgoła inaczej niż lokatorzy gmachu przy ul. Miodowej w Warszawie. Ale kto chce słuchać posłańców złych wiadomości?! To właśnie samorząd lekarski występuje w tej roli. Nic dziwnego, że odchodzący ministrowie, dziękując za współpracę różnym organizacjom, nie wymienili konstytucyjnie umocowanego samorządu lekarskiego, choć jako Naczelna Rada Lekarska i jej Prezydium nie tylko krytykowaliśmy, ale i wychodziliśmy z konstruktywnymi propozycjami. Często jednak przypominało to rzucanie grochem o ścianę. Czas pokazał, że mieliśmy rację. Czy ktoś wyciągnie z tego wnioski?

Stale podkreślam, i przypominałem to w liście otwartym z 20 sierpnia br., że tylko szczerą, otwartą rozmową między partnerami może doprowadzić do rozwiązania problemów, również tych covidowych. Od dawna upominamy się o zmianę koncepcji tzw. szpitali jednoimiennych i ich reorganizację, żądamy jasnych i spójnych kryteriów testowania, zapewnienia sprawnej współpracy między sanepidem a POZ, klarownego podziału ról między podmiotami w systemie ochrony zdrowia, bez czego pacjenci będą jeszcze bardziej

“

Od dawna upominamy się o zmianę koncepcji tzw. szpitali jednoimiennych i ich reorganizację, żądamy jasnych i spójnych kryteriów testowania, zapewnienia sprawnej współpracy między sanepidem a POZ.

zagubieni w systemie, a praca i po-
byt na SOR staną się przekleństwem.
Dlatego w liście napisałem, że od
nowego kierownictwa Ministerstwa
Zdrowia oczekujemy nie tylko pil-
nego przedstawienia strategii walki
z COVID-19, ale przede wszystkim
strategii jak najszybszego przy-
wrócenia funkcjonowania systemu
ochrony zdrowia, gdzie koronawi-
rus nie będzie przesłaniał innych,
często dramatycznych problemów
medycznych. One istnieją i odło-
żone w czasie dadzą o sobie znać
ze zdwojoną mocą.

Zasypani – chociażby tylko pod-
czas letniej kanikuly – mnogością
paradoksów, mimo wszystko wie-
rzemy, że nowy szef resortu zdro-
wia spłaci kredyt zaufania, jakim
go – podobnie jak wszystkich jego
poprzedników – obdarzamy.

Minister Adam Niedzielski objął
stery resortu zdrowia w wyjątkowo
trudnym momencie. Życzymy mu, by
decyzje jego i jego współpracowni-
ków były mądre i dobre. Życzymy też
sobie, aby jak najszybciej przełożyły
się one na zadowolenie pacjentów

i satysfakcję polskich lekarzy z pracy i możliwości roz-
woju zawodowego w kraju.

Spodziewam się, że wielu Czytelników z przekąsem
skomentuje te słowa, ponieważ wielokrotnie zapowiedzi
i deklaracje kolejnych ministrów okazywały się warte
tyle, co papier, na którym były spisane. Chcemy wie-
rzyć, że tym razem będzie inaczej. Nadzieję tę budujemy
na zapewnieniach ministra Niedzielskiego o otwarciu
na dialog i współpracę. Kto wie, może fakt, że nie jest
lekarzem, okaże się atutem? Pytanie, czy będzie miał
na tyle silną pozycję w strukturze władzy politycznej,
by ochronie zdrowia nadać rzeczywiście priorytetowy
charakter. Przypomnę, że jako środowisko wielokrotnie
postulowaliśmy, by na zdrowie patrzeć kompleksowo,
również przez pryzmat polityki społecznej, a szefowi
tego resortu nadać rangę wicepremiera. Czy przy zapo-
wiadanej rekonstrukcji rządu tak się stanie? Niestety,
pod koniec wakacji nic na to nie wskazywało.

Oby tylko SARS i COVID nie stały się wygodną zasło-
ną dymną, za którą znikną fundamentalne i systemo-
we problemy naszej ochrony zdrowia i – paradoksal-
nie – wygodnym alibi do podejmowania decyzji, które
nie mają bezpośredniego wpływu na poprawę zdrowia
i dobrostanu obywateli naszego kraju. Choroby prze-
wlekłe, kardiologiczne, onkologiczne, problemy zdrowia
psychicznego, stany nagłe nie zaczekają, aż uporamy się
z pandemią oraz niebezpiecznie wydłużającą się listą
paradoksów, które przyniosły nam mijające wakacje.
Urlopu od nich nie weźmiemy. ■



**Jako środowisko
wielokrotnie
postulowaliśmy,
by na zdrowie patrzeć
kompleksowo, również
przez pryzmat polityki
społecznej, a szefowi
tego resortu nadać
rangę wicepremiera.**



ALICJA
SZCZYPZYK

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Zmiany na Miodowej

26

sierpnia Prezydent RP powołał Adama Niedzielskiego, dotychczasowego prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, na urząd Ministra Zdrowia, po tym, jak dwóch głównodowodzących resortu – minister Łukasz Szumowski oraz wiceminister Janusz Cieszyński – podało się do dymisji. Jeszcze przed oficjalną nominacją nowy minister

podkreślił gotowość i otwartość na kooperację: „Zapraszam wszystkich do współpracy. Jestem osobą na tę współpracę otwartą. Myślę, że przedstawiciele środowisk medycznych, pacjenckich, będą mogli państwu potwierdzić tę cechę. Na niej chciałbym również oprzeć działanie w ministerstwie – na dialogu, otwartości i współpracy”. Jego kadencji ma przyświecać hasło: „Wszystkie ręce na pokład”.

Słowa te cieszą w szczególności samorząd lekarski, który wielokrotnie apelował do MZ o wznowienie rzeczywistej współpracy. Od nowego kierownictwa oczekuje się także „nie tylko pilnego przedstawienia strategii walki z COVID-19, ale przede wszystkim strategii jak najszybszego wdrożenia takiego modelu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w którym koronawirus nie będzie przesłaniał innych, często dramatycznych problemów medycznych” – tak skomentował zmianę w resorcie prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja.

Minister Niedzielski zapowiedział, że jesienią przedstawi główne założenia strategiczne dotyczące sytuacji epidemicznej. Ponadto, przyjął zaproszenie NRL i dołączy na jej najbliższe posiedzenie. Warto obserwować strony internetowe Naczelnej Izby Lekarskiej oraz „Gazety Lekarskiej” – na pewno pojawią się tam informacje o poruszonych na spotkaniu kwestiach. ■

“

Minister Niedzielski zapowiedział, że jesienią przedstawi główne założenia strategiczne dotyczące sytuacji epidemicznej.

Solidarni z Białorusią

W imieniu polskiego środowiska lekarskiego, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja zapewnił lekarzy na Białorusi o wsparciu dla ich walki o demokrację.

W trwających od końca maja protestach o uczciwe przeliczenie głosów w wyborach prezydenckich i dymisję rządzącego nieprzerwanie od 1994 r. prezydenta Białorusi Alaksandra Łukaszenki, biorą udział również lekarze, a także inni przedstawiciele zawodów medycznych. Pracując głównie w placówkach państwowych, a sprzeciwiając się rządowi, ryzykują utratą pracy i brakiem możliwości podjęcia zatrudnienia w zawodzie, nie wspominając już o ryzykowaniu życia.

Prezes NRL pochwalił postawę, jak i poświęcenie medyków



w niesieniu pomocy ofiarom bezprawia i przemocy. Wyraził głęboką nadzieję, że ich sprzeciw doprowadzi do zmian, a na Białorusi zapanuje praworządność i sprawiedliwość. ■

Białoruś, Mińsk,
15 sierpnia 2020



gazeta**lekarska**.pl

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

SKRINING

Projekt bumerang

Ministerstwo Sprawiedliwości przekazało Ministerstwu Zdrowia przygotowany przez Prezydium NRL projekt ustawy o zmianie ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych w celu analizy problemu oraz ewentualnego podjęcia prac legislacyjnych. Propozycja PNRL przewiduje ograniczenie odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej osób wykonujących zawody medyczne za działania pozostające w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zapobiegania, przeciwdziałania lub zwalczania COVID-19 – projekt można znaleźć na stronie internetowej NIL w zakładce „Aktualności”.

Według MS, w przypadku konieczności uregulowania kwestii odpowiedzialności osób wykonujących zawody medyczne, należy rozważyć ich „zbiorczą regulację” w tzw. pakiecie medycznym, który miałby objąć min. ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, ustawę o zawodzie pielęgniarki i położnej, o ratownictwie medycznym, o zakładach opieki zdrowotnej itd. Zauważono przy tym, że trudno normalizować kwestie odpowiedzialności osób wykonujących zawody medyczne bez ukształtowania tej materii w sposób systemowy i bez nawiązania do innych, poza kodeksem cywilnym i karnym, aktów prawnych. W opinii MS rodzaj, charakter i zakres proponowanych rozwiązań przemawia za poprzedzeniem ich wprowadzenia stosownymi badaniami, opiniami i dyskusją w szerokich kręgach społecznych.

Ponadto MS poinformowało, że część projektu PNRL, która odnosi się do ograniczenia odpowiedzialności karnej osób wykonujących zawody medyczne za określone czyny zabronione, będące następstwem działań leczniczych podejmowanych w ramach zwalczania epidemii COVID-19, jest analizowana i oceniana w ramach wewnętrznych prac Departamentu Legislacyjnego Prawa Karnego.

A dlaczego omawiany projekt jest jak bumerang? 7 sierpnia PNRL zapelowało, tym razem do Prezesa Rady Ministrów, o pilne podjęcie przez rząd prac legislacyjnych zmierzających do ograniczenia odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej osób wykonujących zawody medyczne za działania pozostające w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zapobiegania, przeciwdziałania lub zwalczania COVID-19. W piśmie prezes NRL Andrzej Matyja zwrócił się z prośbą do Premiera RP o jego

“

Apel został przesłany „według kompetencji” do MZ, co tym bardziej pogłębia rozczarowanie środowiska lekarskiego.

bezpośrednie włączenie się w realizację postulatów zawartych w apelu, po tym jak MZ oraz MS przemilczało ww. projekt ustawy, opracowany przez samorząd lekarski.

Apel został przesłany „według kompetencji” do MZ, co tym bardziej pogłębia rozczarowanie środowiska lekarskiego spowodowane przepisami kolejno wprowadzanych tarcz antykryzysowych, które nie chronią działań personelu medycznego podejmowanych w nadzwyczajnie trudnych warunkach epidemii. Treść apelu na www.nil.org.pl. ■


nil.org.pl


Z wielkim żalem przyjęliśmy informację o śmierci

dr. Krzysztofa Tuszyńskiego

doktora nauk medycznych, wieloletniego działacza wielkopolskiego
oraz ogólnopolskiego samorządu lekarskiego

Rodzinie, Bliskim oraz Współpracownikom

wyrazy głębokiego współczucia składają:

*Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja z członkami NRL
Przewodnicząca Naczelnej Komisji Rewizyjnej Jolanta Orlowska-Heitzman
Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej Paweł Susłowski*

Niemy protest

Na początku sierpnia odbyła się manifestacja m.in. przeciwko nowelizacji art. 37a Kodeksu karnego wprowadzonej na mocy tzw. tarczy antykryzysowej 4.0 (o jej konsekwencjach, jak i działaniach samorządu lekarskiego, mających na celu zmianę kontrowersyjnych przepisów, mogą Państwo przeczytać w poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej”).

Poniższe postulaty protestu, zorganizowanego przez Porozumienie Zawodów Medycznych, zostały poparte przez Prezydium NRL:

- zmiana oburzających i niesprawiedliwych przepisów zawartych w tarczy

antykryzysowej 4.0, zrównujących medyków niosących pomoc z przestępcami,

- przyspieszenie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia do minimum 6,8% PKB,
- rozwiązanie problemów kolejek i braku dostępności świadczeń,
- natychmiastowe zajęcie się przez polityków kryzysem w ochronie zdrowia.

Pochód rozpoczął się pod siedzibą Ministerstwa Zdrowia, a zakończył pod sejmem, gdzie wśród wielu przemawiających przedstawicieli zawodów medycznych zabrał głos wiceprezes NRL Krzysztof Madej. Szczegółowa relacja znajduje się na stronie internetowej NIL. ■



Wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych

Telemedycyna staje się coraz bardziej powszechna, a panująca pandemia koronawirusa przyczyniła się do tego, że lekarze, jak i ich pacjenci, chętniej i częściej z niej korzystają. Nadal jednak stawia wiele pytań. Wątpliwości dotyczą m.in. etycznych aspektów jej stosowania, jak i bezpieczeństwa prawnego i technicznych możliwości świadczeniodawców i pacjentów.

W odpowiedzi na powyższe, zespół ds. telemedycyny Naczelnej Rady

Lekarskiej we współpracy z członkami Telemedycznej Grupy Roboczej przygotował wytyczne, składające się z trzech dokumentów:

- Wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych
- Wytyczne świadczenia telemedycznego uwzględniające aspekty etyczne
- 10 kroków wizyty telemedycznej

Na posiedzeniu 24 lipca br. Prezydium NRL podjęło uchwałę w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych wraz z rekomendacją ich stosowania przez lekarzy i lekarzy dentystów w ramach wykonywanego zawodu.

Ponadto, Prezydium NRL, przekazując ww. dorobek, zaapelowało do ówczesnego Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego o podjęcie prac zmierzających do wprowadzenia wypracowanych przez samorząd lekarski zasad jako obowiązującego standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej.

Materiały można znaleźć na stronie NIL w zakładce „Aktualności”. ■



ODSZEDŁ NA WIECZNY DYŻUR
obdarowujący rogalami świętomarcińskimi,
zawsze życzliwy, uczynny i uśmiechnięty

NASZ SAMORZĄDOWY PRZYJACIEL

Śp.

dr n. med. Krzysztof Tuszyński

wieloletni członek Krajowej Komisji Wyborczej
współtwórca regulaminów wyborczych

Rodzinie i Najbliższym

wyrazy szczerego współczucia składają

koleżanki i koledzy

z KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

„Ludzie szlachetni odchodzą otoczeni wdzięczną pamięcią żywych”

Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy naszego Kolegę

Śp.

dr. Wiesława Umińskiego

czynnego działacza samorządu lekarskiego od momentu reaktywacji izb lekarskich,
pełniącego funkcję Sędziego Naczelnego Sądu Lekarskiego III i IV kadencji,
wspaniałego, serdecznego i pełnego dobroci Człowieka.

Rodzinie i Bliskim Zmarłego

wyrazy głębokiego współczucia
składają

*Przewodniczący oraz Zespół
Naczelnego Sądu Lekarskiego*

Z PRZYMRUŻENIEM OKA

KRZYŻ ZASŁUGI ZA WALKĘ Z SARS-COV-2

W samorządzie lekarskim pojawiła się idea, aby zwrócić się do władz państwa o odznaczenie najbardziej zasłużonych w walce z wirusem. Ponieważ władze mają jednak w nosie różne nasze postulaty i inicjatywy, sami opracowaliśmy projekt specjalnego odznaczenia na tę okoliczność i zwrócimy się do Rady Państwa o ustanowienie takiego odznaczenia i... hulaj dusza. Jako pierwszego proponujemy odznaczyć ministra Waldemara Kraske!

Legenda:

wstążka orderowa (i baretka)
w kolorze białym (kolor kitla
lekarskiego) z symetrycznymi
paskami: czerwonym (krew)
i zielonym (kolor odzieży
lekarzy specjalności zabiegowych)
i jednym czarnym dla uczczenia
tych, co zmarli w wyniku
zakażenia wirusem.



Złoty Krzyż Zasługi
za walkę z
wirusem SARS-CoV-2

Projekt
Kraske

LIDIA
SULIKOWSKA

dziennikarz

PÓŁMETEK VIII KADENCJI

0 godność zawodu

VIII kadencja samorządu lekarskiego trwa już ponad dwa lata. Czym zajmowały się w tym czasie najważniejsze organy odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów?

Postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i stomatologów reguluje ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

Sprawy dotyczące naruszenia zasad wykonywania zawodu oraz obowiązującej w pracy lekarzy etyki rozpoznają okręgowe sądy lekarskie (I instancja) i Naczelny Sąd Lekarski (II instancja), a jedną ze stron postępowania są odpowiednio: okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej czy Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej lub ich zastępcy.

CORAZ WIĘCEJ PRACY

W pierwszym roku tej kadencji, obejmującym okres od maja do grudnia 2018 r., do NSL wpłynęło ponad 120 spraw (198 w całym roku). W 2019 r. było już niemal 250 nowych postępowań. W pierwszym półroczu br. wpłynęło ich 68, ale trzeba pamiętać, że to czas szczególny ze względu na panującą pandemię koronawirusa.

NSL zajmuje się wnioskami o ukaranie lekarzy w postępowaniu odwoławczym od orzeczeń OSL, a także, choć nie jest ich dużo, zażaleniami złożonymi na postanowienia NROZ.

Najczęściej orzekane są kary finansowe, upomnienia i nagany, ale wzrasta też liczba bardziej dotkliwych sankcji, takich jak ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od 6 miesięcy do dwóch lat, jak również zawieszenie prawa wykonywania zawodu.

Sporadycznie zapada decyzja o pozbawieniu PWZ oraz ukaraniu za brakem pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia.

Postępowania dotyczą przewinień popełnianych przez lekarzy i lekarzy dentyistów różnych specjalności, m.in. chirurgii, chorób wewnętrznych, położnictwa i ginekologii, medycyny rodzinnej, medycyny paliatywnej, pediatrii, periodontologii, stomatologii ogólnej, ortodontcji. Wiele spraw dotyczy naruszania zasad etyki zawodu, np. złamania tajemnicy lekarskiej, niedozwolonego sposobu reklamowania się i odmowy udzielenia pomocy.

Czy w wielu przypadkach NSL orzeka inaczej niż sąd lekarski pierwszej instancji? – Zazwyczaj zgadzamy się w samym meritum sprawy. Częściej zdarza się, że OSL popełni jakiś błąd proceduralny, co skrzętnie wykorzystują obrońcy oskarżonych – odpowiada Jacek Miarka, przewodniczący NSL obecnej kadencji.

U RZECZNIKA

Jedną ze stron postępowania w sprawach, które trafiają do rozstrzygnięcia NSL, jest Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej lub jego zastępcy. W 2018 r. delegaci Krajowego Zjazdu Lekarzy zadecydowali, aby to Grzegorz Wrona wypełniał misję samorządową jako NROZ przez kolejne cztery lata. To już jego druga kadencja w tej roli. KZL powołał także 31 zastępców naczelnego rzecznika. NROZ i jego zastępcy w 2019 r. uczestniczyli w 180 rozprawach w NSL (w 2018 r.

– w 153). Do najbardziej aktywnych należeli lekarze Grzegorz Wrona, Joanna Szeląg, Karolina Pyziak-Kowalska oraz lekarze dentyści Marta Rodziewicz-Kabarowska, Anna Tarkowska.

Każdego roku do biura naczelnego rzecznika wpływa kilkaset zawiadomień o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego i skarg na niewłaściwe działanie instytucji związanych z ochroną zdrowia. Pojawiają się też różnego rodzaju zapytania i prośby o udzielenie pomocy. Większość z nich jest przekazywana okręgowym rzecznikom odpowiedzialności zawodowej i to oni decydują, czy dana sprawa zostanie skierowana do OSL.

NROZ ma też uprawnienie do prowadzenia postępowań wyjaśniających, które mają finał w sądzie pierwszej instancji. – Ja absolutnie nie chcę wchodzić w kompetencje rzeczników okręgowych, ale zdarzają się sytuacje, kiedy OROZ, z różnych powodów, nie chce wszcząć postępowania. Jeśli uznam, że jest to sprawa, którą jednak trzeba się zająć, to tak czynię. W takich sytuacjach zawsze wcześniej kontaktuję się z rzecznikiem z okręgu i informuję o moich zamiarach, by dać mu pierwszeństwo w podjęciu postępowania – mówi Grzegorz Wrona.

NROZ występuje także w postępowaniach kasacyjnych od orzeczenia NSL przed Sądem Najwyższym. Tych spraw jest coraz więcej, ale w ocenie SN orzecznictwo NSL jest w znakomitej większości uznawane za zasadne, a kasacje oddalane.

Jednym z przewinień, które szczególnie niepokoją NROZ obecnej

180

W tylu rozprawach w NSL uczestniczyli w 2019 r. NROZ i jego zastępcy.

kadencji, jest stosowanie przez lekarzy metod niezwyfikowanych naukowo, bezwartościowych, a wręcz uznanych za szkodliwe. – To hołszta-plerstwo. Rola rzecznika nie kończy się tutaj przed sądem lekarskim. Jeśli dostrzegam, że przypadków dotyczących stosowania danej wątpliwej metody jest więcej, występuję do Naczelnej Rady Lekarskiej, która co jakiś czas uchwała stanowiska w danej kwestii, bazujące na wiedzy ekspertów, np. w zakresie homeopatii, chelatacji czy szczepień, które są tak naprawdę wiążące dla całego środowiska – opowiada Grzegorz Wrona.

Dużym problemem zaczynają być też m.in. konflikty lekarskie, które coraz częściej przenoszą się do mediów społecznościowych. – Lekarze, zominając o zapisie art. 52 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który zabrania publicznej dyskredytacji, kwestionują umiejętności i wiedzę innych lekarzy. Ostrzegam, nie sposób przejść nad tym do porządku dziennego. Przeczytajcie ponownie KEL. Bądźcie bardziej powściągliwi, bo swoim zachowaniem naruszacie dobra innych – zwraca uwagę Grzegorz Wrona.

PRZEWLEKŁOŚĆ POSTĘPOWAŃ

Część spraw, nad którymi pochyłają się sędziowie NSL oraz NROZ, wraca do ponownego rozpatrzenia przez OSL. Około 15 proc. postępowań kończy się uniewinnieniem lekarzy, podobny odsetek spraw jest umarzanych – głównym powodem umorzeń jest przedawnienie toczącego się postępowania. Jakie są powody tej sytuacji?

NSL wydaje orzeczenia kończące postępowanie najpóźniej w ciągu pół roku, a średnio czeka się na nie 2-3 miesiące. Zdarzają się też sprawy, które mają swój finał po upływie czterech tygodni. – U nas postępowania toczą się sprawnie, ale co z tego, skoro sprawa trafia do nas na moment przed przedawnieniem. Nie mamy szans na rozstrzygnięcie jej w terminie. Apelujemy do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i okręgowych sądów lekarskich, aby szybciej kończyli postępowania – mówi obecny przewodniczący NSL Jacek Miarka,

choć jednocześnie dodaje, że powody przedłużania się spraw są różne i nie zawsze zależą od OROZ czy OSL. Na przykład brakuje biegłych, więc na ich opinie trzeba czekać nawet wiele miesięcy. Przedawnienia wynikają też z celowego działania obrońców oskarżonych lekarzy, a także z powodu braków kadrowych w okręgowych organach odpowiedzialności zawodowej.

– Praca w sądzie lekarskim jest trudna, wymagająca długiego szkolenia i ogromnej wiedzy, bo przecież orzekamy w otoczeniu zawodowych prawników, niewdzięczna, zajmująca mnóstwo czasu, a na dodatek źle opłacana, więc niewielu się na nią decyduje. Jeśli taki stan rzeczy się utrzyma, nie będzie komu orzekać, a sprawy będą się przedawniać. W NSL także mamy problemy z obsadą, przez co jesteśmy bardzo przeciążeni pracą – zauważa Jacek Miarka.

Podczas wyborów na ostatnim KZL do składu NSL wyłoniono mniej niż 40 sędziów, choć uchwała pozwałała na powołanie nawet 60-osobowego zespołu. – Sędziów naprawdę aktywnych mamy obecnie w NSL jedynie 15. Jako że rozstrzygamy w zespołach 5-osobowych, to okazuje się, że do dyspozycji są tylko trzy składy sędziowskie. Podobny problem występuje w okręgowych sądach lekarskich. Efekt jest taki, że sądownictwo lekarskie opiera się na garstce ludzi – alarmuje przewodniczący NSL.

NROZ ma ten sam kłopot. – Problemy kadrowe nie omijają także okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Bardzo wysoko oceniam ich pracę. Nawet, jeśli popełniają pewne błędy proceduralne albo gdy dojdzie do przewlekłości postępowania. To są ludzie z powołania, oni walczą o godność zawodu lekarza. Teraz bardzo trudno znaleźć chętnych do tej pracy, bo to wyjątkowo niewdzięczna funkcja. To duże zagrożenie dla przyszłości organów odpowiedzialności zawodowej – ostrzega Grzegorz Wrona.

Remedium na ograniczenie przewlekłości w postępowaniach, poza zwiększeniem kadr, byłoby także ograniczenie liczby spraw, które trafiają do sądów lekarskich. Jak

potwierdzają przedstawiciele NSL i NROZ, sądy i rzecznicy są zasypywani wnioskami o ukaranie lekarzy w bardzo błahych sprawach. W takich przypadkach mogłaby zaradzić mediacja pomiędzy stronami, ale niestety, zgodnie z obowiązującym dziś prawem, jeśli chodzi o orzecznictwo w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy, to mediator może wkroczyć dopiero po skierowaniu sprawy do sądu.

W ograniczeniu spraw wpływających do sądów lekarskich mogłoby też pomóc wprowadzenie polityki no fault. Niestety, jak zauważa przewodniczący NSL, samorząd lekarski zwraca się do władz państwowych o zmiany legislacyjne w tym zakresie, ale reakcji wciąż nie ma.

– Do nas powinny trafiać sprawy dotyczące naprawdę poważnych przewinień zawodowych. Pyskówki rozwiązujemy gdzie indziej – apeluje z kolei Grzegorz Wrona.

SYSTEM IMI

Jednym z wyzwań, które pojawiło się zaledwie kilka lat temu w biurze NROZ, jest praca związana z obsługą mechanizmu ostrzegawczego funkcjonującego w ramach IMI – systemu, w którym kraje UE wymieniają się informacjami na temat lekarzy, którzy dopuścili się przewinień zawodowych za granicą i zostali za to ukarani karą ograniczenia, zawieszenia lub odebrania PWZ (w państwach członkowskich). Do tej pory wiemy o ok. 60 polskich lekarzach i stomatologach, którzy dopuścili się przewinień zawodowych za granicą, m.in. w Wielkiej Brytanii, krajach skandynawskich czy we Włoszech. Takich przypadków będzie zapewne przybywać.

Czy lekarze ci są równolegle karani w Polsce za przewinieńa popełnione poza granicami naszego kraju? – Zapadł już pierwszy wyrok skazujący, ograniczyliśmy PWZ w Polsce lekarzowi, który nabrał w Anglii. Zaczynamy przecierać ten szlak, ale bardzo brakuje nam prawnego uregulowania wielu kwestii w ustawie o izbach lekarskich – mówi Jacek Miarka. ■

15%

Miej więcej taki odsetek postępowań kończy się uniewinnieniem lekarzy, podobny odsetek spraw jest umarzanych.

**JACEK MIARKA**

przewodniczący NSL

Uważam, że mamy świetnych lekarzy, ale w każdej grupie zawodowej znajdują się tzw. czarne owce, które narażają godność zawodu na wstyd i działają niezgodnie z dobrymi obyczajami. Takie osoby trzeba piętnować, karać, a nawet eliminować ze środowiska.

Moim zdaniem część praktykujących lekarzy w ogóle nie powinna pracować w tym zawodzie. Mamy zły system rekrutacji na studia medyczne, bo skupia się on tylko na weryfikacji wiedzy merytorycznej, a nie są sprawdzane kryteria osobowościowe i psychologiczne. W Australii kandydat na studia medyczne najpierw idzie popracować do szpitala jako sanitariusz. Same zdolności intelektualne, bez pewnych cech charakteru, m.in. skłonności do empatii, nie zrobią z nas dobrego lekarza. To doskonale widać podczas naszych rozpraw. Wiele spraw ma finał

w sądzie lekarskim, bo zabrakło właściwej komunikacji z pacjentem.

Sąd lekarski potrafi być bardzo surowy w stosunku do lekarzy, którzy łamią Kodeks Etyki Lekarskiej. Zdarza się, że zawieszamy prawo wykonywania zawodu i możliwość samodzielnego dyżurowania. Ja dwa razy jako sędzia odebrałem lekarzom PWZ na zawsze, ale jestem przekonany, że postąpiłem słusznie.

Chciałbym też zwrócić uwagę na inną grupę lekarzy w naszym środowisku – tych, którzy zajmują wysokie stanowiska państwowe i zapominają, że w dalszym ciągu są lekarzami i obowiązują ich KEL. To niezwykle przykre. Pierwsze sprawy dotyczące ich działań niezgodnych z kodeksem już trafiają do sądów lekarskich.

Martwią mnie także sytuacje generowane przez obecnie panującą pandemię koronawirusa, które już za moment znajdą odzwierciedlenie w sprawach przed sądami lekarskimi. Wszechobecna telemedycyna nie jest lekiem na całe zło. Uprawianie medycyny przez telefon może się bardzo źle skończyć i takie przypadki już się zdarzają. Rozumiem, że na początku epidemii, gdy brakowało środków ochrony osobistej, ta forma pomocy przeważała, ale najwyższy czas, by z tym skończyć. Pacjent musi mieć możliwość osobistego kontaktu z lekarzem. Ja swojego gabinetu nie zamknąłem na ani jeden dzień. ■

**GRZEGORZ WRONA**Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Kontynuuję pracę, którą rozpocząłem podczas poprzedniej kadencji. NROZ może prowadzić postępowania w pierwszej instancji, ma monopol na postępowania w II instancji, występuje przed Sądem Najwyższym, działa w ramach IMI, sprawuje nadzór nad OROZ. Staram się podołać tym wszystkim wyzwaniom.

To, co bardzo mnie interesuje, to skuteczność wykonywania prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich. Niestety zdarza się, że lekarze nie poddają się zasądzonej karze. Tak być nie może. Izby lekarskie powinny monitorować te kwestie. Od pewnego czasu sygnalizuję podmiotom, które są odpowiedzialne za wykonanie orzeczeń, czyli zwracam się do prezesów ORL, aby zwracali na tę kwestię baczniejszą uwagę. Jeśli prokuratury odkrywają, że lekarz nie poddał się karze zasądzonej przez sąd lekarski, to ma prawo mieć pretensje do samorządu.

W tej kadencji chciałbym rozszerzać współpracę z przedstawicielami innych samorządów zaufania publicznego. W sprawach w zakresie odpowiedzialności zawodowej wzorujemy się na postępowaniach karnych. Dlatego zacieśniam też współpracę z prawniczymi środowiskami naukowymi. Ale w tej współpracy nie chodzi o to, aby nasza strona biernie wsłuchiwała się w to, co mają do powiedzenia prawnicy. Tu chodzi o wzajemną dyskusję i wymianę doświadczeń, bo nasza perspektywa i doświadczenia są cenne dla zawodowych mecenasów.

Czy skutki epidemii SARS-CoV-2 widać w postępowaniach? Powoli zaczynają się pojawiać sprawy z nią związane. Generalnie dotyczą one braku dostępności do leczenia, przez co doszło do uszczerbku na zdrowiu. Trzeba jasno powiedzieć, że telemedycyna, która jest wszechobecna w czasie pandemii, nie może zastąpić osobistego kontaktu z lekarzem. Skutki takich działań będą niestety widoczne w sądach lekarskich. Jaka będzie linia orzecznicza w tym zakresie? Myślę, że to będą sprawy bardzo indywidualne, które będzie trzeba rozpatrywać w odniesieniu do warunków, w jakich musiał pracować lekarz. Jedno jest pewne. Lekarz to zawód, który wiąże się z ryzykiem. Czy w 1963 r. podczas epidemii ospy we Wrocławiu lekarze odeszli od łóżek pacjentów i zamknęli szpitala? ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

WIL a Europejski Egzamin Specjalizacyjny

Wielkopolska Izba Lekarska współorganizowała w Poznaniu lipcowy Europejski Egzamin Specjalizacyjny z radiologii przeprowadzany przez Europejską Radę Radiologiczną (European Board of Radiology). Jak podkreślali lekarze, którzy brali udział w egzaminie, pomoc izby była nieoceniona.

Europejskie Egzaminy Specjalizacyjne, na mocy przepisów, mogą być w Polsce przeprowadzane przez europejskie towarzystwa naukowe i uznawane za równoważne z PES w następujących dziedzinach: radiologii, anestezjologii, urologii, chirurgii klatki piersiowej i okulistyki. ■



gazetalekarska.pl

By oklaski nie umilkły

Medycy z oddaniem opiekują się pacjentami chorymi na COVID-19, ale w ostatnich miesiącach mierzą się nie tylko z wirusem czy brakiem środków ochrony indywidualnej, ale – co jest szczególnie trudne i niesprawiedliwe – ze społecznym ostracyzmem i hejtem.

Dlatego Śląska Izba Lekarska przystąpiła do organizacji koncertu „Zarażeni dobrem – artyści i lekarze w podziękowaniu pracownikom ochrony zdrowia”. Jeśli sytuacja epidemiczna pozwoli, koncert odbędzie się 17 października br. w Operze Śląskiej w Bytomiu, dzięki ogromnej przychylności dyrekcji placówki.

Podczas tego wydarzenia planowane jest wręczenie odznaczeń państwowych, ministerialnych i wojewódzkich najbardziej zasłużonym medykom. – Chcemy wyróżnić tych, którzy swoją postawą w dobie pandemii potwierdzili, że praca z chorym człowiekiem to nie tylko zawód, ale coś więcej – tłumaczy prezes ORL Tadeusz Urban.

Pomysłodawcą inicjatywy jest dr n. med. Wojciech Bichalski, który sam zmagał się z chorobą COVID-19 i jest wdzięczny personelowi medycznemu za opiekę w tym trudnym czasie. ■

Zgłoś problem

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie uruchomiła na swojej stronie internetowej specjalny formularz, za pomocą którego lekarze i lekarze dentyści mogą zgłaszać problemy pojawiające się w pracy w związku z pandemią COVID-19. Izba zachęca także, aby informować o kłopotach w kontaktach z instytucjami, np. sanepidem. ■

Projekt ośrodka szkoleniowego wybrany

Rozstrzygnięto konkurs na projekt architektoniczny Ośrodka Naukowego-Szkoleniowego Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku. Budynek ma powstać u zbiegu ulic Dębinki, Orzeszkowej i Śniadeckich w Gdańsku. Miejsce ma być gotowe za trzy lata.

Zwycięski projekt wyłoniono jednogłośnie. – Zwycięski projekt odwołuje się do okolicznej tradycji, łączy w sobie użyteczność, trwałość i piękno – mówi Monika Arczyńska, sekretarz konkursu architektonicznego. Projekt ośrodka nawiązuje do zabudowy gdańskiej dzielnicy Aniołki. Kompleks ma składać się z dwóch pawilonów otoczonych zielenią. W obiekcie znajdują się: sala na trzysta osób, biblioteka, a także baza noclegowa i gastronomiczna. Koszt inwestycji to ok. 20 mln zł. ■

Wybitny członek ŚIL nie żyje

4 sierpnia zmarł prof. Stanisław Pasyk, znany polski kardiolog, twórca nowoczesnej metody leczenia zawału serca (nazwanej zabrzańską), uznany naukowiec w kraju i za granicą, współtwórca i wieloletni dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii w Zabrze (obecnie Śląskie Centrum Chorób Serca). Był szanowanym nauczycielem akademickim. Miał 89 lat. ■



gazetalekarska.pl

Informator dla lekarzy stażystów

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska opublikowała „Prospekt informacyjny dla lekarzy stażystów na rok 2020/21” – to kompleksowy informator, który ma ułatwić podjęcie decyzji dotyczącej wyboru miejsca odbywania stażu podyplomowego i przyszłych specjalizacji na obszarze działania izby.

W informatorze znalazły się placówki medyczne wraz z opisem dostępnych w nich staży częściowych w ramach stażu podyplomowego oraz informacje na temat możliwości odbywania specjalizacji w danych dziedzinach medycyny. Wymieniono także dodatkowe atuty omawianych szpitali. Opracowanie jest dostępne na stronie internetowej KPOIL. ■



RPL vs ZUS

Rzecznik Praw Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie został dopuszczony do postępowania sądowego dotyczącego składek na ubezpieczenie społeczne z powództwa lekarza przeciwko ZUS. RPL wystąpi po stronie lekarza w charakterze organizacji pozarządowej.

„To kolejny raz, kiedy RPL OIL w Warszawie wystąpi w sprawie w takim charakterze. Na początku tego roku Rzecznik został dopuszczony do postępowania w sprawie przeciwko jednemu z mazowieckich szpitali z powództwa lekarza, któremu wypowiedziano umowę o pracę w ramach rezydentury” – czytamy na stronie internetowej warszawskiej izby. ■

Apel do płocczan

Pod koniec lipca Prezydium ORL w Płocku zaapelowało do mieszkańców Płocka i okolicznych powiatów (obszar terytorialny płockiej izby), aby nie rezygnowali ze stosowania wszystkich zasad zmniejszających ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2. „Apelujemy do Państwa. Utrzymujcie dystans, korzystajcie z maseczek, nie lekceważcie zagrożenia. Wirus jest, zakażeniu ulega coraz więcej z nas. (...) Prosimy, zróbcie wszystko co możecie, aby nie zachorować, a jak to się przydarzy, my będziemy robić wszystko, aby Wam pomóc” – czytamy w dokumencie. ■

Konkurs na kartkę świąteczną

Komisja Kultury działająca przy OIL w Gdańsku organizuje konkurs plastyczny na wykonanie kartki związanej z Bożym Narodzeniem i Nowym Rokiem.

W konkursie mogą wziąć udział dzieci i młodzież (do lat 14), których przynajmniej jeden z rodziców lub opiekunów prawnych jest członkiem gdańskiej izby. Termin nadsyłania prac mija 16 listopada. Kartkę można wykonać dowolną techniką. Dla zwycięzców przewidziano nagrody. ■

W 100. rocznicę śmierci dra Mielęckiego



17 sierpnia odbyły się uroczystości upamiętniające 100. rocznicę bohaterskiej śmierci doktora Andrzeja Mielęckiego i 81. rocznicę śmierci Wojciecha Korfantego. Zorganizowano je w ramach obchodów 100. rocznicy wybuchu II Powstania Śląskiego, pod honorowym patronatem marszałka Województwa Śląskiego i przewodniczącego Sejmiku Województwa Śląskiego.

Współorganizatorem wydarzenia była Śląska Izba Lekarska, która wspólnie z Instytutem Myśli Polskiej im. Wojciecha Korfantego w Katowicach przygotowała symposium, które odbyło się w sali Sejmiku Śląskiego. Podczas tego spotkania wykład wygłosił prof. Zygmunt Woźniczka, dyrektor Instytutu Myśli Polskiej im. W. Korfantego i wiceprzewodniczący Rady Programowej ODH ŚIL oraz

dr Jacek Kozakiewicz, wiceprezes NRL i ORL w Katowicach, przewodniczący RP ODH ŚIL.

W swoim wystąpieniu dr Jacek Kozakiewicz przedstawił sylwetkę Andrzeja Mielęckiego – lekarza, jednego z najbardziej znanych działaczy narodowych Górnego Śląska na początku XX w. i jednego z trzech lekarzy Polaków w Katowicach. Jego śmierć była jedną z przyczyn, które przyspieszyły jego wybuch II Powstania Śląskiego. – Niezależnie od miejsca i grozy wydarzeń zawsze był tam, gdzie ludzie potrzebowali pomocy. Uważał, że posłannictwem lekarza jest ratowanie ludzi, nawet za cenę swojego życia. Niezależnie od tego, kim był pacjent – mówił dr Kozakiewicz o doktorze Mielęckim (pełna treść wystąpienia na www.gazetalekarska.pl).

Podczas sympozjum wyemitowany został film „Lekarze na rzecz niepodległości – wybrane sylwetki bohaterów Powstań Śląskich” wyprodukowany w 2018 r. przez ŚIL.

W ramach obchodów złożono także kwiaty pod obeliskiem upamiętniającym śmierć dr. Andrzeja Mielęckiego, w tym od delegacji Śląskiej Izby Lekarskiej. ■



KRZYSZTOF MADEJ

Ja też bywam miły

Kiedys, dosyć dawno już temu, poszukiwałem na swój prywatny użytek formuły opisowej tego gatunku literackiego, który nazywamy felietonem. Z rozważań tych wyszło mi, że felieton to sztuka kontrolowanego subiektywizmu.

Sztuka tym bardziej szlachetna, im bardziej racjonalnie kontrolowana, jednak nie siląca na tę złudną i przereklamowaną cnotę, jaką niby ma być obiektywizm.

Krytyczny rozum też jest przecież subiektywny, więc pozostajemy w czystości definicji początkowej. Oto autor opisuje „po swojemu” jakiś powszechnie znany opinii publicznej fakt lub proces ogólny i „po swojemu” go analizuje, komentuje i wyciąga z tego, tylko dla siebie swoiste, wnioski. Jak powiedział kiedyś pewien mój guru: „Najcenniejszą cechą polityki jest skuteczność, zaś felietonistyki, oryginalność”. Poczytałem ten wstęp, aby po tym, co napiszę dalej, uprzedzić zarzut, że nie mam racji. Felietonista zawsze ma rację. Swoją! Czasami, choć rzadziej, przedmiotem zainteresowania felietonisty może być inny, cudzy felieton. Pewnie dlatego, że w tych „obcych” komentarzach też przeglądają się prawidłowości życia zbiorowego. Tak też będzie i tym razem.

Duże wrażenie zrobił na mnie w ostatnim czasie felieton „To nie jest dobry kraj dla starych ludzi” pani Moniki Płatek, opublikowany w „Wysokich Obcasach”, weekendowym dodatku do „Gazety Wyborczej” z 8 sierpnia br.

Ponieważ dla czytelników „Gazety Lekarskiej” lektura i jeszcze, na dokładkę, zapamiętywanie ulotnej felietonistyki z przytoczonej gazety nie jest chyba praktyką powszechnie uprawianą, zmuszony jestem na skróty (i bardzo przepraszam! – subiektywne) streszczenie.

Pani Monika Płatek jest profesorem prawa z Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, specjalistką od prawa karnego, lecz tym razem nie zajmuje uwagi czytelników polityką karną w stosunku do fachowych pracowników systemu ochrony zdrowia w związku z wykonywaniem czynności zawodowych, lecz ochroną zdrowia w ogólności (i polityką). Tymi pierwszymi zagadnieniami zajmuje się aktualnie minister Zbigniew Ziobro.

Otóż pewna emerytka udała się do lokalu wyborczego i zagłosowała na pana Andrzeja Dudę. W dniu po wyborach, tak się złożyło, miała wizytę u ortopedki (w oryginale zastosowana jest trudna do wyjaśnienia męska forma tej specjalności lekarskiej: „u ortopedy”). Zestawienie dat wyborów i wizyty u lekarki daje czytelnikowi do myślenia. Można bowiem zadać sobie w duchu pytanie, czy gdyby kolejność była odwrotna i po tym, co się później wydarzyło, nasza emerytka nie zagłosowałaby czasami na pana Rafała Trzaskowskiego. Autorka jednak sugeruje, że pomimo późniejszych traumatycznych przeżyć emerytka najprawdopodobniej pozostanie w przekonaniu, że zrobiła dobrze, bo od Prezydenta Andrzeja Dudy dostała trzynastą emeryturę i przecież trzeba było jakoś podziękować.

Lekarka była miła i zmartwiona, stwierdziła, że trzeba zrobić rezonans magnetyczny i nawet wydała skierowanie. To dowód szczególnie dobrej woli (szczególnie to zmartwienie). Mogła przecież nie wystawić skierowania. Rezonans magnetyczny to badanie drogie i nie tak powszechnie dostępne jak zmierzenie ciśnienia czy włożenie szpatułki do ust i powiedzenie aaaaa... Niestety lekarka okazała się osobą niezbyt umysłowo rozgarniętą, bo udzieliła emerytce reprimendy, dlaczego tak późno zgłosiła się na badanie. Dopiero chora

“

Najczęściej liczy się tylko przypisanie do kategorii „my” i „oni” w myśl suflowanych przez politykę czystą poglądów i postaw.

musiała ją poinformować, że przecież czekała na wizytę pół roku i był to pierwszy możliwy termin. Trudno, przejdźmy nad tym lekko, termin i tak był niezły, a nie każdy charakteryzuje się odpowiednią żwawością umysłową, aby rozumieć, co dzieje się w systemie ochrony zdrowia, a lekarze w opinii publicznej wydają się w tym względzie szczególnie upośledzeni.

To bycie miłym to szczególnie ciekawa figura stosunków międzyludzkich w systemie ochrony zdrowia. Bycie miłym jest szczególnie miłe, gdy można wykazać się wysoką wiedzą i dobrą wolą, nie biorąc zupełnie odpowiedzialności za realizację swoich porad. Ja też bywam miły, gdy mogę życzliwie doradzić i nie brać odpowiedzialności za realizację spraw, na które kompletnie nie mam wpływu, a staję się nie-miły i denerwuję się w sposób widoczny, gdy oczekuje się ode mnie rzeczy, których nie mogę, choćbym chciał, przezwalczyć. Mówię pacjentowi: „Proszę pana, trzeba się poddać pilnej operacji”. „To gdzie ja mam pójść?” „Proszę pana, nie ma teraz rejonizacji, proszę sobie wybrać szpital i tam się zgłosić, wszystkie szpitale stoją dla pana otworem” – szeroko uśmiechnięty oczekuję wyrazu satysfakcji na obliczu pacjenta, że istotny dla niego problem tak łatwo został rozwiązany.

Wspomniana lekarka zawyrokowała też, że trzeba natychmiast rozpocząć rehabilitację. W przeciwnym razie nasza emerytka za pół roku nie będzie już chodzić. Uzyskanie badania i rozpoczęcie rehabilitacji w ramach ubezpieczenia w tak krótkim czasie okazało się niemożliwe. Skracając, rezonans magnetyczny został wykonany w trybie pilnym odpłatnie za, jak to napisano, dudowe grosiki, na komercyjną rehabilitację emerytki już stać nie było. I teraz pointa (każdy felieton musi mieć pointę, ja o swojej myślę już od tej chwili). Pośród opisu licznych korowodów, które doprowadziły do konstatacji, że w tak krótkim terminie nie da się załatwić potrzebnego leczenia w publicznej ochronie zdrowia, nasza emerytka w radio

(a nie w telewizji) usłyszała, że państwo (czytaj rządzący) przeznaczyło 10 mld zł na dofinansowanie telewizji, a 70 mln na wybory, a nie na jej rehabilitację.

Tu znowu czytelnik może zadać sobie pytanie, w duchu oczywiście, nigdy publicznie: czy gdyby rządziła inna formacja polityczna, to te 10 mld i 70 mln zasiliłoby 108,929 mld budżet NFZ-u? Ponieważ odpowiedź na to pytanie jest niezwykle trudna, nasza emerytka pozostała w rozdarciu, nie wiedząc, czy ze swoją chorobą wpadła w pułapkę, czy sama pomogła ją stworzyć, głosując tak, jak głosowała. Dla czytelnika felietonu jedno podejrzenie zdaje się czaić w podtekście, że pomiędzy etiopatogenezą rozwoju zmian zwyrodnieniowych w obrębie stawów biodrowych, taktyką postępowania diagnostycznego i sposobami leczenia tychże procesów a życiem politycznym i polityką budżetową państwa, istnieje jakieś tajemnicze *iunctim*. Aha, i jeszcze jedno: że nie jest to dobry kraj dla starych ludzi.

Dlaczego ten felieton wywarł na mnie takie wrażenie? Bo jest on klasycznym przykładem myślenia o systemie zabezpieczenia zdrowotnego obywateli w najprostszych, prymitywnych kategoriach walki politycznej w podzielonym na pół (rozczwartowanym na pół, jak mawiał pewien mędrzec) naszym społeczeństwie.

Jest w naszym myśleniu zbiorowym takie marzenie i taki mit, że skoro zdrowie jednostkowe i zdrowie publiczne są tak ważne i tak, z natury rzeczy, apolityczne, to prace nad organizacyjnym kształtem jego zabezpieczania powinny odbywać się na płaszczyźnie apolitycznej, z definicji. Na gruncie tego mitu budowana jest utopia, że oto politycy różnych opcji siadają zgodnie przy jednym stole i w pocie czoła, w pokorze dla różnych stanowisk pracują nad zażegnaniem problemu społecznego, jakim jest lęk przed nieuzyskaniem pomocy lekarskiej w chwili kryzysu zdrowotnego, powstrzymując się od okrzyków typu: „ja panu/pani nie przerywałem/am”, „niech pan/pani nie kłamie”, „jest pan nazistą”, „jest pani komunistką”, „nie będziecie nam tu za pieniądze Sorosa lub Putina robić tego czy tamtego”. Tu mógłbym przytoczyć wiele fraz z debat publicznych (nad ochroną zdrowia też), ale mogę być nie na bieżąco, nie wiem, które słowa mogą być teraz zakazane, więc nie chcę ryzykować narażaniem się na odpowiedzialność karną lub, w najlepszym wypadku, na obicie gęby. Powstrzymam się więc od okraszania tego felietonu egzotycznymi ozdobnikami.

Sam nieraz dawałem wyraz takiemu przekonaniu, choć ostatnio porzuciłem ten naiwny optymizm. Zrozumiałem bowiem, że politycy to są specjaliści od upolityczniania wszystkiego i ich celem nie jest rozwiązywanie problemów społecznych, tylko wygrywanie wyborów na następną kadencję. Trudno się temu zresztą dziwić. Wyobraźmy sobie, że wszystkie ugrupowania polityczne opowiadają się za jednym programem reformatorskim i jednogłośnie głosują za ich legislacyjną konkretyzacją. Biedny wyborca nie miałby przesłanek do opowiedzenia się za tym czy tamtym. Mógłby w ogóle zaniechać głosowania, bo i po co, skoro sprawy układają się zgodnie i bez późniejszego ich podważania. A więc nie masz nadziei? Chyba tak, bo w moim przekonaniu jest gorzej niż źle. Otóż szał bitewny ogarnął nas tak szeroko, że wielu z nas dało się namówić na udział w politycznej młócce. My to my, „pół bidy”, szarzy obywatele, chcielibyśmy dobrze zarabiać i cześć. Do parlamentu i tak nie wejdziemy, bo tam za mało miejsca dla nas wszystkich. Ale niepokojące jest to, że kręgi akademickie, media, sfery świata kultury, są zupełnie nieprzydatne dla debaty nad kształtem organizacyjnym systemu ochrony zdrowia. Najczęściej liczy się tylko przypisanie do kategorii „my” i „oni” w myśl suflowanych przez politykę czystą poglądów i postaw. Profesura medyczna, prawnicza i ekonomiczna, tak potencjalnie cenna dla nowej myśli reformatorskiej, jakoś nie jest zainteresowana tymi zagadnieniami. Jeśli chodzi o medycynę (z mojej strony tylko o medycynę), ma rację nasza felietonistka: to nie jest dobry kraj dla starych ludzi. To nie jest dobry kraj dla ludzi w średnim wieku. I dla dzieci też. To nie jest też dobry kraj dla felietonistów, bo sam nie wiem, czy wpadłem w pułapkę, wierząc w utopię apolitycznego porozumienia dla ochrony zdrowia, czy pomagam ją tworzyć, głosząc takie herezje. ■

GŁOS CZYTELNIKÓW

Powstanie Warszawskie

C

chciałabym się odnieść do artykułu zamieszczonego w „Gazecie Lekarskiej” nr 7-8/2020 pt. „Nadeszła wojna”, w dużej części poświęconego udziałowi lekarzy w Powstaniu Warszawskim. Byłam uczestniczką tych wydarzeń.

W artykule wspomniano o wybitnym radiologu doc. Witoldzie Zawadowskim, o tym, że uruchomił w swoim domu pracownię radiologiczną dla powstańców i ludności cywilnej. Znam szczegóły tej historii. Godzina „W” zaskoczyła doc. Zawadowskiego w jego gabinecie, którego zapleczem był zakład rentgenowski, nie zdążył więc dotrzeć do swojego mieszkania na Żoliborzu. W tym zakładzie stworzył pracownię radiologiczną.

Punkt opatrunkowy, do którego dotarłam, mieścił się na Hożej 53 u Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi. Później został przeniesiony na ul. Poznańską 11 do biur PZU i szybko przerodził się w regularny szpital. Było to możliwe dzięki wspaniałej obsadzie chirurgicznej i właśnie dzięki temu, że w pobliżu mieścił się zakład radiologiczny doc. Zawadowskiego. Udostępnił on szpitalowi nie tylko swoją aparaturę, ale oddał się do dyspozycji komendanta szpitala prof. Edwarda Dreschera, ps. „Bogusz”.

Prąd, który był potrzebny do badań rentgenowskich, pochodził z okolicznej mleczarni, w której był agregat zasilający wytwórnię granatów, a okresowo także zakład rentgenowski. Całe powstanie, nie licząc dwóch krótkich wyjść, spędziłam na Poznańskiej 11. Wyposażenie po części pochodziło ze szpitala Świętego Józefa, częściowo z apteki „Pod Aniołem”, która mieściła się również na ul. Hożej. Bez chwili wytchnienia była pielęgnarska, ciężka praca, zajmowanie się rannymi, asystowanie przy operacjach.

Prof. Edward Drescher, który przeżył powstanie, opisał działalność szpitala w „Wojskowym Przeglądzie Historycznym” nr 2 z 1967 r. (s. 458). O tym szpitalu pisał też w swoim pamiętniku opublikowanym przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie dr Jan Walc.

W powstaniu uczestniczyła także moja siostra, która w godzinie „W” była na Starówce. Do mnie zawiadomienie o moim przydziale nie dotarło, dlatego dołączyłam do czołówki sanitarnej u Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi na Hożej 53, a więc tam, gdzie obie mieszkaliśmy. Dramatyczną sytuacją z tego okresu było zatrucie wermutem zdobytym przez oddział na ul. Żulińskiego z odbitej restauracji. Nie wiem, czy Niemcy truli alkohol dla Polaków, czy Polacy dla Niemców. W każdym razie, chłopcy przynieśli zdobyczny trunek, a ponieważ była jedna butelka, którą trudno było im podzielić między siebie, dowódca pogodził ich, biorąc butelkę ze sobą. Poprosił do siebie swojego zastępcę i trzy łączniczki. Wypili może po kieliszku tego trunku, w ciągu dwóch dni cała piątka zmarła.

Nasz kolega, lekarz internista, zabrał wermut do szpitala z myślą o tym, że kiedy skończy się powstanie, to może uda się zidentyfikować truciznę. Wstawił go między inne butelki i zapomniał o nim. Któregoś dnia, po ciężkim nalocie, wziął wermut, żeby wspomóc kolegów, którzy przez cały dzień i noc pod kontrolą rentgena u doc. Zawadowskiego usuwali odłamki i opatrywali rannych. Pczęsto- wał zespół operacyjny i następnego dnia wszyscy byli chorzy. Ledwo uszli z życiem, a pełen rannych szpital został bez chirurgów.

Przez główny punkt opatrunkowy (GPO), przekształcony w Szpital Zgrupowania Zaręba „Piorun” na Poznańskiej 11 przeszło 1000-1500 rannych. Wielu z nich dotarło tu po upadku Starówki i wtedy dowiedziałam się, co się dzieje z moją siostrą. Wyszła z ludnością cywilną ze Starówki i nie dotarła do kanałów. Po upadku powstania wyjechałam z Warszawy pierwszym transportem ciężko rannych do obozu, najpierw w Altengrabow, później w Oberlangen. Pracowałam tam na przedobozie, gdzie znajdował się szpital. Oswobodził nas 2. pułk Dywizji Pancernej gen. Stanisława Maczka. Potem pracowałam w szpitalu w Meppen. To był UNRA szpital z polsko-węgierską obsadą. Stamtąd przeszłam do Polskiego Szpitala Chirurgicznego, również w Meppen. W maju 1947 r. wróciłam do Polski, a potem zaczęłam studia w 1948 r. w Łodzi i na piąty rok przeniósłam się do Szczecina, ponieważ mąż dostał nakaz pracy. Nie wróciłam już do Warszawy. Nie chciałam. To było zbyt bolesne. ■



„GL” nr 7-8/2020

Doktor Amelia Korycka ze Szczecina, lat 94,
uczestniczka Powstania Warszawskiego, pseudonim „Mela”
(oprac. LK)

LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE

Naznaczeni przez wojnę

Wraz z inwazją Niemiec na Polskę w 1939 r. nikt nie był w stanie przewidzieć, jak długo kraj będzie okupowany i jakie będą konsekwencje tej sytuacji. W tych okolicznościach ponad dwunastotysięczna społeczność lekarska również nie wiedziała, jak potoczą się jej losy. Przyszłość okazała się niezwykle okrutna.

Lekarze byli rozstrzeliwani, więzieni w obozach, ginęli na frontach. Wielu, mimo zagrożenia, działało w podziemiu. Aż 39 proc. spośród nich straciło życie. Jednak niezależnie od okoliczności nigdy nie zapominali o tym, że są lekarzami i nie przestawali leczyć.

PAWIAK

Wraz z likwidacją samorządu lekarskiego przez Niemców jego członkowie szukali dla siebie miejsca w nowej rzeczywistości, które pozwalałoby im nadal wykonywać swój zawód. Wśród nich był prof. Mieczysław Michałowicz, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej w latach 1935-1939 i ówczesny dyrektor Szpitala Dziecięcego przy ul. Litewskiej w Warszawie. W listopadzie 1939 r. został on jednak aresztowany i trafił do więzienia przy ul. Pawiej, czyli na tzw. Pawiak.

Profesor był osobistością nie tylko w świecie medycznym, ale również w polityce (były senator, prezes przedwojennego Stronnictwa Demokratycznego), więc podlegał ścisłej inwigilacji. Niemcom chodziło nie tylko o niestosowanie się do nakazów okupanta (w szpitalu, którym kierował, udzielano pomocy medycznej żydowskim dzieciom), ale o jego polityczną przeszłość. Obracał się w sferach



Operacja w Szpitalu Ujazdowskim (czasy okupacji)

rządowych i znał nazwiska osób ze świata polityki.

Od początku też uczestniczył w spotkaniach konspiracyjnego Politycznego Komitetu Porozumiewawczego Polski Podziemnej. Miał opinię człowieka niepokornego, niezłomnego i odważnego. Osadzony z nim w jednej celi Adam Grzymała-Siedlecki, znany pisarz i krytyk teatralny, wspominał w swoich pamiętnikach, że profesor wraz z innym więźniem (o nazwisku Kruk-Strzelecki) zostali zabrani na przesłuchania w Alei Szucha w pierwszej kolejności. Odesłano ich do cel dopiero po 20 godzinach, wycieńczonych, brudnych,



Wraz z likwidacją samorządu lekarskiego przez Niemców jego członkowie szukali dla siebie w nowej rzeczywistości miejsca, które pozwalałoby im nadal wykonywać zawód.

wyczerpanych psychicznie. Mimo to profesor codziennie wygłaszał dla współwięźniów prelekcje, nawet wtedy, gdy zapadł na różę i miał wysoką gorączkę. Pisał też na papierze



higienicznym rozpoczętą przed wojną pracę o fizjologii i patologii dziecka. Mówił, że chce się w ten sposób upewnić, że Pawiak go nie zjada.

Obozowe losy dzielił z innymi tużami medycyny, m.in. z lekarzem wojuskowym mjr. Stanisławem Konopką związanym ze Szpitalem Ujazdowskim, Szkołą Podchorążych Rezerwy i unikatową wówczas na skalę europejską Biblioteką Lekarską, którą stworzył, dając podwaliny obecnej Głównej Biblioteki Lekarskiej. Ich losy splotyły się raz jeszcze – w obozie na Majdanku.

MAJDANEK

Kiedy do obozu zagłady na Majdanku przywieźli prof. Michałowicza, dr Konopka już tam był i pracował w tamtejszym szpitalu. Lekarze na Majdanku mieli opracowany własny system pomocy więźniom, dzięki któremu wielu z nich uniknęło komory gazowej. System ten zastosowali także wobec prof. Michałowicza. Uznali, że jest chory i skierowali go na blok 5 rewiru chorób wewnętrznych, pod opiekę doktora

Jana Nowaka, absolwenta Uniwersytetu Jagiellońskiego, co miało go uchronić przed gazem.

Wkrótce okazało się, że w obozie jest więcej lekarzy, którzy znają profesora. Doktor Stefania Perzanowska była jego studentką na Uniwersytecie Warszawskim, a na Majdanku kierowała rewirem dla kobiet. Dowiedziawszy się, że w obozie jest Michałowicz, zainicjowała spotkanie, zlecając konsultację dla jednej z chorych kobiet. W swoich wspomnieniach opisał to spotkanie tak: „Ten ogromny mężczyzna był teraz tak wychudzony, że trudno go było rozpoznać, w tej chudości wydawał się jeszcze wyższy, twarz miał wydłużoną i bladą, a mimo to emanowała z niego vitalność i optymizm, którym zarażał współwięźniów”.

Jednak to był początek pobytu na Majdanku. Później, kiedy zachorował na dur wysypkowy, przypominał szkielet obciążony skórą, ale udało mu się pokonać chorobę. Za zgodą esesmanów prowadził w baraku dla więźniów wykłady po niemiecku z zakresu różnych dziedzin



medycyny. Profesor, jako jeden z nielicznych więźniów lekarzy, przeżył obóz na Majdanku. Przetrwali także Stanisław Konopka i Stefania Perzanowska.

1. Władysław Fejkiel
(fotografia obozowa)

2. Stefania Perzanowska,
czasy powojenne

GROSS-ROSEN

Zanim jednak skończyła się ich gehenna, przeszli jeszcze przez obóz w Gross-Rosen, gdzie ich przetransportowano. Był rok 1944, zbliżał się front wschodni i Niemcy zacierali ślady zbrodni popełnianych na Majdanku. Opisując drogę męskiego personelu medycznego z Majdanka do Gross-Rosen, Stanisław Konopka wspominał: „Zostaliśmy włączeni do jednego z ostatnich transportów więźniów opuszczających Majdank. Był marzec i padał deszcz ze śniegiem, szliśmy w grząskim, marznącym błocie, w którym profesor Michałowicz zgubił najpierw jeden, a potem drugi drewniak i szedł boso. Pakowano nas do wagonów po 30-40 osób, gdzie z drewnianych ram opasanych siatką

“

Lekarze ginęli także z rąk sowieckich oprawców. W 1940 r. stracili życie: płk dr Roch Brzesko, doc. Karol Chodkowski z Uniwersytetu Warszawskiego, doc. Chrzanowski z Uniwersytetu Wileńskiego, prof. Włodzimierz Józef Godłowski z Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, dr Witold Mitkuś (ordynator Oddziału Psychiatrycznego CWSan), płk dr Jan Nelken (kierownik naukowy Oddziału Psychiatrycznego CWSan), prof. Stefan Kazimierz Pieńkowski z Uniwersytetu Jagiellońskiego, płk dr Jan Załuska (lekarz naczelny I Korpusu Polskiego w Rosji, kawaler Orderu Virtuti Militari), prof. Marcin Zieliński oraz doc. Tadeusz Żuralski (obaj z Uniwersytetu Poznańskiego) i wielu innych.

Już w pierwszych dniach wojny we wrześniu 1939 r. personel sanitarny zdał swój bojowy egzamin, pełniąc służbę w szpitalach i punktach sanitarnych. Tworzyli go m.in.: płk prof. Edward Loth, płk dr Leon Strehl, płk prof. Teofil Kucharski, gen. dr Mieczysław Kowalski, gen. bryg. dr Witold Hercdyński, płk dr Zygmunt Gilewicz, płk doc. Tadeusz Bętkowski, gen. dr Stefan Tarnawski, kpt. dr Jerzy Dreyza, dr Zbigniew Dworak, dr Henryk Gnoiński, prof. Józef Grzybowski, prof. Jan Kretoński, dr Jan Lipiński, ppłk Stanisław Lipkowski, dr Julian Majkowski, prof. Leon Edward Manteuffel, mjr dr Mieczysław Naramowski, prof. Witold Orłowski, dr Józef Marian Piasiecki, prof. Jan Szrnurło, mjr dr Szczepan Wacek, prof. Zbigniew Woźniowski, prof. Jan Zaorski, prof. Janusz Zeyland i wielu innych.

z drutem kolczastym utworzono dla nas klatki. Podróż trwała cztery dni i noce, zanim dojechaliśmy do celu, jakim był obóz koncentracyjny Gross-Rosen”.

Tym samym transportem trafił tu lekarz Jan Nowak, który dyskretnie sprawował pieczę nad 70-letnim profesorem. Jego współwięźniami byli też lekarze: Romuald Sztaba, Antoni Mianowski, Tadeusz Kosibowicz, Witold Kopczyński, Włodzimierz Doktor i ftyzjatra z Zakopanego – Ludwik Fischer. O obozowym rewirze w Gross-Rosen niewiele wiadomo, ale doktor Fischer został zapamiętany jako ten, który przeprowadzał odmy.

Sytuacja lekarzy przywiezionych z Majdanka była trudna, gdyż w nowym miejscu panował twardy reżim. Głód i warunki stawały się nie do zniesienia, mimo to lekarze starali się najstarszym i chorym więźniom

zapewnić opiekę medyczną. Doktor Fischer znał się na leczeniu gruźlicy i przekonał gestapowców, że warto leczyć więźniów, gdyż stanowią siłę roboczą, której pod koniec wojny w obozach zagłady zaczynało brakować. Wiosną 1945 r. wraz z innymi lekarzami trafił do Litomierzyc w Czechach. W tym transporcie byli także Stanisław Konopka i prof. Mieczysław Michałowicz.

AUSCHWITZ

Głównym celem nazistów było całkowite wyniszczenie więźniów obozów koncentracyjnych jako istot „niegodnych życia”. Ofiarami byli głównie Polacy i Żydzi. Dr Władysław Fejkiel był jednym z pierwszych, którzy trafili do KL Auschwitz. Miał wówczas 29 lat i był początkującym lekarzem (studiował na Wydziale Lekarskim UJK we Lwowie). Przydzielono go do noszenia cegieł, ale nawet w takich warunkach nie przestawał być lekarzem. Na podstawie obserwowanych objawów u współwięźniów opisał chorobę głodową, nie wiedząc jeszcze wtedy, że w przyszłości stanie się specjalistą w tej dziedzinie. Opisał ją tak: „Jesienią 1940 r. w Auschwitz było pięć tys. więźniów, a obozowy szpital liczył zaledwie kilkaset miejsc. Następstwem głodu, oprócz obrzęków twarzy, kończyn, pośladków była biegunka, którą leczono 1-2 tabletkami węglą. Były dni, kiedy dziennie z tego powodu umierało 90 osób”.

Opisał też w swoich wspomnieniach, jak choroba głodowa wpływała na psychikę więźniów. Byli ośpiali, zobojętniali, spowolnieni, wyłączeni z jakiegokolwiek więzi społecznej. W gwarze więziennej nazywano ich „mużułmanami”, ponieważ kiwające się postacie wyglądały, jak



podczas modlitwy. Zdaniem dr. Fejkiela głodzenie więźniów było wyrażone systemem opracowanym w berlińskiej centrali SS, który miał systematycznie niszczyć ludzi i pozbawiać ich godności i zdolności do stawiania oporu. Kiedy sam u siebie rozpoznał objawy choroby głodowej, zrozumiał, że zostało mu niewiele życia. Upadł i gdyby nie współwięźni, który go wziął na plecy i zaniósł do obozowego szpitala, już by się nie podniósł. Lekarz SS kazał go przyjąć i dzięki temu przeżył. Został już w szpitalu, lecząc innych więźniów.

Niemcy uśmiercali chorych fenolem i gazem. Tak zginął dr Jerzy Bujalski, specjalista chirurg ginekolog, działacz samorządowy, pełniący przed wojną funkcję prezesa Zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, minister zdrowia publicznego w 1923 r. i naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej.

Prof. Edward Loth podczas tajnego wykładu w Szkole Zaorskiego

“

Głód i warunki stawały się nie do zniesienia, mimo to lekarze starali się najstarszym i chorym więźniom zapewnić opiekę medyczną.

KONSPIRACJA

Wielu lekarzom w czasie wojny udało się jednak uniknąć obozów zagłady. Pracowali w szpitalach i innych placówkach medycznych, niosąc pomoc mieszkańcom okupowanego kraju i angażując się w działalność konspiracyjną. Kapitan dr Cyprian Sadowski, jako absolwent Szkoły Podchorążych, przed wojną był związany ze Szpitalem Ujazdowskim w Warszawie i z tego miejsca w 1939 r. trafił na front. Po powrocie wrócił do stolicy, ale by uniknąć niewoli, zdjął mundur i zatrudnił się w Szpitalu Okręgowym przy ul. 6 Sierpnia, którego komendantem był wówczas płk. prof. Edward Loth, postać niezwykła jako naukowiec, lekarz, żołnierz, a także jako człowiek – dowcipny, błyskotliwy, przyjacielski.

Drogę lekarza żołnierza wytyczyła u niego I wojna światowa. W 1917 r., jako lekarz pułkowy, oficer II Brygady Legionów, otrzymał powołanie na stanowisko szefa Sanitarnego przy Inspektoracie Wyszkożenia Armii Polskiej, a rok później na zastępcę szefa departamentu sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych. Równocześnie od 1915 r. wspólnie z rektorem odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego, prof. Józefem Brudzińskim, organizował nauczanie medycyny, obejmując stanowisko kierownika Zakładu Anatomii Prawidłowej Wydziału

“

Kiedy sam u siebie rozpoznał objawy choroby głodowej, zrozumiał, że zostało mu niewiele życia.

Lekarskiego. Po zakończeniu działań wojennych w 1939 r. przebywał w obozie jenieckim w Zbarażu, skąd trafił do Tarnopola. Szczęśliwie mieszkał tam i praktykował jego wuj Wilhelm Marienstrass, także lekarz i oficer w Wojsku Polskim. Dzięki pomocy wuja zdobył cywilne ubranie i uciekł z transportu (prawdopodobnie do Katynia). Ucieczka powiodła się i z początkiem 1940 r. dotarł do Warszawy.

Już w pierwszych miesiącach okupacji utworzył w stolicy Zakład Przeszkolenia Inwalidów, mieszczący się na terenie Szpitala Ujazdowskiego, w którym rehabilitowano polskich żołnierzy rannych w kampanii wrześniowej. W tym samym okresie kierował Państwową Wytwórnią Protez przy ul. Kujawskiej 1. Zginął 15 sierpnia w powstaniu warszawskim. Z jego losami splatały się losy innych lekarzy. Dr Hannę

Dokonano także masowej zbrodni na 25 profesorach uczelni lwowskich. Zginęli wybitni lekarze: prof. Antoni Cieszyński – stomatolog, prof. Władysław Dobrzański – ordynator Oddziału Chirurgicznego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie, prof. Jan Grek z Kliniki Chorób Wewnętrznych, doc. Jerzy Grzedziński – kierownik Kliniki Okulistycznej, prof. Henryk Hilarowicz z Kliniki Chirurgicznej, prof. Edward Homerski – kierownik Katedry Chorób Zakaźnych, doc. Stanisław Mączkowski – ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie, prof. Witold Nowicki – kierownik Katedry Anatomii Patologicznej, prof. Tadeusz Ostrowski – kierownik Kliniki Chirurgicznej, prof. Stanisław Progulski z Kliniki Pediatrii, prof. Roman Renccki – kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, dr Stanisław Ruff – ordynator Oddziału Chirurgicznego Szpitala Żydowskiego we Lwowie, prof. Adam Sołowij – emerytowany profesor ginekolog, prof. Włodzimierz Sieradzki – kierownik Katedry Medycyny Sądowej, prof. dr Tadeusz Boy-Żeleński – ginekolog, pisarz i publicysta.

Odrawąż-Szukiewicz zaraził zamiłowaniem do anatomii, która później stała się pasją jej życia. Z jego otoczenia niewielu lekarzy przeżyło wojnę, wśród nich byli profesorowie: Leon Manteuffel i Michał Reich. Profesor miał syna Felicjana Lotha, chirurga i traumatologa, którego za działalność konspiracyjną osadzono na Pawiaku. Dzięki pomocy podziemia przeżył więzienie, a nawet w 1944 r. udało mu się stamtąd wyjść, skąd trafił prosto na front powstania warszawskiego. Przetrwał. Kierujący konspiracyjną komórką na Pawiaku dr Zygmunt Śliwicki w swoich wspomnieniach ocenił jego rolę w tym czasie tak: „odważnie i z dużym poświęceniem pracował w więziennej siatce konspiracyjnej, a przecież «żył na kredyt», bo widziałem w kancelarii gestapowskiej jego kartę z wyrokiem śmierci”. ■

“

Mordowano też uczonych, wśród których znajdowali się wybitni lekarze: doc. Eugeniusz Brzezicki – neurolog i psychiatra, prof. Stanisław Ciechanowski – anatomopatolog, prof. Henryk Hoyer – anatom, były rektor UJ, doc. Józef Hano – farmakolog, prof. Józef Kostrzewski – specjalista chorób zakaźnych, prof. Marek Gatty – farmaceuta, prof. Ksawery Lewkowicz – pediatra, członek PAU, prof. Kazimierz Majewski – okulista, prof. Stanisław Maziarski – histolog, członek PAU i były rektor UJ, prof. Jan Miodyński – laryngolog, prof. Aleksander Oszacki – internista, prof. Kazimierz Stołyhwo – antropolog, prof. Janusz Supniewski – farmakolog, prof. Władysław Szumowski – historyk medycyny, członek PAU, doc. Leon Tochowicz – internista, prof. Tadeusz Tempka – internista, prof. Leon Wachholz – specjalista medycyny sądowej, były wiceprezes Niemieckiego Towarzystwa Sądowo-Lekarskiego, prof. Franciszek Walter – dermatolog, prof. Janu-ary Zubrzycki – ginekolog.

Źródła:

„Polska służba zdrowia w powstaniach narodowych 1974-1944”, Witold Lisowski
„Lekarzy losy Wojenne”, Zygmunt Wiśniewski
„Okupacja i medycyna”, praca zbiorowa

Pandemia w Polsce

Zespół do spraw opracowania strategii działań związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19 został powołany 20 lipca na mocy zarządzenia ministra zdrowia (przewodniczący – wiceminister zdrowia Waldemar Kraska, wiceprzewodniczący – konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych prof. Andrzej Horban).

W jego skład weszli przedstawiciele MZ, MSWiA, MON, NIZP-PZH, NFZ, GIS, AOTMiT oraz trzech krajowych konsultantów w dziedzinach: chorób zakaźnych, anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny rodzinnej. Prace zespołu rozpoczęły się jeszcze w czasie, gdy na czele resortu stał Łukasz Szumowski. Kilka tygodni temu w ramach specjalnego zespołu powołano pięć podzespołów, które pracowały nad przygotowaniem wytycznych w wybranych zagadnieniach:



testowanie osób pod kątem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2



analiza standardów międzynarodowych związanych ze zwalczaniem COVID-19



ocena przygotowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą i innych placówek oraz służb do walki z COVID-19



analiza dotychczasowego przygotowania i funkcjonowania zakaźnych szpitali jednoimiennych oraz opracowanie strategii działania zakaźnych szpitali jednoimiennych



opracowanie strategii postępowania ze zwiększoną zachorowalnością na gripę, w szczególności w zakresie jej testowania i poziomu wyszczepialności społeczeństwa

Tak wyglądała sytuacja na początku miesiąca

18 834

aktualna liczba chorych

2058

liczba przypadków śmiertelnych

47 030

liczba osób, które wyzdrowiały

67 922

liczba zakażeń od 4 marca

(dane MZ, aktualne na 1 września 2020 r. g. 10.00)



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Co będzie jesienią?

Opinie, że jesteśmy dobrze przygotowani do walki z pandemią i jesienią wszystko będzie pod kontrolą, należy traktować z dużą rezerwą bez względu na to, kto je wypowiada – ceniony polityk, bardzo ważny urzędnik, szef placówki medycznej czy znany publicysta.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL



2,6 MLN

– tyle osób
przebadano
w Polsce pod kątem
koronawirusa do
końca sierpnia
(dane MZ)

To, że czeka nas jesień z koronawirusem, jest pewne. Nie sposób jednak dokładnie przewidzieć jak przebiegać będzie pandemia COVID-19. Rosną zapasy „amunicji” i przybywa „karabinów”, którymi coraz celniej razimy „wroga”, ale przecież nie dysponujemy „bronią masowego rażenia”. Nie ma jej nikt na świecie.

Optymizmem napawa fakt, że wie-
dza, jak skutecznie chronić się przed
SARS-CoV-2, jest znacznie bardziej

powszechna niż na początku marca, kiedy został potwierdzony pierwszy przypadek zakażenia w Polsce. – Personel, który pracuje z chorymi na koronawirusa, nabrał sporego doświadczenia – przyznaje Mateusz Iżakowski, rzecznik Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie. Jeszcze w czasie wakacji, za sprawą pobicia rekordów nowych przypadków zakażeń (w sierpniu kilkakrotnie przekroczyły one 900 w ciągu doby), wzmożła się dyskusja o stanie przygotowań na jesień z pandemią. Niepokój pogłębiło odejście ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego i wiceministra Janusza Cieszyńskiego, czyli dwóch najważniejszych osób w resorcie odpowiadających za zarządzanie walką z COVID-19.

WIĘKSZA ROLA POZ

Minister Łukasz Szumowski uspokajał, że zespół pracujący w resorcie przygotował rekomendacje na kolejne tygodnie, a strategia wkrótce zostanie przełożona na akty prawne. Na czele tego zespołu stanął wiceminister zdrowia Waldemar Kraska, a jego wiceprzewodniczącym jest krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych prof. Andrzej Horban. – Oczekiwania na decyzje nowego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia są ogromne, bo zbliża się sezon grypowo-covidowy – przyznaje dr Paweł Grzesiowski, prezes Fundacji „Instytut Profilaktyki Zakażeń”. Dzień po powołaniu Adama Niedzielskiego na ministra zdrowia skierowano do konsultacji pakiet projektów rozporządzeń, zawierających m.in. propozycje uproszczenia kryteriów zwalniania z kwarantanny i powiązanie zwalniania z izolacji ze stanem klinicznym pacjenta. Z dotychczasowych informacji wiadomo, że przygotowywana przez Ministerstwo Zdrowia jesienna strategia walki z pandemią przewiduje m.in. okrojenie o połowę liczby placówek jednoimiennych (zostanie mniej więcej jeden na dwa województwa) oraz tworzenie w szpitalach powiatowych i wojewódzkich izolatek dla potencjalnych pacjentów z COVID-19. Niezwykle ważną zmianą ma być zlecenie testów na wykrycie SARS-CoV-2 w POZ. – Lekarz rodzinny dostanie tę możliwość pod warunkiem, że pacjent spełni określoną liczbę punktów na check liście, którą będzie miał do wypełnienia – zapowiada minister Waldemar Kraska. Resort zdrowia zakłada, że tej jesieni laboratoria diagnostyczne zwiększą wykonywanie testów do 60 tys. na dobę. – Każdego dnia do oddziałów zakaźnych w całej Polsce zgłasza się kilkanaście tysięcy osób z podejrzeniem COVID-19. W grypowym sezonie jesienno-zimowym spodziewamy się dodatkowych ok. 30 tys. chorych dziennie, łącznie będzie to od 50 do 60 tys. osób z podejrzeniem koronawirusa – ocenia dr hab. Jerzy Jaroszewicz z Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

MARZENIA O KROPLÓWCE

Od pewnego czasu w debacie publicznej coraz częściej pojawiały się głosy wskazujące na konieczność ograniczenia roli szpitali jednoimiennych. Zgadza się z tym m.in. prof. Krystian Wita, zastępca dyrektora ds. leczenia Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach. W jego ocenie jesienną strategię walki z COVID-19 należy oprzeć m.in. na ujednoliceniu procedur, aby placówki nie zamykały oddziałów w oparciu o własne kryteria (tak jak to robiły do tej pory), ale nie mniej istotne są kwestie finansowe. – Jest wiele szpitali, w których poziom wykonania ryczałtu wynosi 60-70 proc. Tego nie da się nadrobić – mówi. Rosną obawy, że w ochronie zdrowia pogłębią się problemy finansowe, a o dofinansowaniu będzie można tylko pomarzyć. Ten pesymizm wydaje się uzasadniony, jeśli spojrzymy na przyjęty pod koniec sierpnia przez Radę Ministrów projekt nowelizacji ustawy budżetowej. O ile przed wybuchem pandemii rząd planował wyjść z bilansem dochodów i wydatków na zero, po nowelizacji deficyt budżetowy w tym roku wyniesie 109,3 mld zł. To rekord w historii III RP. Z danych NFZ wynika, że od stycznia do maja br. spadek rozliczonych planowych hospitalizacji w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku wyniósł w przypadku chirurgii ogólnej ponad 38 proc., w ortopedii i traumatologii narządu ruchu – 36 proc., a kardiologii – 35 proc. Jeśli chodzi o przyjęcia planowe w ramach umów na leczenie szpitalne za okres styczeń-maj, skala zaległych świadczeń wynosi ok. 24 proc. Nic dziwnego, że placówki nieustannie skarżą się na ograniczone przychody. W okresie od marca do czerwca w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyzrzeczach spadły one o ponad 1,1 mln zł, a w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Zakopanem od 15 marca do 15 czerwca przychody z NFZ realnie zmniejszyły się o połowę.

SZPITALNA PROZA ŻYCIA

Wprawdzie przygotowano pewne rozwiązania mające pomóc

96,3 TYS.

- tyle osób objęto kwarantanną w Polsce w ostatnim dniu sierpnia

placówkom medycznym w zachowaniu stabilności finansowej w okresie pandemii (np. zwiększenie wyceny punktu w ryczałcie PSZ o ok. 5 proc.), ale są one niewystarczające. – Szpitalna proza życia kosztuje, więc zadłużenie coraz bardziej rośnie. W ostatnich tygodniach placówki dostały mnóstwo nakazów zapłaty do natychmiastowego uregulowania – mówi Władysław Perchaluk, dyrektor Szpitala Specjalistycznego nr 1 w Bytomiu, dodając, że w czasie pandemii koszty stałe, takie



Co robią inni?

Strategia walki z COVID-19 w wielu krajach wykazuje liczne podobieństwa, niezależnie od tego, czy weźmiemy pod uwagę Stany Zjednoczone, Wielką Brytanię, Niemcy, Chiny czy Koreę Południową, pomimo że niektóre rządy kładą większy nacisk na to, czym inne zdają się nie zaprzątać sobie większej uwagi. Co do zasady duży nacisk kładzie się na zapobieganie zakażeniom (dystansowanie społeczne, zakrywanie nosa i ust), wczesne wykrywanie przypadków, izolowanie chorych z koronawirusem, kierowanie na kwarantannę osób mających kontakt z osobami faktycznie lub prawdopodobnie zakażonymi, śledzenie ich kontaktów oraz testowanie, co – jak się wydaje – długo pozostanie złotym standardem w diagnostyce SARS-CoV-2. Ważny obszar działań ma stanowić wykrywanie i kontrola ognisk choroby, zwłaszcza w opiece zdrowotnej i placówkach świadczących opiekę długoterminową. Ma temu towarzyszyć ochrona grup wysokiego ryzyka (m.in. seniorów i pacjentów z chorobami przewlekłymi). Zapewne zostaną utrzymane kontrole osób powracających z krajów wysokiego ryzyka. O ile na początku pandemii sporo osób krytykowało m.in. Niemcy za różne tempo wprowadzania ograniczeń przez kraje związkowe, a USA za to, że każdy stan przyjął odmienny model działania, o tyle teraz nikogo nie dziwi, że z uwagi na odmienną sytuację epidemiologiczną w jednych regionach czy miastach są większe restrykcje niż w innych. Takie podejście zastosowano niedawno w Belgii (godzina policyjna w Antwerpii, wyjście z domu między 23.30 a 6.00 dozwolone tylko do pracy lub szpitala) i w Polsce (dodatkowe obostrzenia w powiatach zaliczonych do stref żółtej i czerwonej). Nie do przecenienia są działania informacyjne i edukacyjne, choć każde państwo prowadzi je na swój sposób, a z oceną ich efektów warto zaczekać.



Resort planuje okrojenie o połowę liczby placówek jednoimiennych oraz tworzenie w szpitalach powiatowych i wojewódzkich izolatek dla pacjentów z COVID-19.

jak wypłata pensji, nie zmniejszyły się. Od dawna wiadomo, że w niektórych lecznicach wynagrodzenia pochłaniają 3/4 budżetu. Tymczasem przez ostatnie miesiące podskoczyły wydatki na zakup środków ochrony indywidualnej, leków, wyrobów medycznych, środków do dezynfekcji, środków czystości czy odczynników do laboratorium. Wzrosły ceny usług pralniczych, transportu czy utylizacji odpadów medycznych. W związku z pojawieniem się pandemii wydatki na materiały ochronne i higieniczne jednorazowego użytku w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim wzrosły o 167 proc. w stosunku do analogicznego okresu z poprzedniego roku. W Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach koszt zakupu środków ochrony osobistej wzrósł o 200 tys. zł miesięcznie. W niektórych podmiotach leczniczych na Mazowszu w II kwartale br. o 250 proc. podskoczyły wydatki na zakup odzieży ochronnej w porównaniu z II kwartałem 2019 r. Jest mocno wątpliwe, aby ceny spadły do poziomu sprzed pojawienia się koronawirusa.

ZAPASY, NIEDOBORY, ZATORY

Pocieszające jest to, że choć praca przy wzmożonym reżimie sanitarnym powoduje większe zużycie środków ochrony indywidualnej i do dezynfekcji, to tej jesieni prawdopodobnie nie grozi nam ich dramatyczny niedobór. Zapasy zgromadziły zarówno szpitale, jak i indywidualne praktyki lekarskie, a w obawie przed jesienną falą pandemii na podobne kroki zdecydowali się również inni.

– Wspomagając działania należące do zadań administracji rządowej, tworzymy swoją rezerwę materiałów – przyznaje Anna Parzyńska-Paschke, rzeczniczka marszałka województwa wielkopolskiego. Dla niektórych placówek wsparcie ze strony samorządów może okazać się cenne. W ramach Małopolskiej Tarczy Antykryzysowej zakupiono wyposażenie, sprzęt i aparaturę medyczną do kilkudziesięciu placówek w różnych częściach województwa, a od kilku tygodni pacjentom pomaga część z 50 nowych karet (każda o wartości ponad 600 tys. zł) przygotowanych do transportu chorych na COVID-19. Jednak to, że przez ostatnie lata Europejczycy nieroztropnie pozwolili przenieść produkcję wielu medykamentów do miejsc oddalonych o kilka tysięcy kilometrów, ponownie może odbić się czkawką. Sporym wyzwaniem może się okazać zapewnienie opieki nad pacjentami m.in. z płucami uszkodzonymi w wyniku COVID-19 – z uwagi na okresowo występujące zatory w dostawach leków przeciwprętowych. W ciągu ostatniego półroczia występowały trudności w pozyskaniu leków dla chorych na gruźlicę wielolekooporną, a wielu kuracji nie można przerwać nawet na jeden dzień, stąd każdy sygnał, że lek mógłby nie zostać dostarczony w terminie, bo np. w USA pracownicy firmy farmaceutycznej zostali objęci kwarantanną, budzi ogromny niepokój. Placówki, takie jak np. Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji w Jarosławcu, starają się pozyskiwać potrzebne leki m.in. z Indii i Chin. Część osób

ma ograniczone zaufanie do jakości produktów z Azji z powodu licznych doniesień o podrobieniu certyfikatów maseczek.

KADRY WYSOKIEGO RYZYKA

Pandemia to niełatwy czas dla zarządzających podmiotami leczniczymi. Zdaniem Małgorzaty Wiśniewskiej, dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego, w dobie pandemii największą bolączką są niełatwe w interpretacji i szybko zmieniające się przepisy i procedury, niejasne zasady płatności przez NFZ za nie, niedobór personelu, a także brak systemowych regulacji płacowych osób pracujących w bezpośrednim kontakcie z zakażonymi. – Pracowników podmiotów leczniczych niepokoi nieuzasadnione zróżnicowanie formy finansowania dodatkowych wynagrodzeń dla personelu udzielającego świadczeń osobom podejrzany o zachorowanie lub chorym na COVID-19. Takie decyzje doprowadziły do napięć wśród personelu, które mogą skutkować unikaniem świadczenia pracy w przypadku kolejnej fali epidemii – ostrzega Małgorzata Wiśniewska. Kierownicy niektórych placówek mogą zostać postawieni pod ścianą, bo sytuacja zmusi ich do wypłaty wyższych wynagrodzeń czy dodatków ze środków własnych, co odbije się na ich kondycji finansowej. Nawet gdyby jakimś cudem udało się wszystkim lecznicom związać koniec z końcem, pewnych problemów nie przeskoczmy. W POZ od dłuższego czasu powiększa się grupa lekarzy i pielęgniarek w wieku 60+, ale również po 70. r.ż. – Jeśli pandemia przybierze na sile, w kolejnych miesiącach mogą pojawić się miejsca, które staną się białymi plamami – ostrzega Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. Jeśli najstarsi medycy nie pojawią się w pracy, nie będzie miał kto ich zastąpić. W niektórych placówkach to oni stoją na pierwszej linii frontu walki z pandemią, mimo że z racji wieku są w grupie podwyższonego ryzyka. ■

183

laboratoria
w Polsce
wykonują badania
diagnostyczne pod
kątą COVID-19
(stan na koniec
sierpnia)

Znaki zapytania

Wakacje za nami, wkrótce zacznie się jesień, a pandemia trwa. Czy jesteśmy przygotowani na ciąg dalszy walki z COVID-19? W jaki sposób wykorzystaliśmy ostatnie tygodnie, wiedząc, że już wkrótce z koronawirusem skrzyżują się zachorowania na gripę?



**DR PAWEŁ
GRZESIOWSKI**

prezes Fundacji
„Instytut Profilaktyki
Zakażeń”

Kiedy dorośli wrócą z urlopów do pracy, a uczniowie pójdą do szkół, czeka nas armagedon infekcyjny, a coraz niższa temperatura będzie sprzyjać szerzeniu się koronawirusa, bo chętniej będziemy przebywać w zamkniętych, słabo wietrzonych pomieszczeniach, będzie mniej słońca i obniży się nasza odporność.

W okresie wakacyjnym zmarnowaliśmy co najmniej miesiąc w kwestii przygotowań do jesiennej fali zachorowań, bo wszyscy byli skupieni na wyborach prezydenckich. Co prawda są plany i rekomendacje dotyczące dalszej walki z COVID-19 i to napawa pewnym optymizmem, ale władze przez kilka ostatnich tygodni żadnych ważnych decyzji nie podejmowały – jedynie mówiono o nich w czasie konferencji prasowych. W gronie eksperckim wiele pomysłów przedyskutował m.in. zespół powołany w lipcu przez ministra Waldemara Kraskę, którego celem jest opracowanie strategii zwalczania epidemii COVID-19, ale bez decyzji sygnowanych przez kierownictwo resortu niewiele pójdziemy naprzód. Oczywiście może być

tak, że we wrześniu nowy minister zdrowia szybko podejmie wiele decyzji, ale w przypadku chorób zakaźnych niektóre opóźnienia są trudne do odrobienia. Patrząc z perspektywy drugiej połowy sierpnia, trudno powiedzieć, byśmy byli dobrze przygotowani na jesienną walkę z pandemią. Każdego dnia przybywa nawet po 900 nowych zakażonych, a wkrótce każdy gorączkujący pacjent z bólem gardła będzie musiał być analizowany pod kątem koronawirusa. W szpitalnictwie panuje zamieszanie, pacjenci z ciężkim COVID-19 są kierowani na oddziały i szpitale zakaźne lub do szpitali jednoimiennych, ale kiedy pacjent z gorączką przychodzi do szpitala powiatowego, trafia do kolejki na SOR, choć powinien otrzymywać pomoc w warunkach ambulatoryjnych. Od kilku miesięcy do placówek POZ trudno dostać się na tradycyjną wizytę. Teleporady to dobre rozwiązanie, ale są pacjenci wymagający bezpośredniego kontaktu z lekarzem – bez względu na to, czy są infekcyjni, czy też nie. Dodatkowo w tej chwili lekarz rodzinny nie ma uprawnień do kierowania pacjenta z podejrzeniem COVID-19 na test, musi wysłać pacjenta do sanepidu lub do szpitala albo na prywatne badanie, za które ludzie często płacą po 500 zł z własnej kieszeni. Ze strony resortu zdrowia są zapowiedzi, że to się zmieni, ale te rozwiązania powinny zostać wdrożone w życie już kilkanaście tygodni temu. ■

Naszym władzom publicznym brakuje wizji w walce z koronawirusem, co widać m.in. na przykładzie decyzji dotyczących zamrażania i odmrażania życia publicznego, w tym gospodarki.

Od początku pandemii szwankuje również komunikacja, a bez precyzyjnych danych trudno ocenić, na ile jesteśmy przygotowani na jesień, kiedy zakażenia SARS-CoV-2 będą się nakładały na infekcje wirusów grypy, paragrypy czy rinowirusów. Wkrótce każdy pacjent z katarą, kaszlem, wysoką temperaturą czy bólami mięśniowo-kostnymi może być traktowany tak, jakby chorował na COVID-19. Ślepą uliczką jest tworzenie szpitali jednoimiennych, co dostrzegł już resort zdrowia. Pieniądze trafiają do placówek pozostających w gotowości do przyjęcia zakażonych pacjentów, w których wykorzystanie łóżek czasami sięga tylko 30 proc. Biorąc pod uwagę ryzyko, że za kilka czy kilkanaście tygodni może pojawić się duża liczba osób z podejrzeniem zakażenia koronawirusem, potrzebujemy znacznie

większej liczby miejsc do udzielania pomocy niż izby przyjęć i SOR-y w szpitalach COVID-owych. Moim zdaniem każdy szpital wielospecjalistyczny powinien być przygotowany do przyjmowania pacjentów zakaźnych, a zatrudniony tam personel musi mieć dostęp do testów zarówno immunologicznych, jak i genetycznych. Szpitale wielospecjalistyczne powinny mieć przygotowane odpowiednie procedury i zgromadzone zapasy środków ochrony osobistej, a także wyznaczone strefy do leczenia osób z dodatnim wynikiem SARS-CoV-2, bo ci pacjenci często mają problemy nie tylko z układem oddechowym, ale również zmagają się z wieloma innymi schorzeniami. Ze strony władz od dawna słyszymy, że gdzieś są zmagazynowane respiratory, podczas gdy powinniśmy mieć przygotowane stanowiska do intensywnej terapii. To, że jest się czego obawiać, obserwowaliśmy pół roku temu w północnej części Włoch, a przecież Włosi są krajem bogatszym od nas i mają prawie dwukrotnie więcej lekarzy. ■



**MARCIN
PAKULSKI**

był p.o. prezesa
i wiceprezes
Narodowego Funduszu
Zdrowia



**BOŻENA
JANICKA**

prezes Porozumienia
Pracodawców Ochrony
Zdrowia

Jesień sprzyja infekcjom, w przychodniach POZ robi się tłoczno, na co może nałożyć się napięta sytuacja związana z zagrożeniem koronawirusem.

Niestety nie da się dokładnie przewidzieć obłożenia pacjentów z objawami chorób zakaźnych, którzy trafią do lekarzy rodzinnych. Nadal nie ma dokładnych wytycznych, w jaki sposób odróżniać grypę i COVID-19. Jesienią koniecznością stanie się zwiększenie miejsc wykonywania wymazów i badań wykluczających infekcje z udziałem koronawirusa. Chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 cały świat dopiero poznaje, choć coraz lepiej uczy się rozpoznawać jej objawy i coraz skuteczniej ją leczyć. Placówki POZ, nauczone złym doświadczeniem z wiosny, kiedy wszyscy walczyli o maseczki i fartuchy, a ceny za paczkę rękawiczek poszybowały do 120 zł, zabezpieczyły się już w większą ilość środków ochrony osobistej i płyny do

dezynfekcji. Od dawna apelowałam do koleżanek i kolegów, aby zrobić zapasy na półtora miesiąca, bo jeśli jesienią ze zdwojoną siłą wybuchnie pandemia, to w ciągu kilku dni będzie zużywane to, co zazwyczaj wystarczałoby na 2-3 tygodnie. Jeśli więc chodzi o tę kwestię, to zaskoczenia być nie powinno, ale zapewnienie bezpieczeństwa sporo kosztuje, więc mamy nadzieję na dodatkowe wsparcie finansowe ze strony resortu zdrowia i NFZ. Z pozycji placówek lekarzy rodzinnych widać wiele zmian zachodzących w opiece zdrowotnej przez ostatnie pół roku, które z pewnością ułatwią walkę z koronawirusem w czasie spodziewanej jesiennej fali zachorowań. Sytuacja wymusiła upowszechnienie rozwiązań takich jak teleporady, e-recepty, wideoporady i e-skierowania, dzięki czemu wielu pacjentów nie musi i nie będzie musiało przychodzić do naszych gabinetów. ■

Odpowiedź na pytanie, czy jesteśmy dobrze przygotowani na jesień z COVID-19, wydaje się trudna, bo zależy ona od rozwoju pandemii.

Wciąż nie ma żadnej strategii prowadzącej do odmrożenia ochrony zdrowia w Polsce, a ostatnie dwa-trzy miesiące są trochę stracone. Patrząc z punktu widzenia szpitali powiatowych, wszyscy mamy obawy wynikające z braku możliwości prowadzenia badań przesiewowych wśród personelu, który jest i w kolejnych tygodniach pozostanie najbardziej narażony na kontakt z koronawirusem. Każdy lekarz i każda pielęgniarka mogą stosunkowo łatwo i zupełnie nieświadomie stać się źródłem zakażenia, przede wszystkim ze strony pacjentów. W moim szpitalu pacjent z podejrzeniem koronawirusa pojawił się już 3 marca. Kiedy w POZ można było uzyskiwać pomoc głównie w formie teleporad, pacjenci zgłaszali się do izb przyjęć

w szpitalach powiatowych i na SOR-y. Jesienią może być tak samo. W czasie pandemii duże placówki mogły liczyć na znacznie większą pomoc niż małe szpitale, które w głównej mierze musiały radzić sobie same, zwłaszcza na samym początku. Przez ostatnie pół roku podejmowaliśmy wiele działań w trosce o personel i pacjentów, m.in. kupując środki ochrony osobistej i specjalne wyposażenie z powodu zaostrzonego reżimu sanitarnego, wprowadzając nowe terapie, jak np. leczenie osoczem, co w niektórych przypadkach przynosi dobre efekty, a także pozyskując darowizny. Gdyby nie pomoc społeczeństwa, byłoby znacznie gorzej. Duży niepokój budzi kwestia zabezpieczenia szpitali powiatowych w środki ochrony osobistej. Ceny masek, przyłbic, gogli czy obuwia ochronnego wzrosły nawet o 600 proc. w ciągu kilku miesięcy. Jeszcze niedawno jeden fartuch kosztował kilka złotych, teraz najtańsze są po 15 zł. ■



**WŁADYSŁAW
PERCHALUK**

dyrektor Szpitala
Specjalistycznego nr 1
w Bytomiu



**DR HAB. ANNA
WÓJCICKA**

współwłaścicielka
Warsaw Genomics

Od wybuchu pandemii stale rośnie liczba placówek wykonujących badania diagnostyczne w kierunku SARS-CoV-2.

W połowie sierpnia wykonywało je 180 laboratoriów, co od personelu każdej z pracowni diagnostycznych wymaga wdrożenia się w nowe obowiązki, przeszkolenia, a w wielu przypadkach – wiąże się również z zakupem sprzętu finansowanego bądź współfinansowanego ze środków publicznych. Odwołując się do doświadczeń naszego laboratorium, mam wątpliwość, czy pojawianie się kolejnych placówek badających próbki jest w pełni zasadne, skoro

potencjał licznych miejsc, które realizują badania od kilku miesięcy, nie jest w pełni wykorzystywany. Nasze laboratorium mogłoby badać 3-4 razy więcej wymazów każdego dnia. W naszym kraju badania diagnostyczne na obecność SARS-CoV-2 wykonywane są w dość ograniczonym stopniu, sędzę jednak, że nie wynika to z liczby laboratoriów, lecz decyzji, komu można zlecić test. W ostatnim czasie ze strony Ministerstwa Zdrowia padło zapewnienie, że na badanie w kierunku SARS-CoV-2 będą mogli kierować również lekarze POZ. Jeśli tak się stanie, powinno to usprawnić działania, pozwalając na skuteczniejszą walkę z pandemią jesienią. Usprawnienia wymaga jednak system rejestrowania pacjentów na badanie oraz przysyłania wyników. To prawda, że im więcej wykonuje się testów, tym więcej wykryjemy osób zarażonych SARS-CoV-2, ale właśnie taki jest cel badań. Umożliwia to izolowanie osób zarażonych i przerwanie łańcucha zakażeń. Testowanie na szeroką skalę jest też bardzo ważne, aby szpitale mogły z pewnym wyprzedzeniem przygotować się na nadciągające fale pacjentów z COVID-19. Właśnie dzięki wynikom badań diagnostycznych można je przewidzieć. ■

W PIGUŁCE

Raportowanie zdarzeń medycznych do SIM

Z końcem lipca weszło w życie nowe rozporządzenie regulujące szczegółowy zakres danych zdarzenia medycznego, które świadczeniodawcy są zobligowani przekazywać do Systemu Informacji Medycznej (SIM).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz.U. 2020.1253) wydane zostało na podstawie art. 11 ust. 4a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702).

Określa ono:

- szczegółowy zakres danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji w ochronie zdrowia, przekazywanych przez usługodawców do SIM;
- terminy przekazywania do SIM danych,
- sposób ich przekazywania do SIM.

Można spodziewać się, że z uwagi na szeroki zakres wymienionych tam informacji, nawet przy wykorzystaniu zaawansowanych systemów informatycznych, które będą wspierać raportowanie, gromadzenie i późniejsze przekazywanie danych, obowiązek ten może być znaczącym obciążeniem dla personelu.

Szczegóły na stronie isap.sejm.gov.pl. ■

NFZ wznowia kontrole

W związku z sygnałami kierowanymi przez pacjentów do Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta, które dotyczyły ograniczonej dostępności do leczenia, prezes NFZ podjął decyzję o wznowieniu zawieszonych w marcu br. postępowań kontrolnych w placówkach medycznych i aptekach.



Biuro RPP przekazało do NFZ łącznie 973 skargi, które dotyczyły funkcjonowania podmiotów leczniczych w marcu i kwietniu 2020 r. Większość zgłoszeń dotyczyła problemów z dodzwonieniem się do placówki medycznej. Pacjenci skarżyli się także na trudności z uzyskaniem zlecenia na badania, problemy z kontynuacją farmakoterapii, odmowy udzielenia świadczenia, brak możliwości osobistego kontaktu z lekarzem. Komunikat został opublikowany 23 lipca na stronie Funduszu. ■

Zmiana standardów w zakresie ograniczeń przy SARS-CoV-2

23 lipca br. weszło w życie rozporządzenie MZ z dnia 20 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny, mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz.U. 2020 poz. 1275).

Zmiana rozszerzyła katalog osób, które kierownik podmiotu leczniczego może umieścić w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

Stosownie do ww. zmiany do wykazu mogą być wpisane nie tylko osoby wykonujące zawód medyczny

mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, ale także osoby, które tego bezpośredniego kontaktu nie mają, ale może u nich wystąpić podwyższone ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Zmiana uelastycznia również zakazy dotyczące osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej określonych w wykazie stanowisk (§ 1 ust. 3 oraz ust. 4-4b oraz § 2 ust. 3 i 3a rozporządzenia). ■



gazetalekarska.pl

Źródło: kidlong.pl, lex.pl, isap.sejm.gov.pl, isap.sejm.gov.pl

W PIGUŁCE

Zwolnienie ze składek ZUS po nowemu

Koniec wakacji przyniósł dobrą wiadomość dla wszystkich osób, które składały wnioski o zwolnienie z opłacania składek ubezpieczeniowych za marzec, kwiecień i maj oraz otrzymały z ZUS odmowę z tego powodu, iż opłaciły wcześniej składki lub na ich kontach istniały nadpłaty za poprzednie okresy.

Jeśli firmy nie wystąpiły o zwrot nadpłat, były one zaliczane przez ZUS na poczet składek za kolejne miesiące, za które przysługiwało zwolnienie. To z kolei powodowało niemożność pozytywnego rozstrzygnięcia wniosku o zwolnienie. Obowiązujący art. 31zo specustawy koronawirusowej¹ umożliwia bowiem skorzystanie z tej ulgi tylko w sytuacji, gdy składki mają status „nieopłacone”.

20 września br. wejdzie w życie zmiana przepisów², modyfikująca dotychczas obowiązującą zasadę. Zgodnie ze znowelizowanym art. 31zo specustawy zwolnienie z opłacania składek ubezpieczeniowych będzie możliwe także wówczas, gdy składki te zostały opłacone lub na poczet tych składek ZUS zaliczył z urzędu nienależnie opłacone składki.

Przepis zmieniający został tak skonstruowany, iż bez składania dodatkowego wniosku o ponowne rozpatrzenie ZUS ma obowiązek jego ponownej weryfikacji. Ponownemu załatwieniu będą podlegały wnioski o zwolnienie z opłacania składek, złożone przez firmy w obowiązującym terminie, czyli do 30 czerwca br. ZUS rozpocznie to działanie po wejściu w życie zmiany

przepisów, a jego efektem będzie zwrot pieniędzy w formie nadpłat.

Jeżeli ZUS dokonana ponownego rozpatrzenia sprawy zwolnienia z opłacania składek, poinformuje o jego wyniku na Platformie Usług Elektronicznych lub przekaże informację za pośrednictwem poczty. Wówczas można będzie złożyć wniosek o zwrot nadpłaty z tytułu składek i realnie poczuć uzyskaną pomoc w czasie pandemii. ■

Beata Wierzychowska, radca prawny NIL

¹ ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 z późn. zm.)

² art. 10 ustawy z dnia 24 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o delegowaniu pracowników w ramach świadczenia usług oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1423 z późn. zm.)

REKLAMA

USTAWA O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY

Nowelizacja podpisana

22 lipca prezydent Andrzej Duda podpisał ustawę z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw. Część przepisów wprowadzonych tą nowelizacją obowiązuje już od 8 sierpnia – a kolejne, stosownie do treści przepisów wprowadzających, będą wchodzić w życie sukcesywnie aż do 1 stycznia 2022 r.

TEKST **WOJCIECH IDASZAK**, RADCA PRAWNY NIL

Na łamach „Gazety Lekarskiej” na bieżąco ukazywały się informacje dotyczące zarówno zmian, jakie przewidziane były w projekcie ustawy, jak również te dotyczące samego przebiegu procesu legislacyjnego tego projektu. Na ostatnim etapie prac wprowadzono jeszcze kilka istotnych zmian, co zdecydowanie warto odnotować.

“

Bezpieczeństwo systemu przyznawania PWZ nie zostało osłabione wprowadzeniem projektowanego ograniczonego PWZ dla lekarzy specjalistów spoza UE.

VOLTA NA FINISZU

Sprzeciw samorządu lekarskiego i wiele kontrowersji wywoływały przewidziane w projekcie ustawy rozwiązania mające umożliwić przyznawanie nowego typu – ograniczonego zarówno czasowo, jak i terytorialnie – prawa wykonywania zawodu osobom posiadającym tytuł specjalisty, które dyplom lekarza uzyskały poza obszarem UE. Rozwiązanie to samorząd lekarski konsekwentnie krytykował jako nieprzemyślane, trudne

w realizacji (ciężar wykonania tych przepisów planowano przerzucić na okręgowe izby lekarskie), ale przede wszystkim – groźne dla bezpieczeństwa pacjentów.

Dyskusje na ten temat, które odbywały się na posiedzeniach podkomisji powołanej do pracy nad projektem ustawy przez Komisję Zdrowia Sejmu, toczyły się przez cały proces legislacyjny. W Sejmie postulat odstąpienia od tych regulacji nie zyskał poparcia większości członków Komisji Zdrowia. Udało się jedynie wprowadzić pewne modyfikacje do tych przepisów, zwiększające nieco bezpieczeństwo ich stosowania. Zmiany te dotyczyły wprowadzenia wymogu, aby osoba ubiegająca się o takie szczególne PWZ ukończyła studia medyczne trwające co najmniej pięć lat, przewidywały też wydłużenie okręgowej radzie lekarskiej terminu na rozpatrzenie wniosku o przyznanie takiego PWZ. Warto przypomnieć, że w myśl projektowanych przepisów okręgowa rada lekarska miała dokonywać oceny, czy szkolenie specjalizacyjne ukończone przez tę osobę poza granicami UE odpowiada w istotnych elementach merytorycznych programowi szkolenia specjalizacyjnego w Polsce.

Szczęśliwie jednak w trakcie prac legislacyjnych w Senacie postulat samorządu, aby od powyższych zmian odstąpić, w całości zyskał przychylność zarówno Komisji Zdrowia Senatu, jak i większości senatorów.

Podobny los spotkał bardzo kontrowersyjny przepis przewidujący przyznawanie w postępowaniu kwalifikacyjnym do odbywania specjalizacji dodatkowych punktów za list intencyjny od przyszłego pracodawcy. Mimo sprzeciwu środowiska lekarskiego, w szczególności młodych lekarzy, wskazujących na to, że takie kryterium podważa obiektywizm całego procesu kwalifikacyjnego, stanowisko Ministerstwa Zdrowia było nieprzejdane. W tej kwestii również Senat z uwagą wsłuchał się w głos środowiska i wniósł do ustawy poprawkę usuwającą to rozwiązanie. Upór MZ w tej sprawie trwał jednak dalej, wzbudzając zdziwienie nawet wśród posłów koalicji rządzącej w trakcie dyskusji Komisji Zdrowia Sejmu nad poprawkami Senatu.

Ostatecznie poprawki Senatu dotyczące wykreślenia z ustawy przepisów dotyczących ułatwień dla lekarzy specjalistów spoza UE oraz dodatkowych punktów w postępowaniu kwalifikacyjnym do specjalizacji za list intencyjny nie zostały przez Komisję Zdrowia Sejmu odrzucone i wprowadzono je do ustawy.

Reasumując, bezpieczeństwo systemu przyznawania PWZ nie zostało osłabione wprowadzeniem projektowanego ograniczonego PWZ dla lekarzy specjalistów spoza UE. Bez zmian pozostaje wymóg wykazania się znajomością jęz. polskiego przy ubieganiu się o przyznanie PWZ przez cudzoziemca, który

ukończył studia medyczne w języku innym niż język polski. Weryfikacji znajomości języka będzie dokonywać, jak dotychczas, Naczelna Rada Lekarska, przeprowadzając stosowne egzaminy.

Proces kwalifikacji do odbywania specjalizacji będzie pozbawiony dodatkowych punktów za list intencyjny od przyszłego pracodawcy, co w ocenie samorządu zapewni jego większą obiektywność.

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE – OD KIEDY PO NOWEMU?

Ustawa w zdecydowanej mierze poświęcona jest kwestiom związanym z kształceniem podyplomowym, tj. przede wszystkim ze stażem podyplomowym oraz specjalizacją. Wprowadzane zmiany zostały w znakomitej większości wypracowane w środowisku lekarskim i są przez nie oczekiwane. Należy jednak zaznaczyć, że nie wszystkie te zmiany weszły już w życie.

Kwalifikacja na staż podyplomowy przed 1 marca 2022 r. będzie odbywać się na zasadach dotychczasowych. Nowe regulacje dotyczące stażu podyplomowego, w tym w szczególności jego programu, będą stosowane od 1 stycznia 2022 r. i będą dotyczyły stażu, który rozpocznie się 1 marca 2022 r.

Podobną zasadę przyjęto w zakresie szkolenia specjalizacyjnego – do szkolenia rozpoczętego przed 1 marca 2022 r. zastosowanie będą miały przepisy dotychczasowe, z tym jednak zastrzeżeniem, że zastosowanie będą

miały nowe przepisy dotyczące m.in.:

1) uwzględniania w postępowaniu konkursowym o miejsce rezydencje, obok wyniku LEK/LDEK, także punktów za posiadanie stopnia naukowego doktora w zakresie nauk medycznych i publikacje w czasopiśmie naukowym;

2) umożliwienia ubiegania się o miejsce specjalizacyjne na podstawie zaświadczenia wydanego przez właściwą OIL albo Wojskową Izbę Lekarską o złożeniu dokumentów niezbędnych do wydania PWZ, z zastrzeżeniem, że zaświadczenie zachowuje ważność nie dłużej niż miesiąc od dnia jego wydania;

3) możliwości jednokrotnego złożenia przez lekarza, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury i rozpoczął szkolenie specjalizacyjne, bez podawania przyczyny, ponownego wniosku o odbywanie rezydentury w innej dziedzinie medycyny;

4) dyżurów medycznych;

5) zasad opracowywania i aktualizacji programów specjalizacji;

6) czasu pracy lekarza odbywającego specjalizację w trybie rezydenckim oraz przedłużania czasu trwania tego szkolenia;

7) zadań kierownika specjalizacji;

8) określenia praw i obowiązków lekarza odbywającego specjalizację;

9) złożenia wniosku o przystąpienie do PES przez lekarza, który ukończył przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego;

10) umożliwiającego przystąpienie do PES w okresie 5 lat od zakończenia szkolenia specjalizacyjnego.

Weszły one w życie z dniem 8 sierpnia 2020 r.

Należy jednak zaznaczyć, że w ramach przepisów dotyczących pełnienia dyżurów medycznych w trakcie specjalizacji rozwiązanie przewidujące, że lekarz odbywający to szkolenie może nie wyrazić zgody na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych przez rok od dnia rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, chyba że program danej specjalizacji przewiduje prawo do odmowy pełnienia samodzielnych dyżurów medycznych w dłuższym terminie, wejdzie w życie dopiero 1 stycznia 2021 r.

Przepisy dotyczące kwalifikacji na wolne miejsca specjalizacyjne oraz odbywania szkolenia specjalizacyjnego, w brzmieniu nadanym ustawą zmieniającą, będą po raz pierwszy miały zastosowanie do postępowania kwalifikacyjnego rozpoczynającego się 1 marca 2022 r. i szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w wyniku tego postępowania.

Od 1 stycznia 2021 r. wejdą w życie przepisy dotyczące uzyskiwania certyfikatów umiejętności zawodowych, które zastąpią świadectwa potwierdzające posiadanie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.

Jak więc widać, proces wchodzenia w życie nowych rozwiązań dotyczących kształcenia podyplomowego został rozłożony w czasie, co oznacza, że wszystkie przewidziane w ustawie rozwiązania obejmą osoby rozpoczynające szkolenie podyplomowe lub specjalizacyjne w marcu 2022 r. ■

KOMENTARZ



MARIUSZ JANIKOWSKI

Przewodniczący Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców NRL

W nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na szczęście ostatecznie nie wprowadzono tzw. krótkiej ścieżki uzyskania polskiego PWZ dla lekarzy specjalistów, którzy posiadają dyplom uczelni medycznej spoza UE. Każdy, kto chce praktykować w Polsce, musi spełniać określone kryteria, dzięki którym można właściwie zweryfikować wiedzę medyczną. Tworzenie

wyjątków w tym zakresie mogło zagrażać bezpieczeństwu pacjentów.

Cieszę się także, że w związku z tą nowelą pozostaje bez zmian obowiązek zdania egzaminu z jęz. polskiego przez osoby, które mają ukończone studia medyczne w języku innym niż jęz. polski, a chcą pracować w naszym kraju. Chciałbym przy tym podkreślić, że Naczelna Rada Lekarska, jako organizator tych egzaminów, nie weryfikuje wyłącznie umiejętności posługiwania się naszym ojczystym językiem, ale przede wszystkim znajomość polskiej terminologii medycznej. Lekarz, który chce leczyć polskich pacjentów, powinien się doskonale w tej materii orientować, bo nieporozumienia językowe mogą prowadzić do tragedii. ■

TELEPORADY

Zgubne skutki leczenia przez telefon

Telemedycyna to uzupełnienie medycyny klasycznej. Są pacjenci, których bezwzględnie trzeba zobaczyć i zbadać, aby nie popełnić błędu. Zamknięcie przychodni dla chorych to sytuacja niedopuszczalna.

TEKST JACEK MIARKA, PRZEWODNICZĄCY NSL

Stosowanie teleporad w okresie pandemii COVID-19 jest rekomendowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ oraz Rzecznika Praw Pacjenta. Trzeba jednak pamiętać, że Kodeks Etyki Lekarskiej zobowiązuje lekarza do wyboru metody postępowania, którą uzna za najbardziej właściwą.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ TA SAMA

Telemedycyna jest tylko uzupełnieniem klasycznej medycyny, opartej na osobistym kontakcie i badaniu pacjenta, i w żaden sposób nie może jej zastąpić. Lekarz powinien uzyskać zgodę chorego na taką formę konsultacji i mieć pewność właściwego zrozumienia zaleceń. Lekarz musi być świadomy pełnej odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej za udzielenie teleporad, takiej samej jak za poradę w gabinecie. Pozostają one bowiem niezmiennie niezależnie od sposobu udzielania pomocy choremu. To lekarz powinien ocenić, czy udzielenie teleporady jest wystarczające, czy nie ma potrzeby przeprowadzenia

badania fizykalnego i zlecenia badań dodatkowych.

DALEJ NIEPRZYGOTOWANI

Procedury postępowania z chorym w trakcie pandemii COVID-19 są niejednoznaczne, a podział kompetencji pomiędzy sanepidem, POZ, przychodniami specjalistycznymi i szpitalami – niejasny. Lekarze doskonale wiedzą, że powodzenie walki z pandemią w dużej mierze zależy od szybkiej identyfikacji osób potencjalnie zakażonych i to im głównie powinno robić się testy. Liczba osób zakażonych rośnie, a my nadal nie jesteśmy przygotowani na jesenną falę zachorowań. Nie mamy opracowanej strategii testowania, mimo dwustu laboratoriów nie wykonujemy potrzebnej ilości testów.

W teorii pacjent z podejrzeniem COVID-19 powinien trafić pod opiekę sanepidu, ale ten jest skrajnie przeciążony i często niewydolny, potem do POZ, gdzie często napotyka się na zamknięte drzwi, a do szpitala w ostateczności. W praktyce jest tak, że nie

“

Telemedycyna jest tylko uzupełnieniem klasycznej medycyny, opartej na osobistym kontakcie i badaniu pacjenta, i w żaden sposób nie może jej zastąpić.

mogąc zadzwonić się do sanepidu ani POZ, chory zgłasza się do izby przyjęć lub na SOR, co przy wzroście zachorowań jesienią spowoduje paraliż szpitali. Natomiast skierowanie wszystkich infekcyjnych chorych do POZ może spowodować zakażenie innych chorych oraz lekarzy i zablokować przychodnie.

RYZYKOWNA TELEPORADA

Z moich rozmów z lekarzami rodzinnymi wynika, że na początku epidemii zamknięcie placówek POZ (na krótki okres), przy braku możliwości zakupu środków ochrony

WAŻNE

Lekarz musi być świadomy pełnej odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej za udzielenie teleporad, takiej samej jak za poradę w gabinecie.



Wybrane przykłady leczenia przez telefon:

1. Kierowca ciężarówki z powodu suchego kaszlu i duszności wysiłkowej, przez cztery dni prowadzony przez sanepid (izolacja) i lekarza POZ telefonicznie (antybiotyki i leki przeciwkaszlowe), w czwartej dobie został przywieziony do SOR przez rodzinę. Rozpoznanie: masyczna zatorowość płucna, stan ciężki.

2. Młoda kobieta leczona przez POZ telefonicznie z powodu bólu w dolnej części brzucha i stanu gorączkowego (Furagin, No-Spa, Ciprofloksacyna, Ibuprofen) w czwartej dobie trafiła do SOR. Rozpoznanie: zapalenie otrzewnej, perforacja wyrostka robaczkowego z ropniakami międzypętlowymi.

3. Mężczyzna z cukrzycą typu I został skonsultowany w poradni diabetologicznej z powodu krótkiej utraty przytomności z potami i zawrotami głowy. Diabetolog obniżył dawki insuliny, zalecił częstą kontrolę cukru. Po dwóch dniach przy braku poprawy skierowany do szpitala z podejrzeniem niedokrwienia mózgu. Rozpoznanie: rozległy zawał serca w trakcie ewolucji z niską frakcją.

4. Starszy mężczyzna był leczony zdalnie z powodu suchego kaszlu i duszności jako przeziębienie przez czternaście dni. Rozpoznanie: ciężka niewydolność serca z płynem w jamach opłucnowych, ostra niewydolność nerek.

dla personelu i pacjentów po rozsądnych cenach, było całkowicie uzasadnione. Mówią mi, że 60-80 proc. chorych przy dobrej znajomości ich stanu zdrowia może być leczonych w sposób zdalny przez jakiś okres, jeśli wymaga tego sytuacja epidemiologiczna. Natomiast pozostaje minimum 20 proc. takich, których bezwzględnie trzeba zobaczyć i zbadać, aby nie popełnić błędu. Niestety jest pewien odsetek przychodni, które nadal pozostają zamknięte dla chorych. To sytuacja niedopuszczalna, która musi w konsekwencji prowadzić do błędów, niebezpiecznych nie tylko dla pacjentów, ale także dla lekarzy – w zakresie odpowiedzialności prawnej.

W ustawie dotyczącej tzw. tarczy 2.0 zniesiono w praktyce jakąkolwiek odpowiedzialność karną dla urzędników podejmujących decyzje w czasie epidemii, bo – jak tłumaczył były już Minister Zdrowia Łukasz Szumowski – „nie można narażać tych urzędników na oskarżenie, że wykonując rzetelnie swoją pracę, będą ryzykowali własną wolność lub wieloletnie postępowanie przed sądem”. Z drugiej strony prawo karne, które do tej pory było niezwykle opresyjne w stosunku do

lekarzy, po zmianach wprowadzonych tzw. tarczą 4.0 (art. 37a) zrównuje odpowiedzialność lekarza za nieumyślny błąd medyczny z bandytami dokonującymi brutalnych rozbojów. W tym kontekście leczenie chorego przez telefon staje się procedurą niezwykle ryzykowną dla obu stron.

WROGIEM BĘDZIE LEKARZ?

Od czasów epidemii Hiszpanki nie mieliśmy takiej sytuacji i żadna inna choroba nie rozprzestrzeniła się w ciągu trzech miesięcy na cały świat. Jednocześnie mamy pełną świadomość, że cały czas dopiero uczymy się właściwego postępowania, nie mamy skutecznego leczenia i nie wiadomo, czy będziemy mieli skuteczną szczepionkę. W Polsce tym wirusem zaraziło się już 1500 lekarzy, a przecież wszyscy mamy rodziny i bliskich.

Konieczne jest pilne stworzenie przejrzystego i sprawnego systemu opieki, w którym będzie wiadomo, kto ma przyjąć chorych na COVID-19, komu szybko wykonywać testy, kogo kierować do jakichś szpitali. W tym systemie widzę miejsce także dla telemedycyny, tylko że nie jako wyłącznego sposobu prowadzenia chorych, ale wsparcia potrzebnego z przyczyn epidemiologicznych.

14.08

Ministerstwo Zdrowia oraz konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej przedstawili standardy organizacyjne oraz wytyczne w zakresie udzielania teleporad dla lekarzy POZ.

W mojej opinii dotychczasowe działania w tym kierunku nie są koordynowane, a liczne apele i głosy lekarzy dotyczące poprawy systemu i dostępności do pomocy lekarskiej nie były do tej pory brane pod uwagę. Narasta także fala niezadowolonych społeczników z powodu wyłączenia części systemu ochrony zdrowia. Jeśli nic nie zmienimy w systemie przyjmowania chorych, całość niezadowolonych spłynę na nas, lekarzy. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Ciało obce w polu operacyjnym

Kto ponosi odpowiedzialność za pozostawienie narzędzia lub materiału operacyjnego w ciele pacjenta po skończonym zabiegu? W ostatnich latach zmianie uległa linia orzecznicza w tym zakresie.

TEKST PAULINA TOMASZEWSKA, PRAWNIK NIL

SPRAWA I

W 2012 r. lekarz podczas wykonywania zabiegu zostawił w jamie brzusznej dwie serwety operacyjne, tym samym dopuścił się niestaranności w postępowaniu z pacjentem, naruszając art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zw. z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Okręgowy sąd lekarski uznał lekarza za winnego zarzucanego czynu i wymierzył karę nagany. Obwiniony był operatorem w trakcie zabiegu laparotomii środkowej dolnej. W operacji uczestniczył zespół, w skład którego wchodziło (oprócz obwinionego): dwóch lekarzy w charakterze asysty, lekarz anestezjolog, pielęgniarka instrumentująca („czysta”), pielęgniarka pomagająca („brudna”) oraz pielęgniarka anestezjologiczna. Pielęgniarki podczas zabiegu przekazały operatorowi informację, że bilans użytych w trakcie zabiegu materiałów nie nasuwa zastrzeżeń („zgadza się”). Jak wynikało z protokołu pielęgniarskiego, liczba serwet podanych do zabiegu była równa liczbie serwet oddanych po zabiegu. W oparciu o informacje przekazane przez pielęgniarki główny operator (obwiniony) podjął decyzję o zamknięciu jamy brzusznej.

W uzasadnieniu orzeczenia OSL wskazano, że „wynik pracy zespołu operacyjnego jest efektem pracy wszystkich jego członków: tak lekarzy, jak pielęgniarek, a za pozostawienie chusty w polu operacyjnym oprócz pielęgniarek „brudnej” i „czystej” odpowiedzialność ponosi również lekarz kierujący wykonaniem operacji”. Sąd zauważył, że obwiniony sprawował nadzór nad czynnościami podejmowanymi przez członków zespołu, tak więc jego odpowiedzialność jest niezależna od odpowiedzialności pielęgniarek. Wobec pielęgniarek, na podstawie ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, zostały orzeczone w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej kary nagany. Dodatkowo w uzasadnieniu orzeczenia podniesiono, że obwiniony zaniechał oznaczania serwet umieszczonych w ciele pacjenta.

W wyniku rozpoznania odwołania obrońcy obwinionego, NSL zmienił zaskarżone orzeczenie w zakresie rozstrzygnięcia o karze i wymierzył obwinionemu karę upomnienia. W uzasadnieniu orzeczenia wskazano, że konieczność zachowania należytej staranności,

o której mowa w art. 8 KEL, obowiązuje obwinionego chirurga do zastosowania wszelkich możliwych środków, w tym markowania chust narzędziami, w celu uniknięcia pozostawienia ciała obcego w ciele pacjenta. Sąd, wymierzając karę, wziął pod uwagę dotychczasową niekaralność obwinionego, nieposzlakowaną opinię, a także postawę w toku prowadzonego postępowania, które w ocenie sądu przemawiały za złagodzeniem kary.

16 maja 2018 r., w wyniku rozpoznania kasacji obrońcy obwinionego, Sąd Najwyższy uchylił orzeczenia sądów lekarskich obu instancji i umorzył postępowanie. W uzasadnieniu zwrócono uwagę na niekonsekwencję sądów w zakresie oceny zachowania obwinionego lekarza, objawiającą się w tym, że z jednej strony podzielono wnioski z opinii biegłych, którzy stwierdzili, że pozostawienie serwet było zaniebdaniem ze strony obwinionego, a z drugiej wskazano, że obwiniony nie był zobowiązany do „uporczywej” kontroli jamy brzusznej, a nieprawidłowość w postępowaniu lekarza sprowadzała się de facto do zaniechania oznaczenia chust



narzędziami. W ocenie SN sądy lekarskie, dokonując powyższej oceny, w istocie przejęły rolę biegłego, co należało uznać za niedopuszczalne. SN podczas rozprawy kasacyjnej zauważył, że stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych i dopuścił dowód z ustnej opinii biegłego. Biegły wskazał, że nie jest słuszny pogląd, zgodnie z którym jedyną właściwą metodą pozwalającą na uniknięcie pozostawienia ciała obcego w jamie brzusznej pacjenta jest oznaczanie serwet za pomocą narzędzi umieszczonych na troczkach. SN dostrzegł, że w świetle przedstawionej opinii stanowisko sądów lekarskich w komentowanej sprawie budziło wątpliwości.

SPRAWA II

Obwiniony w czerwcu 2016 r. popełnił błąd terapeutyczny podczas operacji cholecystektomii pacjentki, poprzez pozostawienie w jamie otrzewnowej materiału operacyjnego, co w konsekwencji naraziło pacjentkę na kolejne zabiegi operacyjne i uszczerbek na zdrowiu, co jest naruszeniem art. 8 KEL.

OSL uniewinnił lekarza od zarzucanego czynu. W uzasadnieniu orzeczenia wskazano, że podczas zabiegu użyto 30 gazików, 22 serwet chirurgicznych oraz 120 płytek. Jak wynikało z protokołu pielęgniarskiego, stanowiącego dowód w sprawie, bilans użytych materiałów opatrunkowych i narzędzi był zgodny. Sąd lekarski podkreślił, że lekarza operatora nie można obciążać odpowiedzialnością za nierzetelnie przeprowadzony bilans. Należy bowiem spostrzec, że operacja jest działaniem zespołowym, obowiązując tu zasada wzajemnego zaufania, a każdy członek zespołu odpowiada za swoją rolę w procesie leczenia.

W wyniku odwołania złożonego przez pełnomocnika pokrzywdzonej, NSL orzeczeniem z lutego 2020 r. utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie sądu I instancji. W uzasadnieniu orzeczenia wskazano, że w sprawie przeprowadzony został dowód z opinii biegłego. Z opinii tej wynikało, że chirurg kierujący operacją był formalnym kierownikiem zespołu. W ramach współpracy w zespole do jego zadań należało podejmowanie decyzji w kluczowych i zasadniczych kwestiach, natomiast w pozostałym

zakresie jego rola sprowadzała się do zaufania innym, fachowym członkom zespołu. Jak zauważył biegły, skoro kierownik zespołu po skończonym zabiegu otrzymał od pielęgniarek informację, że bilans materiałów opatrunkowych i narzędzi jest zgodny, to trudno uznać za zasadne indywidualne obarczanie odpowiedzialnością chirurga za nierzetelny bilans.

W uzasadnieniu NSL wskazano, że podczas operacji musi zostać zachowany podział obowiązków, a odpowiedzialność kierującego zespołem za czyny poszczególnych członków zespołu nie jest nieograniczona. Powołano się także na obowiązującą w praktyce „zasadę wzajemnego zaufania”. Jak zauważył sąd, weryfikowanie każdej czynności przez kierownika zespołu mogłoby doprowadzić do paraliżu całego procesu leczenia. Sąd lekarski zwrócił też uwagę, że obwiniony oznaczał materiał operacyjny poprzez zapięcie narzędzia chirurgicznego do każdej chusty, sprawdził pole operacyjne, a także uzyskał informację o bilansie użytego materiału. W ocenie NSL obwiniony nie dopuścił się zarzucanego czynu, w związku z czym zasadnym było utrzymanie w mocy orzeczenia sądu I instancji. ■

KOMENTARZ



GRZEGORZ WRONA

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Do niedawna sądy lekarskie, a także sądy karne, pozostawienie materiału operacyjnego w loży pooperacyjnej uważały za przewinienie zawodowe (błąd w sztuce) i tym przewinieniem obarczały jedynie operującego chirurga. Oto w ostatnich latach ta linia orzecznicza ulega zmianie, o czym świadczą przebiegi obu opisanych powyżej postępowań. W oczywisty sposób wpływ na zmiany w podejściu do ustalania winnych takich zdarzeń mają zmieniające się przepisy dotyczące wymogów kwalifikacyjnych i idącej za tym odpowiedzialności członków zespołów operacyjnych. Wymóg posiadania specjalizacji lub ukończenia kursu kwalifikacyjnego w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego stawiany pielęgniarzom – instrumentariuszkom oraz wymóg

dokumentowania w określonym zakresie przebiegu zabiegu przez instrumentariuszkę, w ocenie sądów, uwalnia w zdecydowanej części lekarza operującego od konieczności koncentrowania uwagi na wykorzystywanym instrumentarium i materiale operacyjnym. Świadomość w tym zakresie powinna szybko dotrzeć do zespołów operacyjnych, a także pacjentów.

W drugiej z opisanych spraw widoczne było rozczarowanie strony pokrzywdzonego wydanym orzeczeniem – nie toczyło się postępowanie karne, nie toczyło się także postępowanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek (odmiennie niż w pierwszym przypadku). Ta obserwacja prowadzi do wniosku, że skarga dotycząca pozostawienia narzędzia lub materiału operacyjnego powinna być rozpatrywana przez organy lekarskie i pielęgniarskie równolegle.

Czy można wnioskować w oparciu o te dwa zdarzenia, że lekarz operujący zawsze zostanie uwolniony od odpowiedzialności w w/w zakresie? Oczywiście taki wniosek nie jest uzasadniony. Szczegółowe omówienie zgromadzonego materiału dowodowego oraz wniosków wynikających z zebranego materiału na poszczególnych etapach postępowania przekracza ramy tego artykułu. Ilość poruszonych wątków w pierwszym i w drugim z postępowań prowadzi jednak do wniosku, że zdarzenia takie będą podlegać nadal nieszablonowej, indywidualnej ocenie. Poza sporem pozostaje natomiast zespołowość działań na sali operacyjnej, a bardzo ważnym aspektem jest atmosfera w zespole. ■



ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Mądrość online

Samorząd jest tym rodzajem instytucji, która karmi się bardziej jakością dyskusji niż urzędowymi kompetencjami. Stąd jakość dyskusji – choćby tej zdalnej – nabiera podstawowego znaczenia.

Czy nasze społeczeństwo daje masowo wiarę wywodom o wyolbrzymionym zagrożeniu SARS-CoV-2? Pewnie nie, aż tak źle chyba nie jest.

Rozluźnienie dyscypliny wynika pewnie stąd, że nie da się długo żyć „w okopach” i większość po prostu zaakceptowała fakt, że wirus istnieje, jednocześnie godząc się z ryzykiem zachorowania. Mamy więc dwie rzeczywistości, które dość trafnie można zinterpretować naszą dwoistą ludzką naturą. Rzecz w tym, że postawę tę przyjęły też władze publiczne, prowadząc w dalszym ciągu śmiało przekształcenia systemowe. Ów reformatorski zapał wiosną tylko lekko przygasł. W dalszym ciągu, choć sami z konieczności skupieni na bezpieczeństwie swoim i pacjentów, musimy stawiać czoła najrozmaitszym projektom i innowacjom.

I jak za dawnych, dobrych czasów narzekać będziemy na plan finansowy NFZ, który znów spycha nas na jeszcze wyraźniejszy margines. Na nowości w przepisach radiologicznych, cyfryzacji i na dziesiątki innych mniej lub bardziej dolegliwych obowiązków.

Tymczasem cofnąć się trzeba kilka kroków wstecz i zastanowić, czy branża medyczna ma jakikolwiek system

osłonowy. Mikropożyczki i zwolnienia z ZUS oddamy z nawiązką w postaci inflacji i kosztów zatrudnienia. Faktury w formule 1/12 i 3 proc. dodatek winny być jasno wyłożone i jednolicie stosowane w taki sposób, jaki wynikał z deklaracji towarzyszących ich wprowadzaniu. Tymczasem w przeprowadzonej przez NRL wśród stomatologów ankiecie 37 proc. placówek oceniało w czerwcu swą sytuację jako złą (szersze omówienie wyników tego badania na s. 40) Zapewne lista spraw, którą przedłożymy 4 września nowemu Ministrowi Zdrowia, będzie długa, ale dowodzić będzie właśnie „oswojenia się” władz z epidemią i braku perspektywy, o której mówiło się powszechnie w marcu. Po tamtych częstych nawoływaniach publicystów, iż „nic już po tej pandemii nie powinno być jak dawniej” nie ma już śladu.

Owszem, jest jedna rzecz, która odmieniła na trwałe chyba wycinek naszej rzeczywistości. Nasza Wszechobecna Online-Powszedniość. Praca zdalna (może poza informatyką) zawsze była traktowana z lekkim przymrużeniem oka. Pomysły wprowadzenia jej do praktyki urzędowej izb lekarskich (podejmowanie uchwał, udział w posiedzeniach) nie są czymś nowym. Nigdy jednak nie było ku temu ani pilnej potrzeby, ani wystarczającej podstawy prawnej. Teraz jest jedno i drugie. I choć zwykłe, bieżące posiedzenia małych gremiów w formie online sprawdziły się, to brak większych licznie posiedzeń NRL, zjazdów okręgowych, Krajowego Zjazdu Lekarzy (planowany był na maj br.), wszelkich konferencji naukowych wpływa na wartość wymiany zdań i trochę jednak na jakość wniosków końcowych. Samorząd jest tym rodzajem instytucji, która karmi się bardziej jakością dyskusji niż urzędowymi kompetencjami. Stąd nasz wspólny, jeszcze większy obowiązek, aby ze swej strony dorzucić coś do skarbnicy pomysłów.

Jest kilka fundamentalnych spraw, które musimy jako środowisko przedyskutować do końca tej kadencji. W szczególności te, które wynikają ze zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Jeśli napotkamy z drugiej strony na zamkniętą na rozmowy stronę rządową, skrytą za nową online'ową świecką tradycją, niewiele mądrego wspólnie wymyślimy. ■



Strona Komisji
Stomatologicznej NRL



Profil KS NRL na Twitterze
@StomatolodzyN

STOMATOLOGIA

GIS: egzamin z ochrony radiologicznej tylko stacjonarnie

Na osoby wykonujące badania diagnostyczne, zabiegi lub leczenie, z zastosowaniem promieniowania jonizującego, a także osoby nadzorujące ich wykonywanie nałożono obowiązek stałego podnoszenia swoich kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta (art. 33n ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe).

Zgodnie z § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. w sprawie szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta szkolenie w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta może odbyć się na odległość. W tym przypadku przekazywanie wiedzy odbywa się z wykorzystaniem infrastruktury informatycznej i oprogramowania umożliwiających:

a) stosowanie metod i technik kształcenia na odległość,

b) wykorzystanie materiałów dydaktycznych opracowanych w postaci elektronicznej oraz kontaktowanie się uczestnika szkolenia z osobami prowadzącymi szkolenie,

c) weryfikację uczestnika szkolenia i dostępu do poszczególnych bloków tematycznych szkolenia oraz kontrolę jego aktywności,

d) sprawdzenie wiedzy po zakończeniu każdego bloku tematycznego szkolenia oraz wgląd do wyników takiego sprawdzenia.

Główny Inspektor Sanitarny w swoim komunikacie wyjaśnia, że błędem jest uznanie, że przepis zawarty w ww. § 2 pkt. 2 lit. d rozporządzenia daje możliwość przeprowadzenia egzaminu wewnętrznego w trybie na odległość.

Tym samym doprecyzowano, że zorganizowanie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta na odległość (online) jest możliwe i prawnie dopuszczalne, z kolei przeprowadzenie w tym trybie egzaminu nie ma podstaw prawnych i nie może być zrealizowane.

W komunikacie zwrócono uwagę, że „Dopuszczenie do przeprowadzania również egzaminów w trybie na odległość wymagałoby wydania przepisów doprecyzujących sposób przeprowadzenia takich egzaminów, jednak w obowiązującym stanie prawnym nie ma podstaw do przygotowania przepisów wykonawczych do ustawy – Prawo atomowe w tym zakresie, ponieważ ustawodawca nie upoważnił ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia różnych form przeprowadzania egzaminów wewnętrznych”. (OA) ■



gazetalekarska.pl

Więcej: <https://www.gov.pl/web/gis/komunikat-dotyczacy-formy-przeprowadzania-egzaminu-z-zakresu-ochrony-radiologicznej-pacjenta>

Nowe zalecenia MZ dla stomatologii

W końcu, po wielu tygodniach ogłoszone zostały na stronie Ministerstwa Zdrowia zaktualizowane zalecenia dotyczące udzielania świadczeń stomatologicznych w czasie panującej pandemii koronawirusa. Poprzednie zalecenia resort zdrowia wydał 25 marca. NRL wielokrotnie apelowała o ich aktualizację i dostosowanie do bieżącej sytuacji. Dokument ukazał się 15 lipca pod nazwą „Zalecenia postępowania przy udzielaniu świadczeń stomatologicznych w warunkach stanu epidemii COVID-19 w Polsce dla lekarzy dentystów, asysty stomatologicznej, gabinetów dentystycznych, laboratoriów techniki dentystycznej, pacjentów”.

Wcześniej w sprawie aktualizacji zaleceń dla stomatologii odbyło się specjalne spotkanie z podsekretarzem stanu w MZ i trójką konsultantów krajowych (28 maja), prowadzona była też intensywna korespondencja pomiędzy NRL a MZ. Miały też miejsce bezpośrednie rozmowy z minister Szczyrka-Żelazko (16 czerwca i 14 lipca).

Wytyczne w nowym dokumencie nieco złagodzone, chociażby w następujących kwestiach:

- rekomendacja wskazań do zabiegów stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej: poza przypadkami pilnymi, o ile zalecenia z 25 marca wskazywały na zasadność zabiegu przy wysokim ryzyku progresji cho-

roby, o tyle obecnie mówią już o „ryzyku progresji”;

- poszerzenie rekomendacji wskazań do zabiegów ortodontycznych, periodontologicznych (usuwanie złogów) i protetycznych (ogólna formuła „rozważenia konieczności planowego leczenia protetycznego”);

- ochrona osobista personelu – obok „osobnego pomieszczenia” służącego zdejmowaniu stroju ochronnego, w obecnych zaleceniach mowa jest o „wydzielonej przestrzeni w gabinecie”, dla dokonania tej czynności;

- o ile projekt zaleceń z 5 maja sugerował zainstalowanie automatycznego dozownika płynu dezynfekcyjnego, o tyle ogłoszona wersja wspomina również o dozowniku łokciowym. (MJ) ■

STOMATOLOGIA

W koronawirusowym klinczu

Aż 67% lekarzy dentystów deklaruje, że ma znaczące problemy w związku z wystąpieniem epidemii koronawirusa. 37% respondentów ocenia sytuację swojej praktyki jako złą, a najwięcej negatywnych opinii wystawiają placówki realizujące kontrakt z NFZ.

TEKST **MARTA JAKUBIAK**, REDAKTOR NACZELNA



Taki obraz polskiej stomatologii pokazują wyniki badania ankietowego „COVID-19 a prowadzenie praktyki i podmiotów w stomatologii”, zrealizowanego przez Komisję Stomatologiczną NRL w dniach 24 czerwca – 9 lipca.

Celem badania było zebranie informacji, które pozwolą ocenić wpływ pandemii koronawirusa na pracę lekarzy dentystów. Szczególnie istotne było poznanie ich potrzeb

i problemów, z jakimi borykają się na co dzień, wykonując obowiązki zawodowe.

KONTAKT I TEST

Zdecydowana większość respondentów (prawie 97%) nie znalazła się w sytuacji, aby zaistniała konieczność poddania ich kwarantannie ze względu na styczność z koronawirusem. W przypadku marginalnej liczby ankietowanych (niecałe 0,5%) stwierdzono zakażenie koronawirusem. Zaledwie jednak ok. 7%

badanych zostało poddanych testowi na SARS-CoV-2. Zdecydowana większość nie miała wykonanego takiego testu.

DOSTĘPNOŚĆ ŚOI

Czy istnieje problem z dostępnością środków ochrony indywidualnej? Większość badanych (62%) takie problemy dostrzega, 36% ich nie ma (nie wyróżniła się żadna podgrupa ani pod kątem formy wykonywania zawodu, ani wieku czy płci), 2% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi.

62%

Taki odsetek respondentów widzi problem dostępności środków ochrony indywidualnej.

Jakie problemy z dostępem do ŚOI respondenci wymieniali najczęściej? Były to m.in.: cena, dostępność w ograniczonym asortymencie (rozmiary, rodzaj materiału, kolorystyka), brak dostępności masечek, których lekarz chciał używać w swojej pracy, brak dostępności rękawic, brak dostępnych środków wystarczającej jakości.

Cenę, jako barierę w dostępie do ŚOI, wskazało aż 94% respondentów.

Jakie inne problemy w tym obszarze wskazywali ankietowani? Około 7% wymieniło m.in.:

- cena nieadekwatna do jakości produktu,
- brak jednoznacznych wskazówek, jakie produkty są najbardziej skuteczne,
- reglamentacja środków w szpitalach,
- limity środków na kupującego,
- brak działań państwa w zakresie drastycznej zwyczajki cen,
- fałszowane atesty produktów,
- brak jednoznacznych wytycznych z GIS i pomocy w zorganizowaniu pracy i zabezpieczeniu pacjentów,
- długi czas oczekiwania na dostawy.

OBAWY CZY ICH BRAK

Czy lekarze dentyści boją się koronawirusa? Mimo że nieco ponad połowa badanych obawia się zakażenia i liczy się z ryzykiem, to jednak jest dobrej myśli, że przebieg choroby będzie łagodny. Wyrażną obawę przed chorobą deklaruje 40% respondentów. Tylko nieznaczna liczba ankietowanych (5%) wskazała, że nie odczuwa strachu przed zachorowaniem na COVID-19. 12% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

SYTUACJA PODMIOTÓW I PRAKTYK

Pierwsze pytanie w tym obszarze dotyczyło liczby przyjmowanych pacjentów w miejscu wybranym przez respondenta jako główne miejsce działalności, przy czym w przypadku działalności mieszanej, pytano o tę część grafiku, która

jest przeznaczona wyłącznie dla pacjentów komercyjnych.

Analiza odpowiedzi wykazała, że w zasadzie większość respondentów, bo aż 66%, nie ma problemów z frekwencją pacjentów, a w przypadku 43% – terminy przyjęć nawet się wydłużają. Ale nie u wszystkich sytuacja jest tak dobra – 34% ankietowanych wskazało, że ma problemy z pozyskaniem pacjentów i zapewnieniem grafika wizyt.

A jak lekarze dentyści oceniają kondycję prowadzonej praktyki lub podmiotu leczniczego? Większość respondentów prowadzących własną działalność wskazała, że sytuacja jest stabilna pomimo stanu pandemii. Niestety, znacząca liczba ankietowanych stwierdziła, że stan finansowy prowadzonej przez nich działalności jest zły. Około 13% respondentów oceniło sytuację praktyki lekarskiej jako dobrą, jednak tylko 3% ankietowanych uznało, że stan firmy jest bardzo dobry. 203 stomatologów zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć”, nie będąc w stanie dokładnie określić, w jakiej sytuacji jest ich firma. Jednak po odrzuceniu odpowiedzi „trudno powiedzieć” wynik ankiety daje obraz dość trudnej sytuacji

“

Znamienne jest, że im deklarowana sytuacja placówki jest gorsza, tym wzrasta odsetek placówek realizujących kontrakt z NFZ.

placówek stomatologicznych – aż 37% tych, którzy potrafili określić aktualną sytuację praktyki, oceniają jako złą.

Znamienne jest, że im deklarowana sytuacja placówki jest gorsza, tym wzrasta odsetek placówek realizujących kontrakt z NFZ. Potwierdza to spostrzeżenia o niedofinansowaniu kontraktów zawieranych przez Fundusz. Jednocześnie nie ma zależności pomiędzy złą sytuacją placówek a wielkością miasta, w którym prowadzona jest działalność.

Tabela 1. Ocena obecnej sytuacji podmiotu leczniczego / praktyki w korelacji z kontraktem NFZ

Sytuacja	Liczba wskazań	w %	W tym placówki z kontraktem NFZ	
			Liczba wskazań	w %
bardzo dobra	32	3%	2	6%
dobra	121	13%	33	27%
stabilna	326	34%	139	43%
zła	279	29%	200	72%
trudno powiedzieć	203	21%	121	60%
razem	961		495	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

5%

Taki odsetek ankietowanych deklaruje, że nie odczuwa strachu przed zachorowaniem na COVID-19.

Ankieta zawierała 18 pytań oraz metryczkę (9 pytań). W badaniu wzięło udział 1338 osób, czyli nieco ponad 3% wszystkich stomatologów (według danych NIL PWZ lekarza dentystry w Polsce posiada obecnie ponad 42 tys. osób). Udział kobiet w ankiecie to nieco ponad 80%, a mężczyzn – niecałe 20%. Należy zaznaczyć jednak, że jest to odzwierciedlenie podziału na płeć w tym zawodzie, gdzie ok. 77% dentystów w Polsce stanowią kobiety. Najwięcej ankiet zostało wypełnionych przez osoby w wieku między 51. a 65. r.ż. Znaczący był także udział osób w wieku 35-50 lat. Stosunkowo niewiele osób stanowiili respondenci w wieku do 35. r.ż. Poniżej 5,5% ankiet wypełniły osoby w przedziale wiekowym powyżej 65. r.ż.

Jak wynika z wyników ankiet, stomatolodzy najczęściej (ponad 65% odpowiedzi) prowadzą indywidualną praktykę lekarską. Bycie podmiotem leczniczym wskazało 214 osób, co stanowi niecałe 16% osób. Pracę w ramach kontraktu w podmiocie leczniczym jako miejsce głównej działalności podało prawie 12% respondentów, a pracę na etacie w podmiocie leczniczym – nieco ponad 4%. Grupowa praktyka lekarska nie jest zbyt popularna – zaledwie trochę ponad 2% ankietowanych wskazało taką właśnie odpowiedź.

Czy stomatolodzy Ow głównym miejscu działalności mają umowę z NFZ? Pytanie skierowane było do prowadzących własne praktyki i podmiotów leczniczych. 54% respondentów odpowiedziało, że posiada taką umowę, z czego 4% nie udziela innych świadczeń, tylko gwarantowane.



Pełna treść
wyników ankiety

Spośród respondentów, którzy zadeklarowali złą sytuację, wielu wskazuje, że w ostatnich miesiącach sytuacja się pogorszyła, a nawet, że znacznie się pogorszyła. W mniejszości są ci, którzy prognozują poprawę. Niestety, większość ankietowanych uważa, że kryzys potrwa dłużej niż stan zagrożenia epidemicznego. Po zsumowaniu liczby wskazań „pogorszyła się” i „znaczenie się pogorszyła” wyniki są alarmujące – aż 67% placówek deklaruje znaczące problemy w związku z wystąpieniem epidemii.

NAJWIĘKSZE PROBLEMY

Co nimi jest w związku z obecną sytuacją epidemiczną? Znalezeniu odpowiedzi posłużyło pytanie oceniające w skali od 1 do 6, przy czym 1 to najmniejszy problem, a 6 – największy, z zamkniętym katalogiem wskazanych problemów.



Stomatologia zмага się z jeszcze większymi problemami niż przed wybuchem pandemii.

Otrzymane wyniki ankiety pokazują, że stomatologia zмага się z jeszcze większymi problemami niż przed wybuchem pandemii koronawirusa. Zbyt daleko idący byłby chyba wniosek, że praktykom grozi zamykanie, choć część respondentów już deklaruje, że konieczne będą redukcje zatrudnienia. Jak będzie wyglądała przyszłość lekarzy dentystry? Trudno ocenić. Wszystko zależy od rozwoju epidemii i od decyzji zapadających na Miodowej. ■

Tabela 2. Ocena problemów związanych z sytuacją epidemiczną

Co stanowi wg Pani/ Pana największy problem związany z obecną sytuacją epidemiczną?	6	5	4	3	2	1
zagrożenie zdrowia własnego i otoczenia	485	148	112	68	24	17
utrata dochodów przez dłuższy czas w związku z nałożoną kwarantanną i chorobą	468	192	82	66	21	25
strach przed roszczeniami pacjentów	294	178	123	123	80	56
nagonka medialna na placówkę	249	143	103	103	84	170
problemy z personelem, który odmawia pracy w warunkach zagrożenia	112	70	76	103	130	361

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

KOMENTARZ

ANDRZEJ CISŁO
wiceprezes NRL

Jeśli chcemy trzymać rękę na pulsie, to konieczność zrobienia takiego wyjściowego portretu środowiska jest oczywista. Przede wszystkim cieszy duży odzew w postaci licznej grupy respondentów. Z ciekawych danych,

o których warto dodatkowo wspomnieć – 15% stomatologów nie używa żadnego cyfrowego narzędzia do (obowiązkowego w końcu) wystawiania recept elektronicznych. Ale z kolei dość duża grupa raportuje wystawianie recept poprzez program gabinetowy. Ne zostaliśmy więc w tyle. ■

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE



Mutacja mutacji nierówna

Z prof. **Jackiem Witkowskim**, prezesem Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL U chorych na COVID-19 pojawiają się zmiany w układzie odpornościowym. Jak przebiega ten proces?

Układ odpornościowy reaguje na SARS-CoV-2 podobnie jak na inne wirusy. Wnikają one do komórek odpornościowych zdolnych do ekspozycji antygenów, takich jak komórki dendrytyczne i makrofagi, które prezentują antygeny wirusa za pośrednictwem białek zgodności tkankowej HLA różnym populacjom limfocytów T. Tak zwane pomocnicze limfocyty T CD4+, ulegając aktywacji, namnażają się i naciekają zainfekowaną tkankę, ale też produkują liczne białka regulatorowe z grupy interferonów i cytokin, od których zależy aktywacja i koordynacja działania innych komórek bezpośrednio zaangażowanych w neutralizację wirusa. Zaliczają się do nich limfocyty B i pochodzące z nich plazmocyty, będące źródłem swoistych przeciwciał (immunoglobulin) skierowanych przeciwko białkom wirusa.

Ważnym, choć nie jedynym białkiem, przeciwko któremu układ odpornościowy produkuje przeciwciała, jest białko S, występujące w „kolcach korony” koronawirusa. Umożliwia ono wirusowi przyłączenie się do białka ACE-2 na powierzchni infekowanych komórek, a w konsekwencji wnikięcie do ich wnętrza i replikację. Równocześnie aktywacji ulega druga grupa komórek efektorowych, zmniejszających rozprzestrzenianie się SARS-CoV-2 i innych wirusów w organizmie – limfocyty cytotoksyczne CD8+ i NK. Ich rolą jest rozpoznawanie komórek zainfekowanych przez wirusa i ich zabijanie, zanim zrobi to wirus. W konsekwencji mniej cząstek wirusa zostaje uwolnionych.

GL Jak to się przekłada na objawy kliniczne?

Manifestacją kliniczną infekcji wirusowej mogą być występujące miejscowo cechy ostrego zapalenia: obrzęk śluzówek (np. utrudnione oddychanie), ich zaczerwienienie, zwiększona produkcja wydzieliny – śluzu, bolesność



lub świąd, a także ucieplenie. Objawy uogólnione to np. gorączka i podwyższone wskaźniki zapalenia, takie jak CRP, OB czy leukocytoza, chociaż z tą ostatnią w przypadku infekcji SARS-CoV-2 może być odwrotnie. U pacjentów, zwłaszcza o cięższym przebiegu choroby, opisywano leukopenię. Oczywiście mówimy tutaj o klinicznych objawach COVID-19 bezpośrednio związanych z działaniem układu odpornościowego, a nie z uszkodzeniem układu oddechowego.

GL A odporność wrodzona?

Odporność wrodzona to „pierwsza linia obrony” organizmu przed patogenami, w tym przed wirusami. Należą

Prof. Jacek Witkowski:
– Ciężkość i liczba przypadków śmiertelnych COVID-19 rośnie z wiekiem pacjentów.

do niej komórki fagocytyzujące i prezentujące antygeny (neutrofile, makrofagi, komórki dendrytyczne), a także cytotoksyczne komórki NK. Jednak nadmierna aktywność układu odpornościowego, w tym komórek związanych z procesem zapalnym poprzez produkcję cytokin prozapalnych, czyli znaczna nadprodukcja tych cytokin w trakcie COVID-19 (tzw. burza cytokinowa) może doprowadzić do dramatycznego rozregulowania homeodynamiki całego organizmu i w konsekwencji nawet do śmierci chorego.

GL Co ma wspólnego wiek z COVID-19?

Ciężkość i liczba przypadków śmiertelnych tej choroby rośnie z wiekiem i jest szczególnie groźna u osób po 80. r. ż. Powodem są zmiany sprawności układu odpornościowego i występowanie chorób towarzyszących typowych dla wieku podeszłego, takich jak choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, przewlekła obturacyjna choroba płuc, nowotwory. Większość z nich uderza w dwa życiowo ważne układy – krążenia i oddechowy, które infekuje także koronawirus.

Jednak starzenie się układu odpornościowego to nie tylko obniżenie jego sprawności. Sprawność swoistej, czyli nabytej odpowiedzi odpornościowej, zależnej od limfocytów, ulega obniżeniu w procesie tzw. immunosenescencji, co prowadzi m.in. do obniżenia mian przeciwciał ochronnych, a także zmniejszonej aktywności limfocytów cytotoksycznych. Jednocześnie następuje adaptacyjny wzrost aktywności odporności wrodzonej. Manifestuje się to stanem tzw. inflamm-aging, czyli podwyższoną gotowością prozapalną, nawet bez kontaktu z patogenem. Jego obecność może ułatwiać burzę cytokinową.

Należy pamiętać, że nie wszyscy starzejemy się tak samo jako byty biologiczne, i nie u wszystkich z nas układ odpornościowy starzeje się podobnie. Są stulatkowie uczestniczący w maratonach i są biologicznie bardzo starzy 60-latkowie. Osoby długowieczne często mają wysokie wartości wskaźników procesu zapalnego, co uważane jest za mechanizm ochronny. Dlatego i w tej grupie wiekowej są ozdrowieńcy z COVID-19.

GL Jaki jest udział immunologii w poszukiwaniach szczepionki przeciwko SARS-CoV-2?

Większość szczepionek składa się z antygenów pochodzących z patogenu w postaci wyizolowanych białek lub ich fragmentów albo tylko inaktywowanych (atenuowanych) chemicznie cząstek wirusa. Aby odpowiedź, czyli wytworzenie ochronnych przeciwciał i komórek immunologicznej pamięci, które przyspieszą odpowiedź wobec żywego patogenu, była odpowiednio silna, szczepionki zawierają także adjuwanty, czyli substancje, których zadaniem jest pobudzenie aktywności komórek odporności wrodzonej. Oznacza to, że reakcja na szczepionkę to reakcja analogiczna do tej powstającej w odpowiedzi na patogen, ale bez ryzyka, że



Osoby długowieczne często mają wysokie wartości wskaźników procesu zapalnego, co uważane jest za mechanizm ochronny. Dlatego i w tej grupie wiekowej są ozdrowieńcy z COVID-19.

patogen zwycięży. Szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 mogą być produkowane na podobnej zasadzie – atenuacji wirusa, wyboru właściwych białek antygenowych i ich izolacji, dobraniu odpowiednich adjuwantów.

Drugim sposobem jest podanie do naszych własnych komórek fragmentów materiału genetycznego tego wirusa, kodujących jego specyficzne białka antygenowe, dzięki czemu można uzyskać wydłużenie stymulacji antygenowej i być może trwalszą odporność. Prowadzone są prace nad ponad stu szczepionkami, z których część jest już w fazie badań klinicznych. Trudno powiedzieć, które z nich dotrą do III fazy i czy ich skuteczność i bezpieczeństwo będą przetestowane na wielu tysiącach osób. Oby jak najszybciej, ponieważ alternatywą jest „testowanie bojem”, czyli odpowiedź organizmu na kontakt z aktywnym wirusem, która niesie ze sobą śmierć nawet 1 proc. zarażonych, co oznacza miliony ofiar w skali świata.

GL Co wiemy o patomechanizmach wirusa wywołującego COVID-19, a co nadal jest dla nas tajemnicą?

Wiemy, że pierwszym obiektem ataku SARS-CoV-2 są komórki nabłonka i śluzówki nosogardzieli. Dlatego do diagnostyki molekularnej zakażenia pobierane są stamtąd wymazy i dlatego może dochodzić do przejściowej utraty węchu. Jednak wirus dość szybko penetruje układ oddechowy, docierając do pęcherzyków płucnych i infekując pneumocyty tworzące ściany pęcherzyków, głównie typu 2. Uszkodzenie ścian pęcherzyków zaburza wymianę gazową w płucach i może prowadzić do ostrej niewydolności oddechowej.

Wirus, a także powstające w wyniku odpowiedzi na infekcję cytokiny prozapalne, „atakują” także komórki śródbłonki naczyń, co może być przyczyną zapaleń naczyń, zaburzeń krzepnięcia krwi skutkujących zawałami serca i udarami niedokrwiennymi mózgu. Zainfekowane mogą też być komórki śluzówki przewodu pokarmowego i nerek, co może zaburzać ich czynność.

U dzieci infekcja koronawirusem kojarzona jest z zespołem zapalenia ścian naczyń krwionośnych podobnym do choroby Kawasaki. Zrozumienie tych patomechanizmów pozwala leczyć COVID-19 skuteczniej i bardziej kompleksowo. Znamy też mechanizm wnikania wirusa do komórek, sekwencję wirusowego genomu i mechanizm replikacji wirusa w komórkach, co umożliwia tworzenie szczepionek, a także poszukiwanie leków blokujących zarówno wnikanie, jak i namnażanie SARS-CoV-2 w komórkach.

Nie wiemy natomiast, co jest oryginalnym źródłem i wektorem przenoszącym wirusa w świecie zwierzęcym, a ta wiedza być może pozwoliłaby ograniczyć reinfekcję w skali świata, o ile oczywiście wirus nie stanie się „czysto ludzkim” patogenem przenoszącym się wyłącznie z człowieka na człowieka.

Ten wirus szybko mutuje, jak na to reaguje układ odpornościowy? SARS-CoV-2, podobnie jak inne wirusy, których materiałem genetycznym jest RNA, szybciej i częściej ulega mutacjom niż wirusy DNA. Tych mutacji zarejestrowano już setki. Jednak mutacja mutacji nierówna i większość z nich nie ma znaczenia klinicznego. Zaobserwowano kilka wariantów wirusa różniących się właściwościami na tyle, by można je traktować jak odmiany podobne do odmian wirusa grypy.

Oczywiście może się zdarzyć, że kolejna mutacja, nie pozbawiając wirusa wirulencji, spowoduje, że białka, przeciwko którym powstały przeciwciała w wyniku np. szczepienia czy przechorowania COVID-19, zmienią się na tyle, że te przeciwciała całkowicie lub częściowo przestaną je rozpoznawać. Wtedy potrzebna będzie nowa szczepionka, tak jak przeciwko kolejnym wersjom wirusa grypy, i będzie możliwe ponowne zachorowanie na COVID-19 osoby, która już ją przechorowała. Nie ma jednak jednoznacznie potwierdzonych przypadków tego typu.

Czy PTIDiK włączyło się w działania na rzecz zwalczania epidemii koronawirusa?

Udało nam się zorganizować webinarium pt. „Immunologia w dobie COVID-19”, które dostarczyło uczestnikom aktualnych informacji o udziale układu odpornościowego w COVID-19. Wspieramy także praktyczne podejście do leczenia tej choroby, w szczególności procedurę leczenia chorych osoczem ozdrowieńców bogatym w przeciwciała anty-SARS-CoV-2, a także pozyskiwanie preparatów tych przeciwciał z osocza, co może być jedyną szansą przetrwania infekcji, lub przynajmniej zmniejszenia jej stopnia ciężkości, u osób cierpiących na pierwotne bądź wtórne niedobory odporności. ■

REKLAMA

PROTEST MEDYKÓW

Dajcie szansę pacjentom, nie związujcie rąk medykom



W sobotę 8 sierpnia w Warszawie odbyła się manifestacja pracowników ochrony zdrowia zorganizowana przez Porozumienie Zawodów Medycznych. Medycy po raz kolejny wyszli na ulice, by protestować przeciw pogłębiającemu się kryzysowi w ochronie zdrowia.

TEKST **LIDIA SULIKOWSKA**, DZIENNIKARZ

Nieimy protest” ruszył w samo południe sprzed siedziby Ministerstwa Zdrowia na ul. Miodowej pod sejm.

Pochód otworzyła przewodnicząca Porozumienia Chirurgów „Skalpel” Katarzyna Pikulska, w asyście dwóch motocykli ratownictwa medycznego i karetki. Tuż za nią czworo uczestników manifestacji

prowadziło taczki przeznaczone dla wicemarszałka Senatu RP Stanisława Łukasza Szumowskiego, ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, jego zastępcy Waldemara Kraski oraz ministra sprawiedliwości Zbigniewa Ziobry.

Medycy protestowali przeciw przepisom zawartym w tzw. tarczy 4.0 (nowelizacja art. 37a Kodeksu karnego), które, jak to określili,

zrównują pracowników ochrony zdrowia, niosących pomoc chorym, z przestępcami. Postulowali także o przyspieszenie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia do minimum 6,8 proc. PKB, rozwiązanie problemów kolejek i braku dostępności do świadczeń medycznych, a także natychmiastowe zajęcie się przez polityków kryzysem w ochronie zdrowia.



“

Nie może tak być, aby lekarz obawiał się przede wszystkim o swoje bezpieczeństwo prawne, a nie o zdrowie pacjenta.



Niesiono transparenty wyrażające obawy i niezadowolenie. „Dajcie szansę pacjentom, nie związuście rąk medykom”, „Pozwólcie nam lepiej pracować”, „Stop straszeniu medyków” – to tylko niektóre z haseł.

Pod sejmem przemawiali m.in. przedstawiciel ratowników medycznych Adam Piechnik, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL Filip Płużański, współzałożyciel PR Damian Patecki, przewodniczący kujawsko-pomorskiego OZZL Bartosz Fiałek, prezes ds. operacyjnych Porozumienia Chirurgów „Skalpel” Krzysztof Hałabuz, prezes

„Pielęgniarek Cyfrowych” Katarzyna Kowalska, a także Tomasz Samborski z Ruchu na Rzecz Pacjentów oraz Renata Piżanowska – położna, która została zwolniona z pracy za ujawnienie braku środków ochrony indywidualnej.

W imieniu Prezydium NRL postulaty protestu poparł wiceprezes NRL Krzysztof Madej. Powiedział m.in., że nie może tak być, aby lekarz obawiał się przede wszystkim o swoje bezpieczeństwo prawne, a nie o zdrowie pacjenta. W jego ocenie wprowadzenie zapisu obciążającego lekarzy odpowiedzialnością

karną za niezawinione błędy jest wynikiem ignorancji i uporu polityków. – Myślę, że my, lekarze, nie zasłużyliśmy na takie traktowanie. Nie widzę w takiej postawie żadnego interesu społecznego – mówił Krzysztof Madej pod sejmem. Dodał, że większość błędów w medycynie ma źródła systemowe, a nie osobowe, dlatego trzeba zreformować zasady udzielania świadczeń medycznych. – Z tym jest bardzo duży kłopot, bo to wymaga pokory politycznej i naprawdę bardzo dużego wysiłku umysłowego. Lepiej zwiększyć represyjność, otrzeptać ręce i ogłosić sukces – wskazał.

W proteście uczestniczyło ok. 400 osób. Relacja z tego wydarzenia znajduje się na stronie internetowej „GL” i NIL. ■

WAŻNE

Medycy protestowali przeciw przepisom zawartym w tzw. tarczy 4.0 (nowelizacja art. 37a Kodeksu karnego), które zrównują pracowników ochrony zdrowia z przestępcami.



NOWA WIZJA KSZTAŁCENIA

Inżynier czy doktor?

Dla osób marzących o medycynie to większa szansa na zdobycie dyplomu, i to bez konieczności przeprowadzki. Dla uczelni – prestiż i źródło dodatkowych pieniędzy. Dla lokalnych władz – zaspokojenie ambicji połączone z próbą przyciągnięcia medyków.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

Trend wydaje się oczywisty: rośnie liczba studentów na kierunku lekarskim, a ich edukacją zaczęły zajmować się także mniejsze uczelnie, w tym niepubliczne, czasami niemające doświadczenia w kształceniu w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

LEKARZ Z DAWNEJ POLITECHNIKI

W efekcie wkrótce prawo wykonywania zawodu otrzymają absolwenci uczelni nieznanymi dużej części lekarzy. Ich nazwy czasami mogą mylić. Za kilka lat nie wszyscy początkowo będą chcieli uwierzyć, że stoi przed nimi lekarz z dyplomem Wyższej Szkoły Technicznej w Katowicach (dotąd kojarzonej głównie z prowadzenia studiów w zakresie architektury, mechatroniki i grafiki) czy Uniwersytetu Techniczno-Humanistycznego w Radomiu (jeszcze kilka lat temu znanego jako Politechnika Radomska, działająca wcześniej przez dwie dekady pn. Wyższa Szkoła Inżynierska). W ostatnich latach znacząco wzrosły szanse na zdobycie indeksu nie tylko dlatego, że nie ubiega się o to pokolenie wyżu demograficznego z lat 80. XX w. Od roku akademickiego 2014/2015 do 2020/2021

limit miejsc na kierunku lekarskim zwiększył się z 5510 do 8309, podczas gdy jeszcze w roku akademickim 2008/2009 wynosił 3402. Tegoroczny limit byłby jeszcze wyższy, gdyby nie to, że Uniwersytet Techniczno-Humanistyczny w Radomiu, gdzie obecnie studiuje 270 przyszłych lekarzy, dostał czerwoną kartkę od Polskiej Komisji Akredytacyjnej. – Staramy się przekonać ministerstwo, iż wypełniliśmy wszystkie zalecenia. Ewentualny brak naboru dotknie jedynie pierwszy rok studiów – komentuje tę sytuację prof. Dariusz Trzeźniowski, rzecznik prasowy uczelni. – Jesteśmy przekonani, że za kilka lat nikt nie będzie pamiętał o naszych obecnych problemach – dodaje.

CZĘSTOCHOWA? LUBLIN? ELBLĄG?

– Kierunek lekarski jest perłą, niewiele uczelni może się nim poszczycić – mówił na początku 2017 r. ówczesny szef Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego Jarosław Gowin przed uroczystym podpisaniem zgody na uruchomienie kierunku lekarskiego w UTH w Radomiu. Ta „perła” staje się coraz bardziej dostępna dla młodego pokolenia. Od kilku lat medycynę można studiować m.in. na Uniwersytecie

Rzeszowskim, Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach, Uniwersytecie Zielonogórskim i Uniwersytecie Opolskim. Rok temu studia na kierunku lekarskim zainaugurowano na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Władze tej publicznej uczelni właściwie od początku jej powstania w 1999 r. nosiły się z zamiarem powołania wydziału medycznego (w połowie sierpnia wmurowano kamień węgielny pod jego siedzibę). Bazę kliniczną dla studentów stanowią m.in. Wojskowy Instytut Medyczny, Narodowy Instytut Kardiologii, Instytut Matki i Dziecka, a także szpitale publiczne. Partnerem strategicznym wydziału jest założony prawie 100 lat temu Katolicki Uniwersytet Najświętszego Serca w Mediolanie, a poliklinika Gemelli w Rzymie, czyli oficjalny szpital papieża, jest bazą dydaktyczną i naukową UKSW dla prowadzenia studiów i badań w obszarze nauk medycznych. Starania o uruchomienie kierunku lekarskiego czyni Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy w Częstochowie. – U podstaw tej inicjatywy, oprócz podniesienia rangi uniwersytetu, znajduje się akademicka odpowiedź na niedobór lekarzy w Polsce – zgodnym głosem mówią pełnomocnik rektora

FAKT

Od roku akademickiego 2014/2015 do 2020/2021 limit miejsc na kierunku lekarskim zwiększył się z 5510 do 8309

ds. utworzenia lekarskiego kierunku studiów prof. Aleksander Sieroń i dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu prof. Wiesław Pilis. W toku są postępowania w sprawie wniosków o utworzenie studiów na kierunku lekarskim w Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej (sprawa z 2015 r., postępowanie sądowe) oraz w Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie. Z kolei wniosek Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy został pozostawiony bez rozpoznania z uwagi na brak uzupełnienia po wezwaniach ministra nauki i szkolnictwa wyższego.

ZACZĘŁO SIĘ W KRAKOWIE

Pierwszą niepubliczną uczelnią w naszym kraju umożliwiającą zdobycie dyplomu lekarza była Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Zajęcia ruszyły w roku akademickim 2016/2017. – Bazę do nauczania studentów kierunku lekarskiego w warunkach klinicznych stanowią przede wszystkim wybrane oddziały krakowskich szpitali. Czasem są to nawet całe szpitale, tak jak w przypadku Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie, czasem jednostki pozamiejscowe, jak Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca zlokalizowane na Śląsku – tłumaczy prof. Filip Gołkowski, dziekan Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu tej uczelni. W nadchodzącym roku akademickim limit przyjęć w Krakowskiej Akademii wynosi 125 miejsc na studiach stacjonarnych prowadzonych w języku polskim i tyle samo w języku obcym. Nie są to małe liczby, zważywszy choćby na fakt, że na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie te limity wynoszą odpowiednio 240 i 125, choć UJ ma zgodę na dodatkowe kilkadziesiąt miejsc w dwóch innych wariantach. – Trudno w kwestii prestiżu konkurować z uczelniami publicznymi, które mają często już kilkudziesięcioletnią i dłuższą tradycję nauczania na kierunkach lekarskich. My dostrzegamy jednak pozytyw w budowaniu od podstaw zarówno programu nauczania, jak i zespołów dydaktycznych – podkreśla prof. Filip Gołkowski.

PRESTIŻ BEZ GWARANCJI?

W 2017 r., jako druga niepubliczna placówka w Polsce, kształcenie przyszłych lekarzy rozpoczęła Uczelnia Łazarskiego w Warszawie. Bazę kliniczną stanowią 24 podmioty lecznicze, do których należą m.in. Instytut Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka, Instytut Hematologii i Transfuzjologii oraz szpitale wojewódzkie i miejskie. – Niewielka liczba studentów pozwala na przywrócenie relacji mistrz-uczeń, która w standardowym systemie kształcenia powoli zanika – przekonuje Sylwia Wrzosek, szefowa marketingu w Łazarskim, dodając, że obecnie liczba osób chcących studiować medycynę jest taka sama jak w poprzednich latach. Ze wzrostem liczby kandydatów mierzy się Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach, która w Wydziale Nauk Medycznych noszącym imię prof. Zbigniewa Religi kształci na kierunku lekarskim od 2018 r. Bazą są tutaj dwa własne budynki w Zabrze. – To miasto, w którym koszty utrzymania dla studentów są o wiele niższe niż w dużych aglomeracjach, a szanse, aby dostać się na medycynę w mniejszych ośrodkach akademickich, są zawsze większe – zauważa Marzena Kliš z Działu Promocji i Rozwoju WST. W jej opinii w obecnych czasach dla absolwenta ma znaczenie przede wszystkim wiedza, umiejętności i kompetencje, jakie osiągnie po ukończeniu studiów. – Prestiż uczelni jest owszem ważny, ale nie daje żadnych gwarancji – w ten sposób odpowiada na pytanie, czy władze rektorskie nie mają obaw, że dyplom lekarza zdobyty na ich uczelni okaże się mniej prestiżowy od uzyskanego w znanej uczelni medycznej.

CZWARTA UCZELNIA W WARSZAWIE

Za kilka tygodni studia na kierunku lekarskim po raz pierwszy rozpoczyna się w Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Uprawnienia do prowadzenia jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim uzyskała niecałe pół roku temu w wyniku starań

Tłumy w Kielcach

44 osoby na jedno miejsce zarejestrowały się w pierwszym etapie rekrutacji na kierunek lekarski na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach, gdzie medycynę można studiować dopiero od pięciu lat. W tyle znalazło się m.in. pielęgniarstwo, położnictwo i prawo (na każdy z tych kierunków było średnio po 2,8 kandydata na jedno miejsce). Poza kierunkiem lekarskim dużym zainteresowaniem cieszyły się kryminologia stosowana (6,5), psychologia (5,9), fizjoterapia (5,4) i kosmetologia (5,0).

prowadzonych od 2015 r. To czwarta placówka w stolicy, w której przyszły lekarz może zdobyć dyplom. Na początku nosiła inną nazwę, kształcąc studentów ekonomii. Później rozszerzyła ofertę m.in. o zdrowie publiczne, turystykę i rekreację, pedagogikę. Z biegiem lat zdecydowano się ukierunkować działalność uczelni na studia w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu, czego konsekwencją była zmiana nazwy na obecną, a w jej struktury włączono m.in. Wyższą Szkołę Zawodową Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia. – Posiadamy własną bazę kliniczną w Mazowieckim Szpitalu Onkologicznym w Wieliszewie – mówi rektor UM MSC prof. Mirosław Cienkowski. Uczelnia jest w trakcie budowy szpitala, który również ma być bazą własną do realizacji zajęć klinicznych.

ILE ZA CZESNE?

Rozpoczynając studia na kierunku lekarskim w prywatnej placówce, trzeba liczyć się z niemałymi wydatkami. Wysokość czesnego jest zróżnicowana. Za pierwszy semestr nauki w trybie stacjonarnym w języku polskim w UM MSC trzeba zapłacić 18 tys. zł, a w krakowskim Fryczu – 22 tys. zł. W WST w Katowicach czesne w zależności od roku studiów waha się między 21 tys. a 23 tys. zł, w Uczelni Łazarskiego wynosi 29-34 tys. zł. Chętnych jednak nie brakuje. ■

22

liczba uczelni (wliczając UTH w Radomiu), które w nadchodzącym roku akademickim będą kształcić studentów na kierunku lekarskim

ZE ŚWIATA

Zakażonych nadal przybywa

Wraz z końcem sierpnia liczba potwierdzonych zakażeń SARS-CoV-2 przekroczyła 25 mln na całym świecie, z czego 6,8 mln to przypadki aktywne (ok. 61 tys. osób w stanie bardzo poważnym/krytycznym) i 18,5 mln o charakterze zamkniętym (wyleczeni – 17,7 mln/zgony – 851 tys.).

W ciągu ostatnich dwóch miesięcy odnotowano ponad 15 mln nowych zakażeń. Dzielne przyrosty zachorowań w lipcu i sierpniu wahały się od nieco ponad 200 tys. do niemal 290 tys. Najwięcej przypadków jest w USA, Brazylii, Indiach i Rosji.



Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, do 31 sierpnia br. potwierdzono ponad 6 mln zakażeń w USA (najgorsza sytuacja w ostatnich dwóch tygodniach lipca), ok. 3,8 mln w Brazylii oraz 3,6 mln w Indiach. Na czwartym miejscu znajdowała się Rosja z niemal milionem zakażeń.

Kolejne kraje z bardzo dużą liczbą zakażonych to: Peru (647 tys.), RPA (625 tys.), Kolumbia (607 tys.), Meksyk (595 tys.), Hiszpania (455 tys.), Chile (409 tys.).

Koronawirus ponownie zaczyna dośkwierać w niektórych krajach Europy – wzrosty zachorowań w miesiącach wakacyjnych potwierdzono m.in. w Hiszpanii, Holandii, Polsce, Rumunii, Serbii, Czechach, Danii, Chorwacji, Grecji, Słowacji i na Ukrainie.

W Polsce do 31 sierpnia potwierdzono 67,3 tys. zakażeń koronawirusem, z czego ok. 18,6 tys. to przypadki aktywne. Ponad 2 tys. osób zmarło z powodu COVID-19. ■

Protest lekarzy w Korei Płd.

Od kilku tygodni w Korei Południowej młodzi lekarze protestują przeciw planom rządu dotyczącym zwiększenia liczby studentów na studiach medycznych.

Jak informuje agencja Reuters, rząd ogłosił zarysy reformy pod koniec lipca. Zakłada ona zwiększenie liczby studentów medycyny o 4 tys. w ciągu najbliższej dekady (ok. 400 rocznie). Mają być stworzone także specjalne mechanizmy finansowe zachęcające lekarzy do specjalizowania się w mało popularnych dziedzinach medycyny i podejmowania pracy w rejonach wiejskich. Zdaniem rządu wprowadzenie zmian załata problem braku wystarczającej liczby lekarzy na prowincjach i lepiej przygotuje kraj na kryzysy zdrowia publicznego, takie jak np. pandemia koronawirusa.

Stażyści i rezydenci są innego zdania – uważają, że zwiększenie liczby studentów załatoby już i tak konkurencyjny rynek. Proponują także,

aby pieniądze, które ma pochłonąć reforma, spożytkować na poprawę wynagrodzeń obecnych stażystów i dofinansować szpitale wiejskie, które już teraz znajdują się w trudnej sytuacji. Zdaniem Korean Intern Resident Association (KIRA), zrzeszającego 16. tys. członków, młodzi lekarze otrzymują pensję minimalną i pracują 80 godzin tygodniowo.

7 sierpnia doszło do 24-godzinnego protestu tysięcy młodych lekarzy, a 12 tys. z nich wzięło udział w milczącej manifestacji w Seulu. Tydzień później, w piątek 14 sierpnia, ponad jedna czwarta placówek medycznych została zamknięta w kraju na jeden dzień. Młodych lekarzy w proteście wsparli ich starsi koledzy. Ok. 20 tys. tłum ponownie protestował w Seulu.

21 sierpnia 16 tys. stażystów i rezydentów rozpoczęło strajk. Rząd postąpił jednak nieugięty, co więcej, wydano rozkaz powrotu do pracy i grożono sankcjami, w tym cofnięciem licencji, więzieniem lub wyso-



21 sierpnia 16 tys. stażystów i rezydentów rozpoczęło strajk. Rząd postąpił jednak nieugięty: wydano rozkaz powrotu do pracy i grożono sankcjami.

kimi grzywnami. W zaistniałej sytuacji Korean Medical Association (KMA), zrzeszające ok. 130 tys. lekarzy z całego kraju, zdecydowało o ogłoszeniu trzydniowego ogólnonarodowego protestu. Dziesiątki tysięcy lekarzy, w geście solidarności, przyłączyło się do protestu. Kolejny ogólnonarodowy protest jest planowany na 7 września.

KMA uważa, że w Korei Południowej nie ma problemu z brakiem kadr, a obecne działania rządu mają tylko odwrócić uwagę od realnych problemów publicznej ochrony zdrowia.

Strajk odbywa się w cieniu epidemii COVID-19 – po kilku miesiącach spokoju Korea Południowa notuje ponowne wzrosty zakażeń koronawirusem (od połowy sierpnia o ok. 300 dziennie). Dotychczas w tym kraju potwierdzono ponad 20 tys. przypadków zakażeń, przeszło 300 osób zmarło. ■

Najlepsze uczelnie medyczne 2020

K

tóre uczelnie wyższe kształcące przyszłych lekarzy i lekarzy dentystów są w światowej czołówce?

W najnowszej edycji szanghajskiego rankingu dziedzin naukowych (Shanghai's Global Ranking of Academic Subjects, GRAS) w kategorii oceniającej uczelnie z zakresu medycyny klinicznej pierwsze miejsce zajął Uniwersytet Harvarda. Na drugim miejscu znalazła się kolejna amerykańska uczelnia – Uniwersytet Kalifornijski w San Francisco, a na trzecim – brytyjski Uniwersytet Cambridge.

W pierwszej 50. zestawienia jest obecnych w sumie aż 26 uczelni amerykańskich (z czego siedem w pierwszej 10.) i osiem z Wielkiej Brytanii, a także po trzy – z Australii i Francji, po dwie – z Kanady, Danii i Holandii oraz po jednej z Niemiec, Szwecji, Belgii i Hiszpanii.

W całym, liczącym 500 pozycji zestawieniu, znalazły się cztery polskie uczelnie medyczne: Uniwersytet Jagielloński i Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu (miejsca od 201 do 300), a także Gdański Uniwersytet Medyczny i Uniwersytet Medyczny w Łodzi (301 – 400).

W kategorii uczelni wyższych kształcących lekarzy dentystów pierwsze dwa miejsca zajęły amerykańskie uczelnie – Uniwersytet Michigan w Ann Arbor i Uniwersytet Karoliny Północnej w Chapel Hill. Trzeci był brytyjski King's College London (Kolegium Królewskie w Londynie). Jeśli zaś chodzi o dalsze pozycje, to także widać wyraźną



dominację uczelni z USA. Co jednak ciekawe, pierwszą dziesiątkę zestawienia zamykają belgijski Katolicki Uniwersytet Lowański (KU Leuven) i brazylijski Uniwersytet w Sao Paulo, a w pierwszej 50. rankingu znalazły się uczelnie z wielu innych krajów, m.in. z Japonii, Szwajcarii, Szwecji, Kanady, Finlandii, Australii i Chin.

W całym, obejmującym 300 pozycji zestawieniu uczelni kształcących stomatologów, nie znalazła się ani jedna placówka z Polski.

Ranking GRAS publikowany jest od 2009 r. To zestawienie najlepszych uczelni na świecie w podziale na 54 dyscypliny naukowe. Ranking tworzony jest m.in. w oparciu o liczbę publikacji naukowych oraz ich cytowań, liczbę publikacji w najważniejszych czasopismach naukowych czy liczbę pracowników naukowych, którzy otrzymali prestiżowe nagrody w określonej dziedzinie. ■

Zarobki rezydentów w USA

W

jakiej sytuacji finansowej są amerykańscy lekarzy rezydenci? Jak kształtują się ich wynagrodzenia? Ile czasu muszą poświęcać na pracę? Odpowiedzi na te i inne pytania znajdziemy w raporcie Medscape, opublikowanym na początku sierpnia br.

Wynika z niego, że roczne zarobki specjalizujących się lekarzy wynoszą średnio 63,4 tys. USD (każdego roku odnotowywany jest systematyczny wzrost wynagrodzeń o ok. 3 proc.). Najniższe pensje dotyczą takich specjalizacji jak medycyna rodzina (58,5 tys. USD), psychiatria, ginekologia i położnictwo, medycyna ratunkowa, chirurgia ogólna, interna (61,5 tys. USD), a najwyższe – w takich dziedzinach jak alergologia, hematologia, chirurgia plastyczna, reumatologia, kardiologia (ok. 69 tys. USD). Pensje rosną wraz z kolejnymi latami szkolenia specjalizacyjnego.

Mniej niż połowa rezydentów uważa, że jest uczciwie wynagradzana za swoją pracę. Główne powody niezadowolenia to poczucie, że wysokość pensji nie jest odzwierciedleniem czasu, jaki poświęcają na pracę (ok. 60-70 godzin tygodniowo).

Za to zdecydowana większość, bo prawie 80 proc. respondentów, jest zadowolona z jakości szkolenia specjalizacyjnego i lekarzy prowadzących ich rezydenturę. Cenią sobie też współpracę z pielęgniarkami.

Co ciekawe, nie ma wyraźnej różnicy w zarobkach mężczyzn i kobiet (63,7 tys. USD vs 63 tys. USD) – inaczej niż w przypadku ich starszych kolegów i koleżanek – lekarzy specjalistów, gdzie różnice w wynagrodzeniach zależnie od płci mogą wahać się w granicach 25-30 proc. W badaniu udział wzięło ponad 1600 rezydentów, reprezentujących 30 różnych dziedzin medycyny. ■

“

Roczne zarobki specjalizujących się lekarzy wynoszą średnio 63,4 tys. USD.

PSYCHIATRIA

Trzy poziomy



Opieka psychiatryczna dzieci i młodzieży w Polsce przechodzi głęboką przemianę.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Polska psychiatria dzieci i młodzieży znalazła się w zapaści. Do lekarza tej specjalności lub psychologa terapeuty na NFZ czekało się w długiej kolejce, a uzyskanie pomocy w krótszym czasie oznaczało pobyt w szpitalu.

Oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży były więc przepełnione. Z braku miejsc pacjenci leżeli na korytarzach. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne nie spełniały roli terapeutycznej, zajmowały się głównie diagnozowaniem oraz wydawaniem opinii i orzeczeń dotyczących kształcenia i wychowania.

Zapaść pogłębił deficyt kadrowy psychiatrów dziecięcych. Jest

ich w Polsce 400, co oznacza, że na 100 tys. niepełnoletnich przypada 6,3 specjalisty (standardy WHO: 10 / 100 tys.). W 2018 r. przy Ministerstwie Zdrowia powstał zespół złożony m.in. z ekspertów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, psychologii i psychoterapii oraz pracowników MZ, który opracował nowy model opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oparty na trzech poziomach referencyjnych. W tym roku model ten zaczął już funkcjonować.

POZIOM PIERWSZY

Pierwszy poziom obejmuje sieć placówek, których kadrę tworzą psycholodzy, psychoterapeuci oraz terapeuci środowiskowi dzieci i młodzieży. Są to Ośrodki

Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży. Oferta jest kierowana do osób, które nie wymagają diagnozy psychiatrycznej lub farmakoterapii. Okazuje się, że w przypadku wielu zaburzeń psychicznych, pojawiających się np. w dzieciństwie, z powodzeniem można stosować psychoterapię indywidualną i grupową, terapię rodzinną czy pracę z grupą rówieśniczą, dzięki czemu udaje się zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia psychicznego pacjenta i uniknąć pobytu na oddziale psychiatrycznym, który jest traumatycznym doświadczeniem dla młodej osoby. Warunkiem sukcesu jest wczesna reakcja na pojawiające się problemy i ośrodki mają ją zapewnić.

400

Tyło jest psychiatrów dziecięcych w Polsce, co oznacza, że na 100 tys. niepełnoletnich mamy 6,3 specjalisty.

– Ten kierunek jest sprawdzony, skuteczny i zgodny z międzynarodowymi rekomendacjami, a na dodatek można korzystać z pomocy ośrodka bez skierowania – podkreśla prof. Małgorzata Janas-Kozik, pełnomocnik MZ ds. reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży, kierownik Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowych w Centrum Pediatрії im. Jana Pawła II w Sosnowcu, członek ZG Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Docelowo ośrodek pierwszego stopnia referencyjnego ma funkcjonować w każdym powiecie. Obecnie w drodze konkursu wyłoniono ich 138. Podpisały one umowy z NFZ i rozpoczęły działalność. W sumie ma ich być około 300. Tak gęsta sieć placówek ma umożliwić współpracę ze środowiskiem lokalnym – szkołami i poradniami pedagogiczno-psychologicznymi działającymi w ramach resortu oświaty, co pozwoli objąć dzieci i młodzież kompleksową opieką psychologiczno-psychoterapeutyczną na tym poziomie. Dopracowywane są formy finansowania ośrodków, chodzi o możliwość płacenia pakietowego.

POZIOM DRUGI

Filarem drugiego poziomu referencyjnego są Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży utworzone z obecnych poradni zdrowia psychicznego i oddziałów dziennych. Jeden ośrodek ma obsługiwać kilka sąsiadujących ze sobą powiatów. Poradni, które można przetransformować w takie centra, jest w kraju około 160, a oddziałów dziennych – 38.

Dr Tomasz Rowiński, dyrektor Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży na warszawskich Bielanach, jednego z trzech modelowych ośrodków drugiego poziomu referencyjnego, tłumaczy, że z założenia centra obejmują opieką psychiatryczną pacjentów, którzy mają już za sobą terapię w ośrodkach pierwszego poziomu. – Jeśli pomoc na pierwszym poziomie nie przynosi efektów, pacjent powinien być leczony na poziomie drugim, zwłaszcza kiedy nasiliły się objawy zaburzeń psychicznych zagrażających

zdrowiu i życiu – wyjaśnia dr Tomasz Rowiński.

W ośrodku poziomu pierwszego nie ma psychiatry dzieci i młodzieży, ale w placówce z drugim poziomem referencyjności musi być specjalista w tej dziedzinie. Oprócz lekarza w skład zespołu wchodzi też dwóch psycho-terapeutów dzieci i młodzieży, terapeuta środowiskowy, terapeuta zajęciowy, pielęgniarki, psycholog oraz psycholog kliniczny dzieci i młodzieży. – Z uwagi na COVID-19 ośrodki drugiego poziomu nie zdążyły w pełni zacząć funkcjonować, nie odbyły się konkursy i nie podpisano umów z NFZ. Istnieje więc obawa, że pierwszy poziom referencyjny nie udźwignie naporu pacjentów. Wszyscy z niecierpliwością czekamy na rozwiązanie tej sytuacji – konkluduje dr Rowiński.

POZIOM TRZECI

Na trzecim, najwyższym poziomie referencyjnym, umieszczono Ośrodki Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej, czyli izby przyjęć i oddziały szpitalne. Znajdą w nich pomoc osoby wymagające najbardziej specjalistycznej pomocy, w tym w szczególności w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowane w trybie nagłym. Ze względu na bezpieczeństwo pacjentów konieczne jest, aby w każdym województwie funkcjonowała co najmniej jedna taka placówka.

W tych ośrodkach będą się także kształcili przyszli lekarze psychiatry dzieci i młodzieży oraz inni specjaliści. – W starym systemie 34 istniejące oddziały szpitalne nie zaspokajały potrzeb. W nowym, opartym na modelu psychiatrii środowiskowej, może się okazać, że większym problemem będą znajdujące się na mapie Polski takie miejsca, gdzie nie ma ani ośrodka, ani psychiatry, ani psychiatrycznego oddziału dziecięcego – ostrzega prof. Małgorzata Janas-Kozik. Z aprobatą spogląda na Białystok, gdzie wkrótce zostanie otwarty taki oddział, uważa jednak, że powinno ich powstać jeszcze kilka, aby białe plamy zniknęły.

NOWE KADRY, NOWE WYTTCZNE

Reforma jest prowadzona dwutorowo. Utworzenie trójpoziomowego



Psychiatria dziecięca została wpisana przez Ministerstwo Zdrowia na listę dziedzin deficytowych.

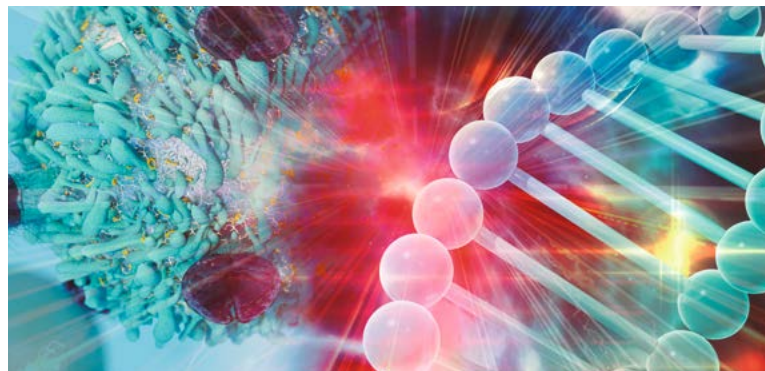
systemu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży jest bezpośrednio skierowane do pacjenta, drugi tor to szkolenie kadr. Jak zaznacza prof. Janas-Kozik, ta dwutorowość działań była założona i pozwoli reformie ewoluować. Pozyskano już fundusze z Unii Europejskiej na edukację, z których sfinansowano szkolenie kadr w sześciu ośrodkach w Polsce (Poznań, Kraków, Łódź, Warszawa, Lublin i Sosnowiec). Szkolenia są nieodpłatne i dotyczą każdego z trzech poziomów referencyjnych.

Psychiatria dziecięca została też wpisana przez Ministerstwo Zdrowia na listę dziedzin deficytowych, co oznacza wyższe pensje dla rezydentów z psychiatrii dzieci i młodzieży. – To są naprawdę daleko idące zmiany, wreszcie powstała specjalizacja z zakresu psychoterapii dzieci i młodzieży (dotychczas było tylko szkolenie podyplomowe prowadzone w prywatnych placówkach), została poszerzona psychologia kliniczna o element dziecięco-młodzieżowy oraz utworzono nowy zawód medyczny – terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży, który ma przygotowywać do pracy środowiskowej w ośrodkach pierwszego poziomu referencyjnego – wylicza prof. Małgorzata Janas-Kozik i zapewnia, że zostaną też opracowane nowe wytyczne, które jasno określą, na jakich zasadach kwalifikować pacjentów do leczenia w poszczególnych poziomach referencyjnych, które stany wymagają pomocy psychologicznej, psychiatrycznej czy hospitalizacji. Uważa, że pierwszy poziom jest najważniejszy, ponieważ odwraca dotychczasową piramidę leczenia, u podstaw której znajdowały się szpitalne oddziały psychiatryczne. ■

NAUKA

Uderzenie rykoszetem

R Czy pandemia COVID-19 zwiększy liczbę zgonów z powodu nowotworów, a wskaźniki umieralności zaczną wzrastać już za rok lub dwa lata?



“

60 proc. instytucji w USA oraz 86 proc. w Europie zadeklarowało w ankiecie, że włącza do badań znacznie mniej chorych niż przed wybuchem pandemii.

W redakcyjnym artykule opublikowanym w „Science” przedstawiono model przewidujący zwiększenie liczby zgonów z powodu raka piersi i raka jelita grubego w USA o 10 tys. w ciągu 10 lat. Według raportów liczba wykonywanych badań przesiewowych spadła w niektórych ośrodkach

o 90 proc. Lęk przed zakażeniem i ograniczenie dostępności wizyt lekarskich spowodowały opóźnienia w diagnostyce oraz zgłaszanie się chorych dopiero z wyraźnymi objawami nowotworów. Ponadto leczenie onkologiczne w wielu wypadkach było odraczane lub modyfikowane, co w niektórych sytuacjach mogło obniżać jego skuteczność. To nie jedyne skutki pandemii – jej wybuch wstrzymał również badania naukowe na całym świecie i negatywnie wpłynął na nabór chorych do badań klinicznych. Analiza danych z rejestru clinicaltrials.gov pokazuje, że w marcu i kwietniu br. zawieszono ponad 200 toczących się badań w dziedzinie onkologii. 60 proc. instytucji w USA oraz 86 proc. w Europie zadeklarowało w ankiecie, że włącza do badań znacznie mniej chorych niż przed wybuchem pandemii. Jako główne przyczyny podawano m.in. mniejszą dostępność pacjentów, obawy badaczy o bezpieczeństwo, potencjalne braki personelu. ■



gazetalekarska.pl

Genetyczna mieszanka

O pracowano całościową analizę porównawczą wszystkich dostępnych pełnych sekwencji genomu (struktury materiału genetycznego) koronawirusa SARS-CoV-2, dotąd poznanych w Polsce.

To zasługa naukowców z Instytutu Genetyki Człowieka Polskiej Akademii Nauk w Poznaniu, których badania wypełniają lukę w tym zakresie występującą we wszystkich krajach słowiańskich. „Ocena sekwencji izolowanych w Polsce koronawirusów jasno wskazuje, że mamy w kraju do czynienia z genetyczną mieszanką wielu typów i podtypów wirusa SARS-CoV-2, która zapewne jest wynikiem transferu patogenu z różnych lokalizacji geograficznych” – podano w informacji

prasowej. Jak podkreślają naukowcy z PAN, określenie, z którego kraju pochodzi dany przypadek transmisji i kiedy mogło do niej dojść, możliwe jest dzięki wnikliwemu wywiadowi epidemiologicznemu. Koronawirus obecny w Europie należy do sześciu powszechnie uznanych typów. Podobnie jak w przypadku innych izolatów europejskich, większość polskich próbek należy do typu G. Badacze podkreślają, że sekwencjonowanie całego materiału genetycznego wirusa pozwala na wykrycie nowych mutacji specyficznych dla populacji, a dostęp do informacji o zmienności szczepów występujących w naszym kraju pozwoli na dostosowanie przyszłych terapii czy szczepionek do specyfiki zakażeń wśród polskiej populacji. ■

To się opłaca

P rzybija dowodów na to, że opieka medyczna w domu wiąże się z rzadszymi wizytami na oddziale ratunkowym.

Podczas tegorocznego wirtualnego kongresu American Society of Clinical Oncology (ASCO) zaprezentowano badanie porównujące standardową opiekę nad chorymi na nowotwory z modelem opieki „szpitala przeniesionego do domu”. Przeanalizowano dane 367 pacjentów, spośród których 77 proc. miało nowotwór w IV stadium zaawansowania. Średnia wieku chorych wynosiła 62 lata. 198 osób korzystało ze standardowej opieki medycznej, a pozostałe 169 było objęte programem „Huntsman at Home”, opartym na pracy zespołów pielęgniarskich, które zapewniają niezbędną domową opiekę medyczną, działając w porozumieniu z lekarzem i innymi członkami zespołu medycznego. Porównanie obu grup wykazało, że opieka domowa wiązała się z mniejszą o 56 proc. liczbą nieplanowanych hospitalizacji i krótszym czasem ich trwania. Mniejsza o 45 proc. była również liczba wizyt na oddziałach ratunkowych. Oszacowano, że opieka domowa była również o połowę tańsza. ■



MARTA
JAKUBIAK

redaktor naczelna

PRZEMOC SŁOWNNA

Nie karm hejtera

„Słowa mają wielką moc – mogą sprawić, że ktoś przeżywa radość albo cierpienie; że świat jest przyjazny albo wrogi; że się szanujemy albo sobą gardzimy. Wszystko zaczyna się od słów”.

[prof. Katarzyna Kłosińska]

Na początku roku Rada Języka Polskiego zainicjowała kampanię społeczną „Ty mówisz – ja czuję. Dobre słowo – lepszy świat”, której celem jest przeciwdziałanie zjawisku przemocy słownej, coraz powszechniejszemu w życiu.

– Chcielibyśmy, by ludzie pamiętali o tym, że od tego, jakich słów używamy, zależy to, jak wygląda nasz świat – wyjaśnia prof. Katarzyna Kłosińska, przewodnicząca RJP przy Prezydium PAN.

Od kilku lat dokonuje się brutalizacja debaty publicznej w Polsce. – Zjawiskiem powszechnym staje się agresja językowa, nazywana mową nienawiści albo hejtem. Ludzie, obserwując tak prowadzoną dyskusję, przyzwyczajają się do napastliwych zachowań językowych i znieczulają się na nie, a co gorsza, zaczynają je włączać do własnych zachowań – zauważa prof. Jacek Wasilewski z Katedry Antropologii Mediów WDliB UW.

Podobne spostrzeżenia ma prof. Barbara Sobczak z Zakładu Retoryki, Pragmalingwistyki i Dziennikarstwa IFP UAM w Poznaniu, autorka tekstu „Oblicza agresji językowej w dyskursie publicznym. Próba uporządkowania pojęć”, opracowanego w ramach kampanii RJP. – Zmienia się styl debaty publicznej.

Coraz więcej w niej agresji. Weźmy chociażby obrady Sejmu, podczas których obserwujemy zachowania językowe i niejęzykowe, które jeszcze jakiś czas temu byłyby niewyobrażalne w komunikacji publicznej. Proszę zwrócić uwagę, jak gest postanki Joanny Lichockiej był relatywizowany. Nie wszyscy politycy jednoznacznie potępili jej zachowanie – zauważa prof. Sobczak.

Językoznawcy mówią o zjawisku agresji językowej, ale w przestrzeni publicznej częściej pojawiają się określenia: mowa nienawiści, hejt. – Są to rodzaje agresji językowej. Przyjmuje się, że mowa nienawiści to wypowiedzi, których celem jest budzenie nienawiści wobec jakichś grup społecznych i jest ona adresowana do zbiorowości, a nie jednostek. Jeśli uderza w jednostkę, to jako przedstawiciela określonej grupy. Należy podkreślić, że przynależność do takich grup jest „naturalna”, a nie z wyboru. Ktoś jest więc atakowany ze względu na kolor skóry, płeć, wyznanie, preferencje seksualne albo kalectwo. Pamiętajmy, że mowa nienawiści zawsze znajduje uzasadnienie w jakiejś ideologii, choćby najbardziej prymitywnej. Hejt natomiast jest pojęciem szerszym. Nie dotyczy tylko zjawisk ksenofobicznych, rasistowskich czy antysemickich. W przypadku hejtu każdy może być obiektem ataku.

Swego czasu byli to nauczyciele, potem sędziowie, a ostatnio, w czasie pandemii, stali się nim medycy – wyjaśnia prof. Barbara Sobczak.

W debacie publicznej coraz silniej obecna jest retoryka nienawiści. – To niebezpieczne zjawisko, bo świat buduje się na dychotomii: my – oni, swój – obcy, z czym zawsze wiąże się wartościowanie: my jesteśmy dobrzy, a oni źli. W takim układzie ról nie ma mowy o partnerstwie. Nie mówi się do kogoś, ale o kimś. I ten ktoś jest wrogiem. Warto podkreślić, że w retoryce nienawiści nie trzeba być autorytetem, żeby mieć mandat do wygłaszania sądów. Legitymizuje do tego przynależność do grupy uznanej za lepszą – wyjaśnia prof. Barbara Sobczak. Skutki takich zachowań są bardzo dotkliwe. – Ktoś, kto nie przeżył nigdy hejtu, nie zdaje sobie sprawy, jak silny jest ostracyzm społeczny i jakie może wywoływać spustoszenie w psychice człowieka – ostrzega prof. Wasilewski.

NIEWŁAŚCIWA GRUPA

– Lekarze, jako ludzie wykształceni, zostali włączeni do elity, tak jak sędziowie czy pracownicy nauki wyższych uczelni, a obecnie wobec elit stosuje się negatywne środki wyrazu. Jeżeli chce się wzbudzać emocje, odwoływać do populizmu, to świat musi zostać podzielony na czarny i biały: obywatel, któremu

HEJT

Nie dotyczy tylko zjawisk ksenofobicznych, rasistowskich czy antysemickich. Każdy może być obiektem ataku.



wiedzie się średnio, i lekarz, któremu wiedzie się doskonale. Wobec tej grupy zawodowej zastosowano zabiegi zohydzające – zauważa prof. Wasilewski. – Ze środowiska wyławia się kogoś, kto może być łatwym celem, i kogo ocena zostaje rozszerzona na całą grupę. „Pani doktor mówi, że mało zarabia, a była w Afryce” – to przykład manipulacji służącej politycznej dezintegracji społecznej. Im jest ona większa, tym mniejsze mamy zaufanie, że ktoś z tzw. elity będzie mógł ludziom wytłumaczyć zawiłości związane z systemem funkcjonowania służby zdrowia. Jeżeli jakaś grupa jest dyskredytowana, to nie jest ważne, co mówi, bo przecież jest zła, więc na pewno będzie manipulować – wyjaśnia.

Na celownik wzięto sędziów i lekarzy, bo są to grupy niezależne, mają swoje samorządy, ale też słabo komunikują się ze społeczeństwem. Mówią językiem racjonalnym, uważają, że trzeba edukować. Jednocześnie są zaskoczeni tym, co dzieje się w dyskursie publicznym. Spojrzenie na te grupy zaczyna się

w mediach zależnych, które sprzyjają danej grupie, a następnie, włączają dyskusję na forach, w komentarzach, na blogach. Pojawia się efekt echo: jeżeli w jednym medium hejt staje się normą i jest przyzwolenie na tego typu zachowania, to zaczyna być czymś normalnym w innym miejscu, nawet na ulicy. – Kiedy prof. Grodzki został marszałkiem Senatu, natychmiast pojawiły się publikacje mające go zdyskredytować. Jest lekarzem, więc cień został rzucony na całe środowisko. W świat poszedł przekaz: lekarze tacy są – biorą łapówki. Myślenie generalizujące to jeden z wyznaczników mowy nienawiści – tłumaczy prof. Wasilewski. Dodatkowo cechą

polskiego społeczeństwa nie jest wysoki procent czytelnictwa. Jeżeli nie ma nawyku sprawdzania informacji, to ludzie działają na skróty: jeżeli lekarze mają styczność z chorymi, to roznoszą choroby, więc powinni być izolowani. To prądawne myślenie magiczne osób nieskażonych chęcią zdobywania wiedzy.

Żeby ochronić się przed hejtem, trzeba mieć przygotowane pewne konkretne działania albo bardzo silne więzi z ludźmi, którzy są adresatami komunikatów opartych na retoryce nienawiści. Lekarze nie są w stanie ich stworzyć podczas bardzo ograniczonego czasu na wizytę. – Rozumiem lekarzy, którzy tłumaczą się, że na rozmowę z pacjentem nie

EFEKT ECHO

Jeżeli w jednym medium hejt staje się normą i jest przyzwolenie na tego typu zachowania, to zaczyna być czymś normalnym w innym miejscu, nawet na ulicy.



Lekarze, jako ludzie wykształceni, zostali włączeni do elity, tak jak sędziowie czy pracownicy nauki wyższych uczelni, a obecnie wobec elit stosuje się negatywne środki wyrazu.

mają czasu, ale powinni go znaleźć, bo w komunikacji lekarza z pacjentem potrzebna jest empatia i dobre porozumienie z chorym, o które lekarze powinni dbać. Niestety, prawie każdy ma jakieś negatywne doświadczenie związane z wizytą w przychodni czy szpitalu. Nie zawsze zaopiekowano się nim w sposób, jakiego oczekiwał i nosi w sobie punkt zapalny. Jeżeli pojawi się dobra „podpałka”, cała frustracja związana ze służbą zdrowia, a z nią identyfikuje się lekarzy, przeleje się na nich. Wystarczy wtedy otworzyć komputer i wylać swoje żale, a wiemy, jak łatwo kogoś zdyskredytować, wpisując o nim negatywną opinię w internecie... – ostrzega prof. Sobczak.

PERSONIFIKACJA ZAGROŻENIA

Pandemia to trudny czas, pełen niepewności i strachu, który sprzyja szukaniu winnego. Takim kozłem ofiarnym mogą stać się grupy społeczne, zawodowe albo przynależne do nich jednostki. W okresie pandemii SARS-CoV-2 zaatakowani zostali lekarze, ponieważ uznano, że roznoszą zarazę. Czy można przerwać taką mowę nienawiści? – Na pewno trzeba spróbować. Gdy zaczął się hejt, w mediach natychmiast powinien pojawić się minister zdrowia z dobrą kampanią informacyjną. Powinien wytłumaczyć, jakie są realne zagrożenia i że lekarze ich nie stanowią. Uważam, że jednym z problemów tej pandemii jest bardzo zła polityka informacyjna. Dostarczane dane są sprzeczne: raz mówi się o tym, że należy nosić maseczki – potem, że już nie trzeba; pandemia jest wygaszona, a za chwilę wstrzymuje się loty, bo liczba zarażonych drastycznie rośnie – ocenia prof. Sobczak.

Jeżeli jednak podstawa danej wypowiedzi jest stricte emocjonalna, to przekaz racjonalny, bazujący na wiedzy medycznej, jej nie zmieni. Żadne racje nie będą przyjmowane. Ataki na lekarzy, tak jak i choćby na maszty 5G, były podobnie umotywowane – strachem, próbą zapobieżenia niebezpieczeństwu, i były kompletnie nieracjonalne. Strach i brak wiedzy przejmują nad ludźmi kontrolę.

Jeśli ludzie się przestraszą lub jeśli pokaże im się wroga, mogą kąsać.

– Kiedy wybuchła pandemia, na początku był szok, potem silna potrzeba zaadaptowania się do sytuacji i to był moment, który stworzył przestrzeń do atakowania. Jedni znajdowali aktywności pozwalające odreagować, inni adaptowali się, próbując zorganizować sobie życie na nowo. Byli jednak też tacy, którzy szukali winnych i znajdowali ich np. w swoich sąsiadach, w personelu medycznym. Docierały do mnie sygnały z mniejszych miejscowości, że medycy wraz ze swoimi rodzinami są w bardzo trudnej sytuacji: mieli poczucie zagrożenia, izolacji, a także nosili piętno tych, którzy stwarzają szczególne zagrożenie – wspomina dr Antonina Doroszewska, kierownik Studium Komunikacji Medycznej WUM.

Problem polega na tym, że wirusa nie widać, a jest zagrożenie. Jeżeli zostanie ono zidentyfikowane, np. spersonalizowane, to ludzie będą mieli przekonanie, że panują nad sytuacją, mogą poczuć się bezpiecznie. Ci, którzy zidentyfikowali namacalne źródło w określonej grupie – medyków – zaczęli ich winić i konfrontować się z nimi.

KRYTYKA A HEJT

W debacie publicznej określenia hejt i mowa nienawiści często są narzędziem erystycznym, tzn. jeżeli chce się kogoś zdyskwalifikować, to mówi się, że to, co on głosi, jest zwyrodniałym hejtem. – Krytyka powinna być konstruktywna – to merytoryczna ocena faktów. Powinna być oparta na argumentacji ad rem. Niektóre formy krytyki mogą być rozpatrywane jako akty agresji – zwłaszcza wtedy, jeśli jest to krytyka wygłaszana z intencją sprawienia komuś przykrości, wyrządzenia mu szkody albo wyładowania własnych frustracji. Hejt to nie krytyka, to osobisty atak, forma agresji – podkreśla prof. Sobczak.

W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Formą agresji jest również ironizowanie, zręczenie, pouczenie,

RPL

Rzecznicy praw lekarza działający przy OIL przyjmują zgłoszenia działań naruszających dobre imię lekarzy, przejawów agresji oraz hejtu. W uzasadnionych przypadkach podejmują interwencje.

Lekarze, zgłaszajcie każdy przypadek hejtu

– Wszyscy lekarze, którzy walczą z hejtem, mogą liczyć na wsparcie samorządu lekarskiego – deklaruje prof. Andrzej Matyja, prezes NRL. – Nie możemy pozostawać wobec tego zjawiska obojętni. Jest nie do zaakceptowania i jak najszybciej trzeba eliminować je z życia – tym bardziej, że hejt w niektórych kręgach stał się czymś akceptowalnym i jest coraz bardziej powszechny. Agresywne ataki na lekarzy, szczególnie w tak trudnym momencie pandemii, mogą sprawić, że misja niesienia pomocy pacjentom będzie dużo trudniejsza niż dotychczas. Jako samorząd lekarski apelujemy, aby wszelkie przejawy agresji, hejtu, mowy nienawiści, których lekarze doświadczają w obecnej sytuacji epidemicznej, zgłaszać do Naczelnej Izby Lekarskiej. To niezwykle niebezpieczne zjawiska. Dlatego potrzebne jest również wsparcie systemowe – przejawy hejtu wobec personelu medycznego, jak i wszystkich obywateli, powinny być ścigane z urzędu – podkreśla prezes NRL.

Adres e-mail, pod który należy przysyłać zgłoszenia:
rpl_skargi@hipokrates.org

a także nieproszone rady, choć nie zawsze zdajemy sobie z tego sprawę. Wszystkie akty komunikacji mające na celu podporządkowanie sobie kogoś można postrzegać jako przejaw agresji. Agresja może być też ukryta w konstrukcjach gramatycznych. – W języku polskim szczególnie obraźliwe są formy nieosobowe, dlatego lekarz nie powinien mówić do swojego pacjenta „Wejść”, „Rozebrać się” czy „Otworzyć usta”. To forma dominacji nad drugą osobą – zauważa prof. Sobczak. W komunikacji używa się pojęcia „twarz”. To poczucie własnej wartości. Mówimy często o tym, że ktoś „zachował twarz” albo „utracił twarz”.

KOZIOŁ OFIARNY

Mogą stać się nim grupy społeczne, zawodowe albo przynależne do nich jednostki.

Należy tak formułować komunikaty, żeby nie naruszać poczucia własnej wartości drugiego człowieka. Jest różnica pomiędzy: „Proszę wejść” a „Wejść”.

Czy możliwe jest stworzenie zbioru zasad, dzięki którym dałoby się wyeliminować z języka mowę nienawiści? Są dwie podstawowe reguły. Pierwsza to reguła współpracy, a druga to reguła uprzejmości. Dzięki nim można skutecznie wyeliminować agresję językową. Minimalizować krytykę, a maksymalizować pozytywne komunikaty. Ludzi zasadniczo łączy 99 proc. wspólnych przekonań i poglądów. Uwaga skupia się jednak na tym jednym różniącym ich procencie.

HEJT A MEDIA

Agresja wzrasta, im większe są emocje. Jeżeli przestaje się rozmawiać o czyichś poglądach, działaniach, tylko mówi się o nim, że jest zły, poziom emocji w rozmowie bardzo się podnosi. A jeżeli przeciwnik jest zły, to należy go poniżyć i zniszczyć. Takie zachowania obecne są również w przekazach dziennikarskich.

– Duża część dyskursu odbywa się w mediach społecznościowych. Nie ma tam miejsca na uzasadnienia. Bardzo dobrze sprzedają się oceny. Długi wywód będzie nudny, nikt go nie przeczyta. Kiedy powstają emocje, angażuje się coraz więcej osób – wyjaśnia prof. Jacek Wasilewski.

W mediach obserwuje się też dyskurs z zatraconym dystansem. Ludzie o odmiennych poglądach rzadko zapraszani są na łamy. Dziś nie widzi się lewicowych polityków w prawicowych mediach i na odwrót. – Jesteśmy w fazie złośliwości w dyskursie publicznym. Nie chcemy ze sobą rozmawiać, ale wzajemnie się piętnujemy, jak jakaś para przed rozводом, dla której każde słowo jest przejawem ataku – porównuje.

Prof. Wasilewski podpowiada, by samorząd lekarski wszedł we współpracę z lokalnymi mediami, aby mógł diagnozować problemy i na nie odpowiadać. Dziennikarze

często pytają o rzeczy, o których lekarz sam by nie powiedział, bo wydałoby mu się to zbyt banalne, ale pewnych informacji trzeba udzielić właśnie na takim poziomie. – Należy też mówić o tym, co zapewnia bezpieczeństwo. Nie tylko, co powoduje zagrożenie. Ludzie nie mogą żyć w ciągłym strachu. Myślę, że już przestali przejmować się pandemią. Wystarczy popatrzeć na noszenie maseczek po polsku – czyli na brodzie albo z wystającym noskiem – zauważa prof. Wasilewski.

– W dobie koronawirusa ludzie potrzebują informacji, że system sobie radzi, a nie że sobie nie radzi, bo to tylko burzy poczucie ich bezpieczeństwa. A kiedy mają zaburzone poczucie bezpieczeństwa, szukają winnych, tego kozła ofiarnego. Trzeba mówić, co się udaje, nie tylko epatować negatywnym przekazem. Przekaz musi być zrównoważony – podkreśla dr Doroszevska.

JAK POWSTRZYMAĆ AGRESJĘ

– Jeśli mamy do czynienia z przemocą, to w pierwszej kolejności musimy zadbać o siebie. Personel powinien zapewnić sobie takie warunki, w których nie będzie mogło dojść do przemocy. Należy postawić wyraźne granice: „Słyszę, że ma pani dużo obaw, żalu, pretensji, postrzegam mnie pani jako potencjalne zagrożenie, ale nie ma mojej zgody, żeby personalnie mnie pani atakowała za to, co robię” – wyjaśnia dr Doroszevska. Trzeba też stworzyć przestrzeń do rozmowy o faktach, a są nim obawy pacjenta. Trzeba poznać jego perspektywę i dowiedzieć się, z czego wynika strach implikujący agresję. Może on być związany np. z tym, że lekarz nie ma kombinezonu, a pacjent słyszał, że cały personel powinien kombinezony nosić. Trzeba wytłumaczyć: „Nie jestem w kombinezonie, bo...”. To nie jest rozmowa, która ma służyć spełnianiu życzeń pacjenta. Jej celem jest stworzenie przestrzeni do przekazania tego, co personel ma do powiedzenia. Nie chodzi o to, żeby się tłumaczyć. Bez poznania perspektywy



Nie chcemy ze sobą rozmawiać, ale wzajemnie się piętnujemy, jak jakaś para przed rozводом, dla której każde słowo jest przejawem ataku.

pacjenta, nie ma możliwości, by się porozumieć. Jeżeli pacjent nie pozna perspektywy personelu i całego systemu, będzie się buntował, bo coś wciąż będzie dla niego kompletnie niezrozumiałe.

Jak powstrzymać hejt w internecie? – Podejmowanie dyskusji z hejterem będzie mało skuteczne i spotęguje agresję. To pokarm dla hejtera. Przejawy takich zachowań zawsze trzeba zgłaszać i ucinąć jak najszybciej. I oczywiście edukować, edukować, edukować – wyjaśnia dr Doroszevska.

– Hejt i mowa nienawiści zawsze są przejawem przemocy. Odwołując się personalnie do osoby, a nie do argumentów. Obserwujemy i śledzimy to z perspektywy Zespołu Języka Medycznego Rady Języka Medycznego przy Prezydium PAN, ponieważ przekłada się na relacje lekarz – pacjent – wyjaśnia dr Doroszevska. Odwołanie się do osoby, a nie argumentu, to pierwszy krok do hejtu, który z założenia ma być krzywdzący i dyskredytujący. Hejt zaczyna się na etapie intencji. Dlatego tak ważnym elementem w kształtowaniu komunikacji jest kształtowanie postaw. – Nie jesteśmy w stanie nauczyć studentów wyłącznie metod komunikacji, bo jeżeli nie będą one szły w parze z określonymi postawami, które powinny stać u podstaw relacji z pacjentem, to będą sztuczne. Dojdzie do manipulacji: nie robię tego, bo tak chcę i czuję, tylko mówię coś, bo podobno jest skuteczne – zaznacza dr Doroszevska.

Czas pandemii pokazał, jak ważna jest komunikacja. Niekiedy stanowi jedyne narzędzie, którym lekarz może się w danym momencie posłużyć. ■



Stanowisko PNRL w sprawie powstrzymania zjawiska dyskryminacji i szykanowania w związku z epidemią koronawirusa

WAŻNE

Jeśli mamy do czynienia z przemocą, to w pierwszej kolejności musimy zadbać o siebie. Należy postawić wyraźne granice.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Poka-yoke po polsku

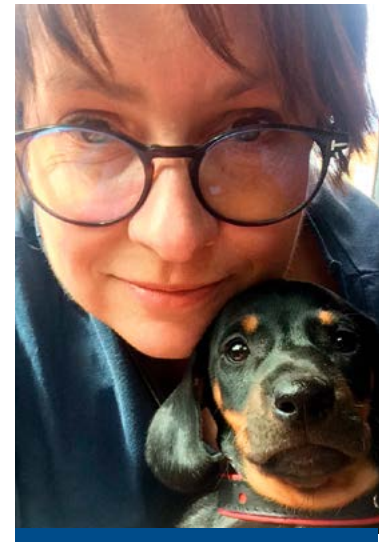
Czy pamiętacie Państwo, uroczą w swojej nadwiślańskiej ponadczasowości, balladkę Wojciecha Młynarskiego pt. „Co by tu jeszcze”? Tym, którzy nie pamiętają, pokrótce przypomnę, że autor wskazuje w niej na obecność w naszym życiu politycznym i społeczno- kulturalnym grupy mężczyzn, którzy „czego dotkną, zaraz zepsują / w domu czy w pracy”.

Podmiot liryczny, zadając słuchaczom tytułowe pytanie: „Co by tu jeszcze sieprzyć, panowie?”, wieszczy, że możliwości popełniania błędów, wprowadzania niedziałających przepisów oraz tworzenia aktów prawnych, stojących w sprzeczności z podstawowymi zasadami logiki, a nawet ustawą zasadniczą, są w kraju Lechitów praktycznie nieograniczone.

Jeśli więc coś jeszcze jako tako działa, oznacza to jedynie, że można to zmienić – na gorsze. Tekst powstał w pamiętnym roku 1981. Pomijając może jedynie jego jawnie

seksistowski charakter – według mnie, kobiety psują równie fachowo, co mężczyźni – nie sposób, z perspektywy niemal czterdziestu lat, nie przyznać racji mistrzowi Młynarskiemu. Ot, wystarczy się rozejrzeć po najbliższym naszym sercu podwórku rodzimej ochrony zdrowia...

Uzbrojeni w wiedzę o nieuchronności popełniania błędów, strzelania gaf i dopuszczania się zaniedbań, możemy jednak pójść o krok dalej. Tak zrobił w latach 60. pewien skromny inżynier z kraju kwitnącej wiśni – Shigeo Shingo. Pracował wówczas w należących do Toyoty zakładach Yamada Electric.



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Jego zadaniem było usprawnienie procesów produkcyjnych. O tym, że „errare humanum est”, wiedział już pan Seneka. Wiedział, być może od Seneki, i pan Shigeo, i – najprościej rzecz ujmując – wyszedł z założenia, że jeśli błąd może zostać popełniony, to wydarzy się to na pewno z winy powyższego, jakże nieprzewidywalnego, czynnika ludzkiego.

Uzbrojony w taką wiedzę o człowieczej skłonności do partaczenia, zbudował filozofię – o miło brzmiącej dla europejskiego ucha nazwie – Poka-yoke. Pracownicy pana Shigeo składali pstryczki-elektryczki, które działały poprawnie, jeżeli miały w sobie odpowiednią ilość sprężyn. Niestety, nie zawsze miały i z taśmy montażowej zjeżdżały od czasu do czasu pstryczki niepstrykające. Pracowników trzeba było pilnować, pstryczki sprawdzać – w sumie dość frustrujące... Sprytny pan Shingo pomyślał więc, że jeśli monter dostanie, na specjalnie do tego zaprojektowanym podajniku, ilość elementów odpowiednią do złożenia działającego urządzenia, a kolejną będzie mógł pobrać dopiero wówczas, gdy podajnik będzie

“

Wprawdzie Polska to nie Japonia, a produkcja pstryczków-elektryczków wydaje się jednak znacznie mniej skomplikowana od stworzenia odpornego na błędy systemu ochrony zdrowia, ale może jednak dałoby się połączyć wiedzę Azjatów z naszą ułańską fantazją.

pusty – popełnienie błędu będzie po prostu niemożliwe. Jak pomyślał, tak zrobił, a potem pięknie to opisał w książce pod tytułem, który odważyłam się przetłumaczyć jako „Zerowa kontrola jakości: kontrola źródła i system Poka-yoke”.

Ideą Poka-yoke zachwycili się inżynierowie na całym świecie i – idąc w ślady swojego japońskiego kolegi – zaczęli konstruować przedmioty i procesy odporne na przypadkowo popełniane błędy. Tym sposobem ktoś wymyślił, że jeśli karta sim ma jeden ścięty róg, nie da się jej zainstalować nieprawidłowo, a kształt wtyczki do zasilania laptopa, pozwalający na wepchnięcie jej tylko w jedną z wielu dziurek na jego obwodzie, zapobiega przypadkowym uszkodzeniom. Okazało się, że opakowanie produktu, zaprojektowane zgodnie z założeniami Shigeo Shingo, może stać się jednocześnie prostą i intuicyjną instrukcją obsługi, zapewniającą jedyny prawidłowy sposób jego uruchomienia. Nawet piły tarczowe, tradycyjnie obcinające palce swoim nieco roztańczonego właścicielowi, zostały – zgodnie z ideą Poka-yoke – wyposażone w system SawStop, który zatrzymuje obracające się ostrze tuż przed nieszczęściem, wykrywając niewielki potencjał elektryczny ludzkiej skóry.

Obcięte, czy raczej szczęśliwie, nieobcięte palce to wprowadzić nasz lekarski chleb powszedni, ale wróćmy jednak na najbliższe naszemu sercu, dobrze nam znane, choć nie do końca bezpieczne, a wspomniane powyżej, podwórko. Wprowadzić Polska to nie Japonia, a produkcja pstryczków-elektryczków wydaje się jednak znacznie mniej skomplikowana od stworzenia odpornego na błędy systemu ochrony zdrowia, ale może jednak dałoby się połączyć wiedzę Azjatów z naszą ułańską fantazją. Mimo przecież wprowadzenia systemu sieci szpitali, kolejnych reform systemu kształcenia podyplomowego lekarzy, a ostatnio wyjątkowo ciekawych zapisów, wprowadzonych w tak zwanej tarczy 4.0, tuszę, że jeszcze jest wiele do... popsucia.

Wiemy już przecież, że drzemie w nas Polakach (i Polkach!), a przede wszystkim w naszych decydentach (i decydentkach?), ogromny potencjał wyszukiwania tego, co – zgodnie z tekstem Młynarskiego – „można by jeszcze (...), panowie” (i panie!). Istnieje więc szansa, że szybko lokalizując rąfy fuszerki, zgodnie z filozofią Poka-yoke, uda się nam wypłynąć szczęśliwie na szerokie i spokojne wody zdrowia publicznego.

I teraz ukłon w kierunku nowego ministra zdrowia – nie lekarza, więc

może osoby wiedzącej o zarządzaniu znacznie więcej niż przeciętny absolwent uniwersytetu medycznego. Panie ministrze, niech pan spyta swoich doradców, „co by tu jeszcze (...)”!

I... niech pan zastosuje zasady Poka-yoke. Boję się, że w innym wypadku, w obliczu podstępnie niewypłaszczającej się krzywej pandemicznej, niepokojąco pokrywającej się z krzywą średniego wieku wyższego personelu medycznego, będziemy mogli sobie wszyscy nawzajem już niebawem powiedzieć tylko jedno: Sayonara! ■



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Czym nasiąka skorupka

Mobbing, molestowanie, seksizm, poniżanie, pogarda – m.in. takie zarzuty obiegały media w związku z zachowaniem niektórych nauczycieli akademickich wobec studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Choć według informacji przekazanych przez uczelnię, w latach ubiegłych, w związku z indywidualnymi skargami studentów oraz negatywnymi opiniami w anonimowych ankietach, prowadzone były postępowania dyscyplinarne „z podjętą decyzją o rozwiązaniu stosunku pracy włącznie”, dopiero informacje zamieszczone na fanpage'u „SUMemes” uruchomiły lawinę.

Mimo wakacji, skierowano pięć zawiadomień do prokuratury, otwarto kilkanaście postępowań wyjaśniających wobec nauczycieli akademickich, dokonano sześciu zmian kierujących jednostkami organizacyjnymi i unieważniono pięć konkursów na ich kierowników. Krótko mówiąc, małe trzęsienie ziemi. Jeszcze nie wiemy, czy nie skończy się ukaraniem kilku kozłów ofiarnych, po czym wszystko wróci do „normy”. Wiadomo za to – i stąd mój sceptycyzm – że takie haniebne praktyki miały miejsce „od zawsze”, jak Polska długa i szeroka.

Studiowałem na przełomie lat 80. i 90. XX w. i wtedy także uczelniany odpowiednik wojskowej fali dawał o sobie znać. Niektórym spędzał sen z powiek, innym rujnował nerwy, jeszcze innym przekreślał życiowe plany, a w skrajnych przypadkach – odbierał życie. Wiele osób, podkreślam: wiele, rezygnowało ze studiów lub ich nie ukończyło właśnie przez ową falę. Niemal we wszystkich przypadkach dotyczyło to pierwszego

roku. Nie można go było wówczas powtarzać, a po skreśleniu z listy studentów nie można było ubiegać się o ponowne przyjęcie na studia w oparciu o wyniki raz zdanej matury.

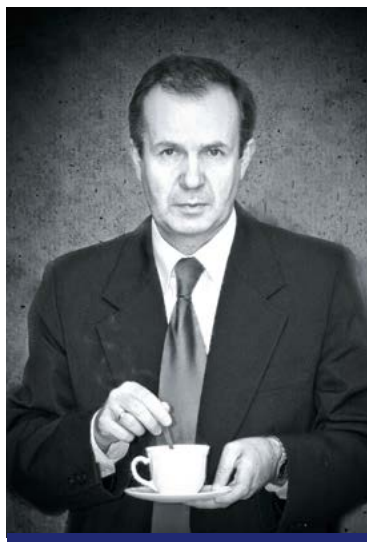
Nic dziwnego, że bolesne doświadczenia na ogół oznaczały trwałą rezygnację z planów zostania lekarzem. Nikt wtedy nie nosił przy sobie dyktafonu, kamery i aparatu fotograficznego, internet dopiero raczkował, a serwisy społecznościowe z pewnością nie śniły się nawet Maxowi Zuckerbbergowi (wtedy kilkuletniemu). Informacje przekazywano z ust do ust, a zastraszone i zestresowane pierwszaki nie myślały, by zwrócić się do kogoś o pomoc w niedoli. Bo niby do kogo? Sekretarza komitetu? Partyjnej gazety? Sam miałem szczęście do asystentów, ale moi koledzy, z którymi mieszkaliśmy w akademiku, już nie. Z naszej czwórki tylko ja skończyłem studia. Dwóch po traumatycznych doświadczeniach na pierwszym roku dało sobie spokój z medycyną. Jeden kontynuował naukę, ale nabawił się ciężkiej depresji i, będąc na piątym roku, odebrał sobie życie.

Wielokrotnie słyszałem opinie, że odpadają mniej zdolni lub niedostatecznie odporni psychicznie, a pierwsze lata studiów są po to, by dokonać selekcji. Tak mówiono, kiedy przez kilka lat po studiach sam prowadziłem zajęcia ze studentami, tak twierdzi się i dzisiaj. Głoszący tę tezę mają mocny i logicznie brzmiący argument: przepustką na studia medyczne są wyłącznie dobre wyniki matury, a te nie muszą iść w parze z predyspozycjami do zawodu lekarza. Tylko jak te predyspozycje się u nas weryfikuje? Najczęściej na pierwszym/drugim roku podczas zajęć z przedmiotów o najwyższym drugorzędnym znaczeniu dla lekarza, na dodatek za pomocą rozmaitych odcieni zwykłej złośliwości tudzież chamstwa.

Wiele można by napisać na temat samych weryfikatorów, zwłaszcza ich kompleksów, z którymi nie mogą sobie poradzić. Poraża, że wiedza na ten temat jest na uczelni tajemnicą poliszynela, a niezwykle rzadko ktoś do tego powołany podejmuje interwencję. Problem jest bardzo poważny również z uwagi na skutki odległe. Jedną z głównych przyczyn konfliktów na linii pacjent – lekarz są problemy w komunikacji. Nie wnikając w arkanę psychologii, jest bardzo prawdopodobne, że lekarzom, którzy na studiach padli ofiarą patologicznych zachowań swoich nauczycieli, będzie bardzo trudno o takie cechy jak empatia, wyrozumiałość i cierpliwość wobec pacjentów i ich bliskich. ■

“

Nie wiemy, czy nie skończy się ukaraniem kilku kozłów ofiarnych, po czym wszystko wróci do „normy”.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (101)

Głuchy telefon

Rozmowa o problemach ochrony zdrowia przypomina dziecięcą zabawę. Zawiązane oczy „ciuciubabki”. Napuszczona retoryka „pomidora”. Słaby zasięg połączeń...

Trydziesty szósty minister zdrowia po 1989 r. – ten nie jest lekarzem. Dotychczas taka „łatka” była jednoznaczną dyskwalifikacją. Tymczasem pierwsze głosy są pozytywne. Widocznie głód nadziei na dobrą zmianę, po pięciu latach jałowej propagandy, jest już bardzo duży.

Frustracja przegranych szans polskiej medycyny w politycznej loteryjce osiągnęła zenit. Rządowa rekonstrukcja staje się zatem wyzwaniem dla wszystkich stron: władców, medyków i pacjentów, oczekujących przełamania na korcie.

Pandemiczne twierdze przychodni i oddziałów szpitalnych są coraz chętniej atakowane przez media, wsłuchujące się w lament o braku dostępności do podstawowych świadczeń obywateli. Wiele zarzutów jest prawdziwych. Wygoda teleporady osiąga czasami wymiar patologiczny, co w przyszłości odbije się nie tylko w rankingach zaufania do zawodów medycznych, ale także alarmami w statystykach zachorowań. Szybkimi krokami zbliża się więc katastrofa, której głównym powodem jest brak równowagi procedur. Dialog z lekarzami za pomocą masowej korespondencji i sprawozdawczości elektronicznej wzmocnił jedynie strach, zamiast promować rozsądną ostrożność. Wzór zachowań urzędniczych znalazł lustrzane

odbicie w gabinetach, pozbawionych na początku epidemii wszelkiej pomocy państwa, którą miały zagłuszyć elaboraty z wojewódzkich oddziałów NFZ. W pierwszym akapicie wyrażany był niepokój o formy ograniczające przyjęcia. W drugim wyliczano paragrafy, które dalej obowiązują. W trzecim ostrzegano przed wirusem. W każdym odpowiedzialność składano na barki świadczeniodawcy, a za wszelkie decyzje grożono szykanami. Dużo ekonomii, mało medycyny.

Co zatem kryje karta starego ekonomisty w nowej talii? Czy „Czarny Piotruś” ma szansę wygrać kilka kluczowych partii jednocześnie: uspokoić chorych onkologicznie; walczyć o środowisko naturalne; podnieść nakłady na ochronę zdrowia zgodnie z postulatem rezydentów i bez manipulacji PKB; pokonać frustrację „białego personelu”; wyjąć ze śmietnika na Miodowej krzyk psychiatrii i próchnicę stomatologii; wdrożyć strategię odmłodzenia kadr, także w związku lawiną likwidacji przychodni niepublicznych, których właściciele przejdą niebawem na emeryturę; pouczyć dygnitarzy, że szczepienia ochronne to wybór przyszłości, a nie widzimisię między jednym selfie a drugim? Zachłystnięcie się cyfryzacją już nie wystarczy. Im szybciej nowe kierownictwo Ministerstwa Zdrowia zrozumie, że elektroniczne nowinki nie są lekarstwem, a tylko masą tabletkową, wypełniaczem, który ma ułatwić podanie leku, tym lepiej. Łatwiej będzie wówczas wyjaśnić, że terapia się wikła, gdyż skutecznie uodporniliśmy się na szarlatańskie substancje populistów i czekamy wyłącznie na cudowne uzdrowienie! Żaden wirus nie zmieni tego postulatu, a kredyty zaufania dajemy na coraz krótszy czas.

Cztery dekady od podpisania porozumień sierpniowych, szesnasty punkt z bramy Stoczni Gdańskiej: „Poprawić warunki pracy służby zdrowia, co zapewni pełną opiekę medyczną osobom pracującym”, nie został spełniony. Sprawy zdrowia nigdy nie znalazły się bowiem w zasięgu teleporady dla VIP-ów. Doświadczenie uczy, że po niosącym nadzieję powitaniu rozmowa będzie uważnie kontrolowana. Dalej już bez zmian. W trakcie zapadania decyzji budżetowych połączenie zostanie zerwane... ■

“

Pandemiczne twierdze przychodni i oddziałów szpitalnych są coraz chętniej atakowane przez media, wsłuchujące się w lament o braku dostępności do podstawowych świadczeń obywateli.

AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Na nosie

Nos to sprawa poważna, przecież to niego wtykamy we własne i cudze sprawy. Rzymski, orli czy zadarty – w dużej mierze decyduje o charakterze naszej twarzy. Nos, jak chyba żadna inna część ciała, potrafi także zmienić życiowe trajektorie: przekonali się o tym tak Marilyn Monroe, Cyrano Bergerac, jak i Gogolowski major Kowalew, który nos raz zgubił.



Obraz: Rycina nr 8 z książki Gaspare Tagliacozziego „De curtorum chirurgia per insitionem”, 1597, Houghton Library, Uniwersytet Harvarda.

Sposób, choć podobno skuteczny, wymagał dużej cierpliwości od pacjenta. Tagliacozzi proponował bowiem użycia skóry z ramienia w procesie rekonstrukcji nosa. Aby wszystko przebiegło pomyślnie, pacjent musiał utrzymywać rękę w specjalnej pozycji – tak, by skóra ramienia zdolała odrosnąć w miejscu nosa. Lekarz skonstruował nawet specjalny przyrząd, wspierający poprawną pozycję ramienia w stosunku do twarzy. Według Tagliacozziego opracowana przez niego metoda, ochrzczona później mianem włoskiej, umożliwiała rekonstrukcję nosów, które XVI-wieczni Włosi nagminnie traciли w pojedynkach.

Włoskich nosów pilnowali od zawsze tak cesarze, jak i gwiazdy filmowe. Bowiem, jak wzdychał Gogolowski major, gdy swój nos zgubił: „Wolałbym już zostać bez ręki albo bez nogi; ale człowiek bez nosa – to diabli wiedzą co: ptak nie ptak, obywatel nie obywatel; nic, tylko wziąć i przez okno wyrzucić”. Takiej społecznej banicji od lat starają się zapobiec chirurdzy plastyczni. ■

Chirurgia plastyczna od dawien dawna zajmowała się sprawą nosów. Przykłady kosmetycznego poprawiania tej części ciała odnotowano już ponoć w starożytnym Egipcie, a na pewno roi się od nich w bardzo współczesnym Hollywood.

Chyba jednak jedną z najbardziej ekstremalnych metod rynoplastyki

zapropował w XVI w. medyk z Bolonii Gaspare Tagliacozzi. Rycina, pochodząca z jego książki „De curtorum chirurgia per insitionem”, przedstawia pacjenta siedzącego na łóżku w pozie tak niewygodnej, jak zastanawiającej. Jedna ręka uniesiona jest ku górze, z dłońią opartą o tył głowy, co umożliwia zetknięcie się ramienia i nosa.

Rozwiązanie zagadki z „GL” 07-08/2020

1. Dodanie czarnych kresiek na czole kobiety.

Kreski mogłyby sugerować, gdzie dokładnie na twarzy miałyby odbyć się interwencja chirurgiczna, zatem ich obecność nie byłaby nieuzasadniona.

2. Rozpłaszczenie ust portretowanej.

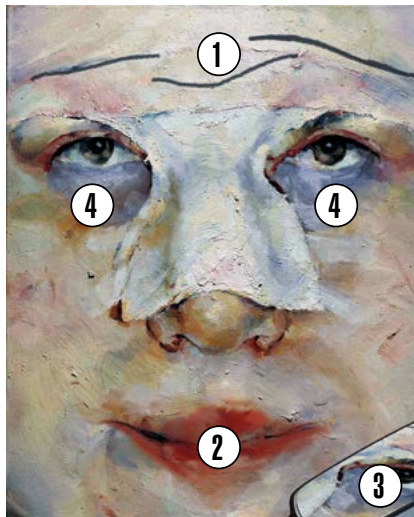
Seville znana jest z cyklu obrazów zatytułowanych „Closed Contact”, w którym pokazuje kobiece ciała zdeformowane poprzez zetknięcie z rozplaszczającą ich kształty powierzchnią.

3. Dodanie małego, ręcznego lusterka w prawym dolnym rogu obrazu.

Seville umieszcza portretowane przez siebie osoby w anonimowej przestrzeni, pozbawiając je atrybutów czy kontekstu i podkreśla, że taka jest jej intencja, zatem raczej nie znaleźlibyśmy na jej obrazach przedmiotów, które sugerowałyby jakąkolwiek narracyjność.

4. Domalowanie sińców pod oczami.

Objaw taki nie byłby wykluczony po operacji plastycznej, jednak na oryginalnym obrazie malarka ograniczyła się do zaznaczenia przestrzeni pod oczami zaledwie delikatną żółcią.



Obraz: Jenny Saville, „Cindy”, 1993, prywatna kolekcja

NAGRODZENI Z „GL” 07-08/2020: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Lidia Łępska z Gdańska**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Karol Klimczak z Poznania, Aleksandra Marzęda z Lublina, Małgorzata Rakus z Białegostoku**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 21.09.2020 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL09** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,


WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wui.pl

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

Cieszyńscy

W 1956 r. Tomasz Cieszyński zaprezentował wyniki badań nad zastosowaniem echosondy ultradźwiękowej do badania struktur serca. Wynalazek został opatentowany jeszcze w tym samym roku. Jest to pierwsze na świecie zgłoszenie patentowe.

TEKST DR N.MED. **MAGDALENA MAZURAK**, ODDZIAŁ KARDIOLOGII DZIECIĘCJ, WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU

W anglosaskich publikacjach odwołujących się do historii echokardiografii nazwisko Cieszyńskiego jest cytowane zwykle na pierwszym miejscu bibliografii. Lekarskie tradycje rodziny kontynuują jego syn (ortopeda) oraz wnuk.

W dziejach rodziny Cieszyńskich jak w lustrze odbija się historia Polski. W przededniu zbliżającej się 100. rocznicy urodzin prof. Tomasza Cieszyńskiego warto przypomnieć jego historię i osiągnięcia, w nawiązaniu do postaci jego dziadka (aptekarsza), i ojca (światowej sławy stomatologa).

APTEKARZ

Dziadek głównego bohatera tej opowieści, Tomasz Cieszyński, urodził się we wrześniu 1846 r. w Koźminie (Koschmin). Brał udział w Powstaniu Styczniowym. W 1866 r. zdał egzamin na pomocnika aptekarskiego, a w 1871 r. – po ukończeniu studiów na kierunku farmacji na Uniwersytecie w Breslau/Wrocławiu – egzamin aptekarski. Trzy lata później ożenił się z Emilią (z Chiżyńskich).

Prawdopodobnie pod koniec lat 70. XIX w. Cieszyńscy zamieszkali w Oleśnicy na Dolnym Śląsku. To tam Tomasz Cieszyński stworzył polsko-łaciński słownik „Der polnische Apotheker” („Aptekarz Polski”), ułatwiający przyswojenie polskiej terminologii farmaceutycznej niezbędnej

w kontaktach z Polakami. Słownik jeszcze przez kilka kolejnych dekad był bezcenną pomocą dla aptekarzy w zaborze pruskim.

TWÓRCA STOMATOLOGII POLSKIEJ

W 1882 r. Cieszyńskim urodził się syn – Witold Marceł Antoni. Rodzina przeprowadziła się do Kłodzka, a potem do Poznania. To tutaj umarł Tomasz Cieszyński, osierocając 9-letnie dziecko. Antoni uczył się w gimnazjum klasycznym Marii Magdaleny w Poznaniu, a świadectwo dojrzałości uzyskał w Bydgoszczy. Tak wspominał szkolne lata: „W gimnazjum Marii Magdaleny w Poznaniu, w którym nawet religię wykładano w języku

Prof. Tomasz Cieszyński



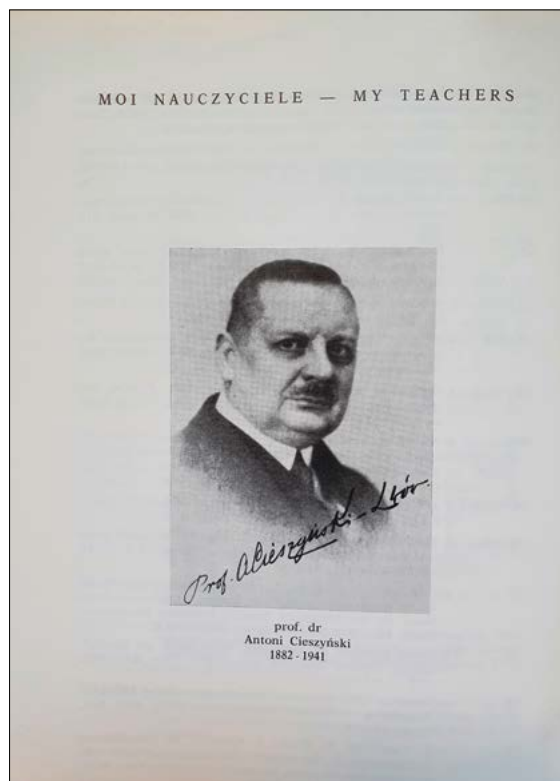
Tomasz Cieszyński

“

Dziś w publikacjach dotyczących echokardiografii artykuł Tomasza Cieszyńskiego jest często cytowany jako pierwsza lub druga pozycja w spisie piśmiennictwa.

niemieckim, byli przeważnie Polacy, w Bydgoszczy zaś byli przeważnie Niemcy. W każdej klasie (a były klasy równoległe) był zazwyczaj tylko jeden Polak; ze względów politycznych unikano, ażeby dwóch Polaków pozostawało w jednej klasie. W obrębie gimnazjum był zakaz mówienia po polsku. Uczyliśmy się sami języka ojczystego pokryjому. Stosunek uczniów Polaków do profesorów był nieszczerzy; czuliśmy się bowiem zawsze szpiegowani. Nauka w gimnazjum nie interesowała mnie. Lubiłem tylko nauki przyrodnicze, a przede wszystkim matematykę. Interesowały mnie również problemy religijne, rozwiązywane w formie dyskusji z katechetą. Dyskusje te, tak samo

FOTO: T. CIESZYŃSKI, WYKAZ PRAC NAUKOWYCH 1945-1980, TIPOGRAFIA PUG. - ROMA



Tomasz Cieszyński: Moi Nauczyciele / My Teachers / Mes Maitres - Antoni Cieszyński, Rudolf Weigl, Franciszek Groër, Ludwik Chrobak, Adam Gruca, Wiktor Bross

jak obrona tendencyjnie nauczanej historii niemieckiej, skłaniały mnie do studjów źródłowych”.

Antoni Cieszyński studiował medycynę, stomatologię oraz filozofię w Berlinie i Monachium. Po studiach podjął pracę w Instytucie Dentystycznym w Monachium. W 1907 r. – już jako prof. stomatologii Uniwersytetu we Lwowie – zaprezentował nowatorską regułę izometrii, stwarzając warunki do wykonywania na kliszy zdjęć rtg. zębów o rzeczywistej długości. Był to prawdziwy przełom w radiologii stomatologicznej, która właśnie się tworzyła. Nazwisko Cieszyńskiego stało się eponimem w postaci prawa Cieszyńskiego-Diecka.

Zawdzięczamy mu też wiele ówczesnych nowinek technicznych – m.in. kasety do zdjęć stereoskopowych, wspornik do zdjęć pozaustnych, przytrzymywacz filmów wewnątrzustnych, miarki do bezpośredniego odczytywania odległości filmu od ogniska oraz czapki z tabliczką ułatwiającą ustawienie promienia głównego do zdjęć typowych czaszki. To dlatego Antoni Cieszyński

jest nazywany twórcą i ojcem polskiej stomatologii.

W 1907 r. wydał pierwszy w świecie atlas radiologii stomatologicznej, a w 1926 r. – podręcznik radiologii stomatologicznej. W 1913 r. został prof. nadzw. Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego, gdzie kierował Ambulatorium Dentystycznym (rok później przekształconym w pierwszy w Polsce Instytut Dentystyczny, a w 1930 r. w Klinikę Stomatologiczną). W ciągu swojego życia opublikował 375 prac w 70 czasopismach w siedmiu językach.

13 marca 1915 r. Antoni zawarł związek małżeński z Różą z Troczyńskich. Wpis o ślubie odnotowano w Wiedniu, w polskim kościele Braci Zmartwychwstańców, a także w księgach ośleńskich, bowiem zgodnie z wymogami epoki proboszcz udzielający ślubu musiał zgłosić to wydarzenie do parafii miejsca urodzenia.

W 1918 r. Antoni Cieszyński został odznaczony Krzyżem Obrony Lwowa, a w 1933 r. – Medalem Niepodległości. W nocy z 3 na 4 lipca 1941 r. został aresztowany, a następnie, wraz z innymi profesorami

lwowskich uczelni, rozstrzelany przez Niemców na Wzgórzach Wuleckich. Syn profesora Cieszyńskiego, Tomasz, który miał wtedy 20 lat, ocalał cudem.

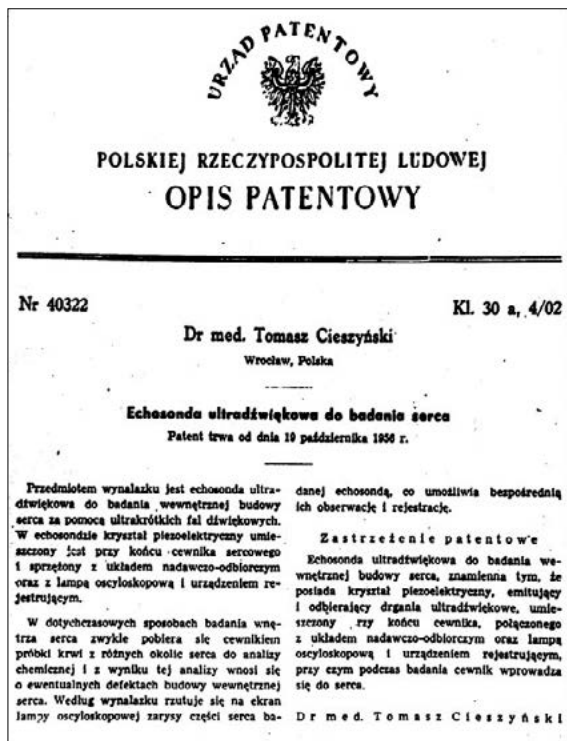
CHIRURG WYNALEZCA

Syn Antoniego przyszedł na świat w Poznaniu 6 listopada 1920 r. Szkołę powszechną i gimnazjum ukończył we Lwowie. W 1938 r. zapisał się na studia lekarskie na Uniwersytecie Jana Kazimierza. W sierpniu 1939 r. został laborantem w Instytucie Badań nad Tyfusem Plamistym prof. Weigla. Uniwersytet Jagielloński uznał mu studia na UJK i w lipcu 1945 r. nadał tytuł lekarza.

Po wojnie Tomasz Cieszyński rozpoczął pracę nad doktoratem w Instytucie Matki i Dziecka we Lwowie pod kierunkiem Franciszka Groera, ostatecznie obrona dysertacji miała miejsce we Wrocławiu 10 lutego 1947 r. („Układ naturalny środków odżywczych”). Rok wcześniej został asystentem w Klinice Stomatologii we Wrocławiu (specjalizację ze stomatologii kończył w Zabrze; studiował również chemię na Uniwersytecie Wrocławskim).

1956

W tym roku Tomasz Cieszyński zaprezentował wyniki badań nad zastosowaniem echosondy ultradźwiękowej do badania struktury serca.



Patent „echosonda ultradźwiękowa do badania serca”

W roku akademickim 1949/1950 był starszym asystentem w Zakładzie Chemii Fizjologicznej Akademii Medycznej pod kierownictwem prof. Tadeusza Baranowskiego. Przez kolejne trzy lata był asystentem, a następnie adiunktem w Katedrze Krystalografii Uniwersytetu Wrocławskiego. Od 1953 r. aż do emerytury pracował w II Klinice Chirurgii Akademii Medycznej we Wrocławiu, kierowanej przez prof. Wiktora Brossa.

Tomasz Cieszyński to autor kilku patentów. W 1956 r. zaprezentował wyniki badań nad zastosowaniem echosondy ultradźwiękowej do badania struktur serca. Wynalazek

został opatentowany 19 października 1956 r. (to pierwsze na świecie zgłoszenie patentowe). Modelem, na którym się wzorował, było urządzenie stosowane w technice do badania struktury materiałów. Tak to wspominał: „Aparaturę taką produkowała Spółdzielnia Radiotechnika we Wrocławiu. (...) Uznałem, że najprostszym sposobem uzyskania warunków potrzebnych do interpretacji przestrzennej będzie użycie jako sondy kryształu piezoelektrycznego zamocowanego przy końcu cewnika wewnątrzsercowego, mając zapewnioną radiologiczną kontrolę jego położenia w sercu w czasie odbioru echa. Ale taką sondę musiałem najpierw sam skonstruować. (...) Paradoksalna trudność, ale dość znamienita, ujawniła się w sprawie pozornie najprostszej. Potrzebny mi był bowiem sam cewnik intrakardialny stosowany w rutynowej diagnostyce przy pobieraniu próbek krwi z serca. Klinika miała kilka takich cewników sprowadzonych z zagranicy, ale były one przeznaczone do badania chorych i odmówiono mi udostępnienia jednej sztuki dla celu, który przedstawiłem. Jednakże pomógł mi kolega, który jako jeden z pierwszych uzyskał stypendium zagraniczne i zezwolenie na wyjazd. Nie spodziewałem się nawet, że zdoła spełnić moją prośbę, ale o dziwo przywiózł mi cewnik, za który zapłacił 9 dolarów. Byłem mu ogromnie wdzięczny i zaraz kupiłem na czarnym rynku banknot dziesięciodolarowy i mój dług oddałem”.

Tomasz Cieszyński doświadczenia na zwierzętach przeprowadzał

w skromnym laboratorium, w podziemiach kliniki przy ul. Chałubińskiego we Wrocławiu (dawna klinika chirurgii J. Mikulicza-Radeckiego). Tak wspominał te lata: „Doświadczenia przebiegały gładko, w żadnym przypadku nie wystąpiły zaburzenia akcji serca, a obrazy echa okazały się wyraźne i łatwe do lokalizacji przestrzennej. (...) Doświadczenia moje stanowiły dowód, że możliwe jest obrazowanie budowy żywego serca za pomocą ultradźwięków w postaci rzutu jego liniowego wymiaru na ekranie oscyloskopu i dały mi podstawę do przekonania, że za pomocą ultradźwięków emitowanych i odbieranych przez kilkadziesiąt kryształów piezoelektrycznych drgających w jednej głowicy będzie można uzyskać przestrzenne odwzorowanie serca, przetworzywszy sygnały echa w dostosowanym elektronicznym układzie”. Dziś w publikacjach dotyczących echokardiografii artykuł Tomasza Cieszyńskiego jest często cytowany jako pierwsza lub druga pozycja w spisie piśmiennictwa.

W 1991 r. prof. Tomasz Cieszyński – w związku z przejściem na emeryturę – poprosił o zatrudnienie na Akademii Medycznej we Wrocławiu w niepełnym wymiarze czasu pracy, argumentując to potrzebą kontynuowania pracy naukowo-dydaktycznej (rozpoczęte badania naukowe, nieukończone przewody doktorskie). Niestety, Rada Wydziału oraz Senat odrzuciły prośbę.

Prof. Tomasz Cieszyński znał dobrze cztery języki obce – angielski, francuski, niemiecki i rosyjski. Dziesięć lat przed śmiercią wydał swój własny, 115-stronicowy tomik wierszy pt. „Dni silne kochaniem”. Niemal całe życie walczył o ujawnienie prawdy o zbrodni, która zabrała mu ojca. Zbierał dokumenty i relacje świadków, ocalając pamięć nie tylko o swoim ojcu, ale także o innych wybitnych przedstawicielach polskiej inteligencji, którzy zostali zamordowani przez Niemców we Lwowie w 1941 r.

Zmarł 18 grudnia 2010 r. w Obornikach Śląskich. ■

“

Z inicjatywy prof. Mariana Zembała powstaje film dokumentalny w reżyserii Konstantego Kulika o prof. Tomaszu Cieszyńskim i jego światowych dokonaniach, których orędownikiem był i jest światowej klasy kardiolog dr Eugeniusz Braunwald z Bostonu. Premiera jest planowana na 23 października br. W tym dniu w obecności władz wszystkich uczelni medycznych, Ministra Zdrowia i najważniejszych osób w państwie, odbędzie się w Zabrzu uroczystość odsłonięcia popiersia prof. Tomasza Cieszyńskiego.

Doświadczenie zdobyte z bliskiej współpracy z prof. Tomaszem Cieszyńskim oraz kardiochirurgiem prof. Alainem Carpentierem, pionierem kardiomioplastyki niewydolnego serca na świecie, wykorzystał prof. Marian Zembała, wykonując w Zabrzu w 1996 r. (po raz pierwszy w Polsce) zabieg kardiomioplastyki u 54-letniego pacjenta z niewydolnością serca, z przeciwwskazaniem do transplantacji serca.

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA – IX EDYCJA

Akrobacje literackie

Po raz dziewiąty rozstrzygnięto Ogólnopolski Konkurs Literacki im. Profesora Andrzeja Szczeklika. Statuetki akrobatów nie trafiły jednak do zwycięzców w kategoriach poezji i prozy.

TEKST JAROSŁAW WANECKI,
PRZEWODNICZĄCY KOMISJI KULTURY NRL

Wydawnictwo „Medycyna Praktyczna” i Komisja Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej uzgodniły, że podwójna jubileuszowa gala w krakowskim Teatrze im. Juliusza Słowackiego odbędzie się w 2021 r. Jury zamówiło na majowy czwartek deszcz, który tradycyjnie towarzyszy zasłuchanej w literackie akapity i wersy publiczności.

Odroczenie z powodów pandemicznych zamieszało nie tylko w przygotowaniach uroczystego koncertu, ale znacznie wydłużyło wyłonienie laureatów. Dokonano go nie w kwietniu, a dopiero pod koniec maja. Nie w trattorii Soprano, ale w pięknie odrestaurowanej kamienicy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Nie z bliska, ale w maseczkach i z zachowaniem dystansu w sali obrad. Nie przy stole biesiadnym, ale konferencyjnym. Nie wspólnie, ale hybrydowo. Anna Dymna, Bronisław Maj, Waldemar Hładki i ja oko w oko z Piotrem Gajewskim. Ewa Lipska i Maria Szczekliki ucho w ucho z Anną Wierzchowską-Woźniak, pilnującą konkursowych procedur. Mimo wszystko razem!

Konkurs prozatorski wygrała: Karolina Kociszewska („Pan P. i przyjaciele”), hematolog z Katowic. Drugie miejsce zajęła Katarzyna Wierzbicka („Żelazne serce”), internistka z Otwocka, a trzecie – Halina Bogusz z Poznania („Krótka opowieść o początku”), lekarz medycyny paliatywnej.

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika



Najlepszym poetą 2020 r. został chirurg z Podgórza Kazimierz Pichlak („Jestem. Marzyłem. Z żebra”). Drugie miejsce zajęli pediatrzy – Monika Kunstman z Krakowa i Marek Gawlik z Tomic („Im eshka chech Yerushalayim”). Marek Gawlik nie pierwszy raz sięgnął po laur „Weny”. W tym roku dodatkowo otrzymał wyróżnienie w kategorii prozy („Trencadis. Mozaika katalońska”). Na trzecim miejscu poetyckim uplasowała się Barbara Rysz-Postawa, onkolog z Krakowa („Agatka. Kawałek szczęścia”). Laureatom pogratulujemy w maju 2021 r. Wszystkie prace zaprezentuje, od października począwszy, „Gazeta Lekarska”, a „Medycyna Praktyczna” wyda je w pokonkursowej książce „Kawałek szczęścia: PRZYJACIELE”.

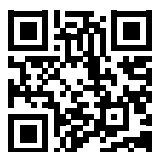
Zwycięzcy otrzymują statuetki autorstwa zakopiańskiego rzeźbiarza Karola Gąsienicy Szostaka. Jest to replika rzeźby postawionej przed dawnym budynkiem II Katedry Chorób Wewnętrznych w Krakowie, kierowanej przez Andrzeja Szczeklika. Profesor ufundował rzeźbę dla upamiętnienia Piotra Skrzyneckiego, dla którego klinika przy ul. Skawińskiej 8 była drugim domem i nazywał ją „hotelem snów”. Statuetka przedstawia balansujących wbrew siłom ciężenia akrobatów: kobietę i mężczyznę, i nawiązuje do sztuki lekarskiej i artystycznej, balansujących pomiędzy życiem i śmiercią.

Nowatorska ekwilibrystyka 2020 r. w wielu dziedzinach zawisała świat między życiem a śmiercią! Mimo to i mimo wszystko, jak pisał w „Katharsis” Andrzej Szczekliki: „Rytmami nasyceny jest świat, który nas otacza (...) U ludów pierwotnych kojarzy się rytm z początkiem życia. Na wyspach Polinezji bóg, ulepiwszy z gliny posązek kobiety-matki, tańczył przed nią trzy dni i trzy noce. Bębny przyspieszały rytm, a on w każdym ruchu tańczącego ciała wyrażał błagalną zachętę. Aż wreszcie – jak pisze Czesław Miłosz – materia nie mogła już utrzymać swojego bezwładu. Przebiegło ją pierwsze drgnięcie rytmu, przebudzenie po śnie bez wieków...”

W nowym rytmie. W nowej równowadze słów i głów, do zobaczenia podczas majowej „Weny 2020/21”. ■

KULTURA**PhotoArtMedica**

„Trzej muszkietierowie”, dr Agata Stasiak (periodontolog, Łęczycza), Honorowe Wyróżnienie PhotoArtMedica 2019



www.photoartmedica.pl

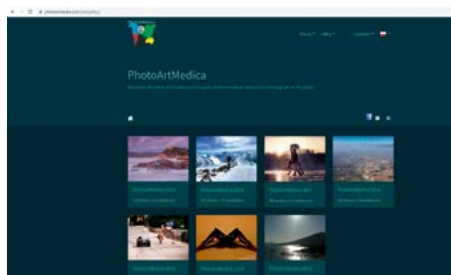
Termin nadsyłania zgłoszeń do konkursu PhotoArtMedica 2020 – 19 września

kategorie: świat wody, temat wolny, fotografia medyczna

W konkursie mogą wziąć udział lekarze, lekarze dentyści, nauczyciele akademicy i studenci uniwersytetów medycznych, a w kategorii „fotografia medyczna” – również technicy obrazowania medycznego.



www.photoartmedica.com/pamgallery



INTERNETOWA GALERIA

Internetowa Galeria Fotografii Laureatów i Uczestników Salonów PhotoArtMedica jest już dostępna. Jest to niezwykle i cenne archiwum prezentujące artystyczne umiejętności i pasję międzynarodowego środowiska medycznego. W galerii zamieszczono niemal 4 tys. fotografii wszystkich (blisko 300) uczestników i laureatów dotychczasowych siedmiu Salonów PhotoArtMedica nadesłanych z 30 krajów świata.

KULTURA

Osobliwa Galeria

Zaiste, osobliwy to wernisaż, na który zaprasza czytelników z okazji 30. rocznicy odrodzenia izb lekarskich Jarosław Wanecki.

TEKST IRENA KACZMARCZYK

Obdarzony talentem literackim, koneser sztuki, lekarz pediatra, wpadł na bardzo oryginalny pomysł: zorganizowania wystawy na kartach swojej książki „Krajobraz z miłosiernym Samarytaninem”, której tytuł zaczerpnął ze znanego obrazu Rembrandta.

I, jako wyjątek, w swej osobistej galerii liczącej 30 dzieł sztuki, pochodzących z najlepszych polskich i zagranicznych muzeów, opatrzył ten obraz swoim „Psalmem Samarytanina” (z tomu „Antrakty”). Pozostałe 29 cennych płócien otrzymało prozatorskie komentarze. Są nimi krótkie eseje, w których autor prezentuje obrazy, zamykając je w ramy literackich odniesień, cytując stosowne fragmenty wierszy, teksty piosenek czy też prozy.

W sumie nie wiadomo, czy zgromadzone w albumie Waneckiego obrazy stały się pretekstem do rozważań natury medycznej, czy też odwrotnie: medytacje dotyczące zawodu lekarza i dolegliwości różnej maści nękających człowieka nasunęły pomysł poszukiwania obrazów adekwatnych do przemyśleń. Ale jakby nie dywagować, Jarosław Wanecki osiągnął efekt znakomity! Oryginalny. I nie nużący.

Czytając esej po esej, w pewnym momencie pomyślałam: gdyby tak przenieść te reprodukcje obrazów z kart książki do konkretnego lokum, które mogłoby stać się jedyną w swym rodzaju Medyczną Galerią w Polsce? Autorska Galeria imienia Jarosława Waneckiego. Czemuż by nie? Komentarze do każdego dzieła sztuki są już gotowe. Mogłyby

zawisnąć obok prezentowanych płócien. Tę Galerię zapewne odwiedziłby nie tylko studenci medycyny czy lekarze.

„Krajobraz z miłosiernym Samarytaninem” powstał z okazji 30. rocznicy odrodzenia izb lekarskich. Dlaczego 100-lecie powstania izb lekarskich, które przypada na rok 2021, nie można by było uwiecznić tym oryginalnym pomysłem?

Z pełną odpowiedzialnością zapraszam do odwiedzenia wyjątkowego pokazu najlepszych dzieł sztuki związanych z medycyną. A także do poznania samego Jarosława Waneckiego, autora kilku tomików poezji oraz książek z pogranicza sztuki, etyki i medycyny. Jestem pewna, że będziecie Państwo niejednokrotnie do tej Galerii powracać. Tak, jak pisząca te słowa. ■



Jarosław Wanecki, „Krajobraz z miłosiernym Samarytaninem”, Medycyna Praktyczna, Kraków 2019, ss. 104

NASZA CZYTELNIJA



Wszelchstronniczość.
O deliberacji w polityce
zdrowotnej z uwzględnieniem
emocji, interesów własnych
i wiedzy eksperckiej
Michał Zabdyr-Jamróż

Czym kierować się w kreowaniu polityki zdrowotnej? Wiedzą ekspercką? Interesami własnymi? A może emocjami? Czy możliwe jest, aby kombinacja tych czynników mogła stworzyć konstruktywny dialog? Autor publikacji specjalizuje się w analizie polityk publicznych, organizacji systemów zdrowotnych i debaty publicznej na ich temat.



Stany nagłego zagrożenia
zdrowotnego w gabinecie
stomatologicznym
Redakcja naukowa: Andrzej Kopta, Jakub Mierzejewski, Tomasz Ilczak

W publikacji opisano standardy postępowania w stanach nagłych najczęściej występujących w gabinecie stomatologicznym. Książka uwzględnia specyfikę polskiego prawodawstwa, sposobu działania systemu ratownictwa medycznego, a także aktualne wytyczne postępowania. Przydatna dla lekarzy dentyistów, ale także m.in. asystentek i higienistek stomatologicznych.

KULTURA

Mój świat

W Klubie Lekarza w Łodzi odbędzie się Międzynarodowa Wystawa Fotograficzna Lekarzy pod hasłem „Mój świat...”. Termin dostarczania fotografii upływa 9 października. Wernisaż, podczas którego zostaną ogłoszone wyniki konkursu, zaplanowano na **25 października** o godz. 17. Wystawa potrwa do 30 października. ■

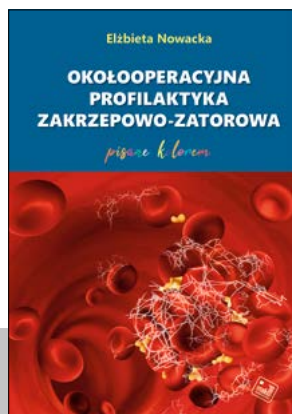


Pogotowie kulturalne

Do Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Katowicach pracownicy Muzeum Górnośląskiego w Bytomiu dostarczyli 16 wielkoformatowych reprodukcji dzieł z Galerii Malarstwa Polskiego. Obrazy te zaprezentowano pacjentom w przestrzeni korytarzy oddziałów onkologicznych szpitala. Akcja realizowana jest w ramach programu „Pogotowie kulturalne”, którego celem jest udostępnienie kultury osobom chorym, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów onkologicznych i neurologicznych. ■

gazeta**lekarska**.pl

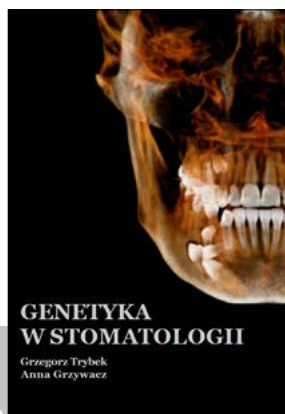
FOTO: PINABAY.COM



Okłooperacyjna profilaktyka zakrzepowo-zatorowa – pisane kolorem

Elżbieta Nowacka i inni

Omówienie najważniejszych zagadnień związanych z właściwym wdrożeniem okłooperacyjnej profilaktyki zakrzepowo-zatorowej, dostosowanej do indywidualnego chorego i planowanej procedury chirurgicznej. W książce przedstawiono algorytmy diagnostyczne i terapeutyczne, przydatne w codziennej praktyce. Opracowanie dedykowane jest wszystkim lekarzom szpitalnym okołozabiegowym.



Genetyka w stomatologii

Grzegorz Trybek, Anna Grzywacz

Autorzy tego opracowania opisują rolę genetyki dla rozwoju, przebiegu i leczenia poszczególnych problemów stomatologicznych. I to nie tylko w takich chorobach, jak nowotwory głowy i szyi czy w różnego rodzaju wadach rozwojowych – za pomocą najnowszych doniesień naukowych starają się odpowiedzieć na pytania, czy możliwe jest występowanie m.in. próchnicy albo chorób przyzębia na podłożu genetycznym.

SPORT



Tenisowo w USA

2 sierpnia zakończyły się XXIX Polonijne Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie Ziemnym, których organizatorem był honorowy prezes Związku Lekarzy Polskich w Chicago dr Bronisław Orawiec. Patronat nad turniejem objął Konsulat RP w Chicago z Konsulem Generalnym na czele. Natomiast 18 lipca zakończyły się Mistrzostwa Klubu „Tatry” w Tenisie Ziemnym, nad którymi patronat sprawował Związek Podhalan w Północnej Ameryce. ■

Wieloboje



27 czerwca odbyły się 5. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych (pięcioboj klasycznym, pięcioboj rzutowym i wielobojach ciężarkowych). W mistrzostwach uczestniczyło łącznie 90 zawodniczek i zawodników, w tym 5 lekarzy. Rywalizacja w ramach MPL odbyła się w pięcioboj klasycznym (skok w dal, rzut oszczepem, 200 m, rzut dyskiem, 800 m – kobiet, 1500 m. mężczyźni) i pięcioboj rzutowym (pchnięcie kulą, rzut dyskiem, oszczepem, młotem, ciężarkiem). ■

Orientuj się!

OIL w Koszalinie zaprasza na II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Rajdach na Orientację, które odbędą się w Polanowie w dniach **25-27 września**. Termin uległ zmianie z powodu pandemii. W ramach rajdu, oprócz tras sportowych, organizowane będą również atrakcyjne trasy rodzinne z niespodziankami dla dzieci. ■

Siatkówka

W dniach 20-21 listopada w hali sportowej WOSiR w Wieluniu odbędą się XX Mistrzostwa Polski Lekarzy i III Mistrzostwa Polski Lekarzy Old-boy w piłce siatkowej. Organizatorem mistrzostw jest OIL w Łodzi. ■

Półmaraton odwołany

Decyzją głównego organizatora (MOSiR w Ustce) nie odbędzie się planowany na 19 września XXV „Półmaraton Słowiński” na trasie Rowy – Ustka, w ramach którego miały się odbyć XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie. ■

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

UWAGA! WYDZIAŁ LEKARSKI AM W GDAŃSKU, ROCZNIK 1980

Zmiana terminu spotkania absolwentów Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku. Bal odbędzie się 17 kwietnia 2021 r. Informacje: Anna Skuratowicz-Kubica (tel. 513 773 028, e-mail a.skuratowicz@wp.pl), Janusz Sędzikowski (tel. 601 682 979, e-mail pean@tlen.pl).

UWAGA! WYDZIAŁ STOMATOLOGICZNY AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1985

Zmiana terminu spotkania absolwentów Wydziału Stomatologicznego AM we Wrocławiu rocznik 1985. Zjazd odbędzie się w dniach 14-16 maja 2021 r. w Karpaczu. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl), www.dilnet.wroc.pl.

UWAGA! WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1977

Zmiana terminu spotkania absolwentów Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu rocznik 1977. Zjazd odbędzie się w dniach 21-23 maja 2021 r. w Kudowie Zdroju. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl), www.dilnet.wroc.pl.

UWAGA! WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1985

Zmiana terminu spotkania absolwentów Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu rocznik 1985. Zjazd odbędzie się w dniach 28-30 maja 2021 r. w Zieloncu. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl), www.dilnet.wroc.pl.

UWAGA! WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1990

Zmiana terminu spotkania absolwentów Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, rocznik 1990. Zjazd odbędzie się w dniach 4-6 czerwca 2021 r. w Zieloncu. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl), www.dilnet.wroc.pl.

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

Zmiana terminu spotkania absolwentów Wydziału Lekarskiego i Stomatologicznego AM we Wrocławiu rocznik 1970. Zjazd odbędzie się dnia 12 czerwca

2021 r. we Wrocławiu. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl), www.dilnet.wroc.pl.

UWAGA! ABSOLWENCI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1968

Zmiana terminu spotkania absolwentów AM we Wrocławiu rocznik 1968. Zjazd odbędzie się w dniach 17-19 września 2021 r. w Zieloncu. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl), www.dilnet.wroc.pl.

UWAGA! WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1995

Zmiana terminu spotkania absolwentów Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu rocznik 1995. Zjazd odbędzie się w dniach 24-26 września 2021 r. w Zieloncu. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl), www.dilnet.wroc.pl.

ABSOLWENCI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1971

Zapraszamy na obchody z okazji 50-lecia ukończenia AM we Wrocławiu rocznik 1971, które odbędą się 8 maja 2021 r. we Wrocławiu. Program Zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 82 1090 1939 0000 0001 4667 0679 (odbiorca Krzysztof Bąk) do 31 grudnia 2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1971”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl).

ABSOLWENCI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1976

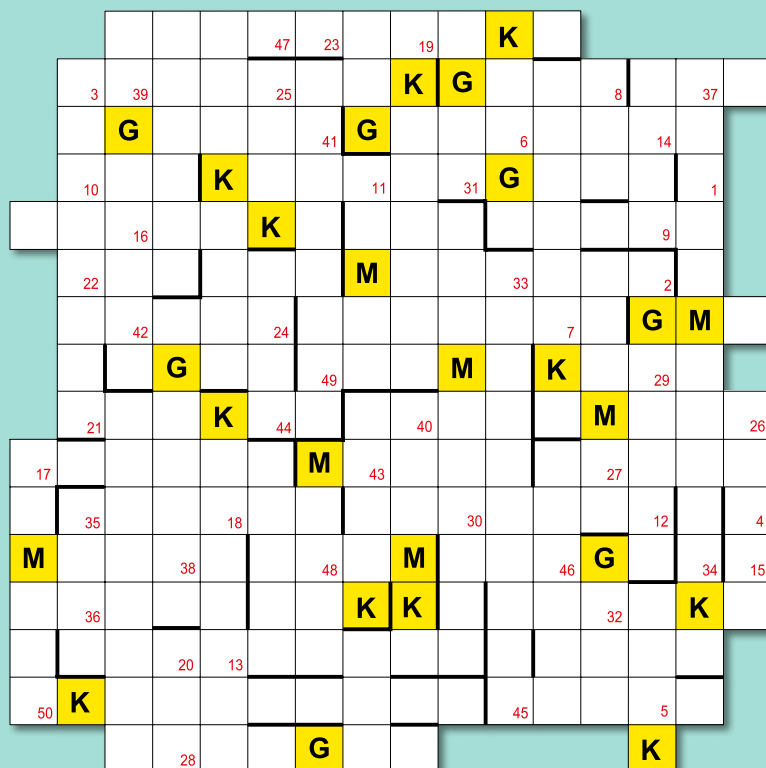
Zapraszamy na spotkanie z okazji 45-lecia ukończenia AM we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 11-12 czerwca 2021 r. we Wrocławiu. Program Zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 26 1140 2004 0000 3702 7737 0761 (odbiorca Krystyna Ślusarek) do 31 grudnia 2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1976”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl).

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

Objaśnienia 74 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: G, K i M. Na ponumerowanych polach ukryto 50 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Alberta Einsteina. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 września 2020 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Z okazji 75-lecia działalności PZWL przygotowało
aż 6 NAGRÓD. Wydawnictwo zachęca do odwiedzenia
strony www.pzwl.pl/75-lat-PZWL ze specjalną ofertą
publikacji z rabatami nawet do 40 PROC.!



* lingula * dziewczynka z krainy Oz * przy ujęciu Kupy do
Sawy * odczyn antystreptolizynowy * zupa z młodych
buraków * ćwikłowych * gibbus * impreza w Bronowicach
* włoski Ludwik * ramię Renu z jednym mostem za daleko
* czerwień barwiąca swoiście amyloid * wadi * zasiala górale
* miasto i jezioro we wsch. Turcji * Jankes (ang.) * o do
kątów macicy * rodzina lutników z Cremony * organizm
zmodyfikowany genetycznie * kraj Wiriatusa * ugrupowanie
Krzaklewskiego * wynalazł dynamit * słodki ziemniak
* holenderskie miasto sera * imię naszej podwójnej noblistki
* tworzy z Chelsea dzielnicę Londynu * czarodziejka Jazona
* titrum * w Czorsztynie lub we Włodawku * zamsz * żywy
trup * otwór (łac.) * baretki, aksamitki * zejście śmiertelne
* rzeczowe, przymiotne, liczebne * sentymentalizm
* trądzik (łac.) * pustynia mongolsko-chińska * nalewka
* biały, słodki sos do deserów * neuroleptoanalgeja (skrót)
* Miszna i Gemara * płynąca woda i jej koryto * cataracta
* dynastia Henryka VIII * ród Leonidas * czucie i ruch
w rozwoju człowieka * widowisko, pokaz (pol.) * mieszka w
Mińsku * agaroza i garopektyna * gród nad Wartą * prezes
filaretów * środek przeciwbólowy * wyziewy absurdu
* radziecka hybryda samolotu i okrętu * elektroencefalogram
* ze stolicą Apia * poziomy drążek do ćwiczeń * uposiedzenie
rozpoznawania przedmiotów * stulecie * harcerski alarm
* bakteria przewodu pokarmowego * pazucha * największy
półwysep Chile * przedmiot botaniki * pieśń w operze * muza
historii * kwas N-metyloguonidynoocowy * największe
jezioro Australii * patron prawników, wdów i sierot * większa
niż życie * wschodni sąsiad króla Dawida * 131 w leczeniu
tarczycy * grzyby niższe * łączy się z Instrucją * konanie

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki Lekarskiej nr 255 („GL” nr 06/2020)

Będziesz smutny, jeśli będziesz sam.

Nagrody otrzymują:

Zbigniew **Drukała** (Szczecin), Dariusz **Kaim** (Wrocław),
Katarzyna **Krzymowska** (Lublin). Fundatorem nagród
jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelna
Rada
Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 179 250 tegz.

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

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

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

Lucyna Krysiak
dziennikarz
Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

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

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

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

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

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

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

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

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

