

SAMORZĄD: Skandal!



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

12 | 2020-01 | 2021

SĄ GRANICE WYTRZYMAŁOŚCI

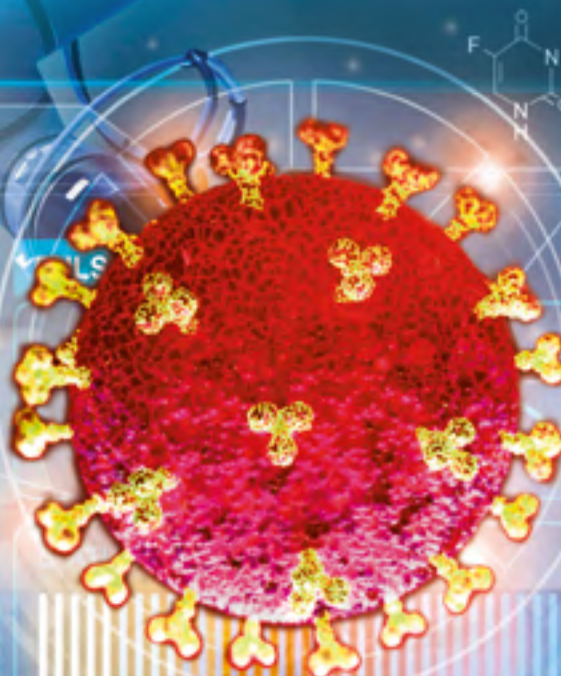
ROZMOWA Z PROF. KRZYSZTOFEM KUSZĄ

Nowe przepisy

LEKARZE I PACJENCI GŁOSU NIE MAJĄ

UŁATWIENIA DLA CUDZOZIEMCÓW SPOZA UE

CORONAVIRUS | COVID-19 |



DBP 80

FUNC ATAT - STABLE

TEMP - 104.2

Co wiemy

IMMUNOLOGIA A SARS-COV-2

Implant w zatoce szczękowej

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Mistrz uczniowi wilkiem

MOBBING WOBEC STUDENTÓW

Temat numeru

BUFOR

PO CO SZPITALA TYMCZASOWE?



*Wszystkim, którym przyszło wykonywać zawód lekarza
w ekstremalnych warunkach związanych z pandemią, życzymy,
aby te Święta Bożego Narodzenia były spokojne, wolne od negatywnych emocji,
rozgrywek politycznych, niepewności jutra.*

*To czas szczególny, wymagający wytrwałości, cierpliwości i hartu ducha.
Pandemiczna trwoga wywołuje chaos informacyjny i dezorganizuje życie,
również to prywatne. Lekarze pracują pod presją, także społeczeństwa, które
przelewa na nich frustracje. Brakuje sprzętu i ludzi. Zaczyna brakować siły.*

*W tym trudnym i szczególnym czasie życzymy szybkiego powrotu
do normalności, tolerancji wobec siebie i wzajemnego zrozumienia.
Niech te Święta i nadchodzący Nowy Rok 2021 będą ciepłe, radosne
i pełne miłości do naszych bliskich i zawodu, który wykonujemy.*

Wesołych Świąt Bożego Narodzenia i szczęśliwego Nowego Roku!
Rada Programowa oraz redakcja „Gazety Lekarskiej”

Spis treści

Grudzień/Styczeń 12|2020-01|2021

SAMORZĄD

- 4 | Skandal!
- 8 | Lekarze i pacjenci
głosu nie mają
- 14 | Pod presją komunizmu
- 17 | Przyjdzie kiedyś
Kazimierz Odnowiciel

TEMAT NUMERU

- 19 | Koronawirus
w liczbach
- 20 | Bufor
- 23 | (Nie)przewidywalność
- 26 | Co wiemy

ZE ŚWIATA

- 30 | Druga fala
- 31 | Żle jak w Polsce

PRAWO I MEDYCYNA

- 32 | Skierowanie do zwalczania
epidemii
- 34 | Implant w zatoce
szczękowej
- 35 | O potrzebie gwarancji
dla rzeczników
- 38 | Obowiązki lekarzy
w relacjach z portalami

GŁOS CZYTELNIKÓW

- 40 | Mistrz uczniowi wilkiem

PRAKTYKA LEKARSKA

- 42 | Mocny akcent noworoczny
- 44 | Nowa jakość?
- 46 | Biuletyn
- 49 | Cenna polisa w grze o życie

- 52 | Wybór czy przymus?
- 54 | Cichy front
- 56 | Kadry w kryzysie
- 58 | Są granice wytrzymałości
- 60 | Skutki opóźnień
- 62 | Zgłaszajmy nowotwory
do KRN
- 64 | Jak głębokie jest błoto?

PO GODZINACH

- 66 | Chaos i dramatyczna
walka
- 67 | Strategiczne Rysy 3.0
- 68 | Pionier z Krakowa
- 70 | Pod wpływem
- 72 | Sport / Kultura
- 77 | Ogłoszenia
- 86 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Z SOBIESKIEGO 110

Skandal!

To najłagodniejsze określenie, jakie usłyszałem po przyjęciu przez Sejm 27 listopada ustawy otwierającej nasz kraj dla cudzoziemców, którzy będą mogli uzyskać prawo wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty bez znajomości języka polskiego i bez rzeczywistej weryfikacji ich kompetencji zawodowych.

W środowisku wrze. Są już głosy, by ci lekarze, którzy poparli ustawę zagrażającą bezpieczeństwu pacjentów, stanęli przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej.

Obszerna argumentacja prawna, jaką przedstawiła Naczelna Izba Lekarska, zgodny sprzeciw samorządów zawodów medycznych oraz negatywna opinia Biura Legislacyjnego Sejmu, okazały się niewystarczające i ustawa została przeforsowana. „Za” głosowało sześciu lekarzy. Naszym koleżankom i kolegom nie przeszkadzało, że ich samorząd wytknął projektowi ewidentne błędy, a nade wszystko wskazał na niebezpieczeństwa, na jakie naraża się pacjentów, a także zespoły medyczne, które będą odpowiadały za zdrowie i życie chorych, nie mając pewności, że mogą zaufać kwalifikacjom kolegów obcokrajowców.

Zagranicznym medykom usuwa się wszelkie przeszkody w dostępie do polskiego rynku, a jednocześnie absolwenci polskich uczelni mają wysoko ustawione poprzeczki na drodze rozwoju zawodowego, by sprostać wymogom unijnym i jak najlepiej pomagać pacjentom. Mało tego, politycy zapraszają medyków z zagranicy, przymykając oko na ich kwalifikacje w imię walki z pandemią, choć

jednocześnie w mediach ogłaszają, że sytuacja się stabilizuje i system ochrony zdrowia ma jeszcze rezerwy.

Skandaliczny był przebieg prac nad ustawą. Poprawki, uwzględniające uwagi środowiska lekarskiego, przyjęte przez komisję sejmową jednego dnia, następnego zostały odrzucone, przywrócono pierwotne zapisy i taka wersja trafiła do drugiego czytania. Zaskakujące było milczenie organizacji pacjenckich. Czyżby nie dostrzegały zagrożeń? Zastanawia też determinacja w forsowaniu tej złej i szkodliwej ustawy. Czyżby rację mieli ci, którzy dostrzegają tu efekty skutecznego lobbingu firm i pośredników rekrutujących lekarzy z zagranicy?

Znaki zapytania pojawiały się na różnych etapach walki z pandemią. Zaczęło się od zadziwiającej polityki rezerw materiałowych w odniesieniu do środków ochrony indywidualnej. Później był tajemniczy zakup respiratorów i masek ochronnych. Zafundowano nam też zamieszanie wokół testów. Wiele niejasności krąży wokół szpitali tymczasowych. Po drodze były poważne zastrzeżenia do polityki lekowej.

Jednocześnie doświadczaliśmy prób zamykania ust lekarzom, blokowano dostęp do informacji (choćby o zakażonych i chorych medykach), utajniano prace zespołów kryzysowych i odrzucano gotowość samorządu lekarskiego do udziału w ich pracach, choć mogłoby to pomóc w podejmowaniu decyzji. Może wtedy też udało by się wcześniej wychwycić rozbieżności w danych o ofiarach pandemii, bo jak się okazało, z rachunkami rządzący byli na bakier. Wcześniej pytani o zaplecze eksperckie, milczeli.

Mści się brak przejrzystości, jasnej komunikacji, przekonującej argumentacji. Gdzie tu miejsce na dialog i zaufanie? I nie jest to pytanie zadawane tylko przez medyków. Opinia publiczna, zaskakiwana rozbieżnymi, niespójnymi, chaotycznymi decyzjami też może wątpić w umiejętność skutecznego zarządzania

“

Zagranicznym medykom usuwa się wszelkie przeszkody w dostępie do polskiego rynku, a jednocześnie absolwenci polskich uczelni mają wysoko ustawione poprzeczki na drodze rozwoju zawodowego.

kryzysem, a coraz częściej ocenia to, co się dzieje w kategoriach kamuflażu i gry pozorów.

Skutki są całkiem realne. Zdewastowana ochrona zdrowia, katastrofalny spadek zaufania społecznego, frustracja środowiska medycznego, w tym lekarzy poddanych moralnemu szantażowi, misyjności naszego zawodu, powołania, przysięgi Hipokratesa.

Frustracja jest tym większa, że wysocy rangą urzędnicy zadbali o bezkarność za błędne decyzje. Lekarzom natomiast przy okazji jednej z tarcz antycovidowych w osławionym art. 37a Kk „dokręcono śrubę” i zaostorzono kary. Po naszych protestach minister zdrowia zapowiedział wprowadzenie zaproponowanej przez samorząd lekarski klauzuli dobrego samarytanina, ale w wyniku prac sejmowych z tej koncepcji została karykatura.

Innym przykładem lekceważenia prawa, a także kompletnego braku szacunku dla nas, było zwleknięcie z opublikowaniem ustawy wprowadzającej dodatki covidowe dla każdego medyka, by zastąpić ją późniejszą ustawą ograniczającą to prawo do zdecydowanie mniejszej liczby osób. Lekceważenie, buta i pogarda – takie określenia same cisną się na usta, choć pewnie niejeden kolega powie, że są za bardzo dyplomatyczne i trzeba używać dosadniejszych, wzorem protestujących kobiet.

“

Frustracja jest tym większa, że wysocy rangą urzędnicy zadbali o bezkarność za błędne decyzje. Lekarzom natomiast przy okazji jednej z tarcz antycovidowych w osławionym art. 37a Kk „dokręcono śrubę” i zaostorzono kary.

Być może była posłanka Józefa Hrynkiewicz wkrótce będzie zadowolona, bo jej wezwanie „niech jadą”, skierowane w 2017 r. do protestujących rezydentów, znajdzie potwierdzenie w rzeczywistości. Już wiele naszych koleżanek i kolegów zapowiada odejście zaraz po wygaśnięciu pandemii. Jedni pójdą na emeryturę, inni wyjadą za granicę. Powód: organizacyjne i finansowe warunki pracy, ograniczone możliwości rozwoju zawodowego. Zamiast docenić, wesprzeć i dowartościować medyków, a tym samym zachęcić młodzież do wyboru zawodów medycznych, rządzący znaleźli sposób na rozwiązanie problemu kadr – ilość, a nie jakość. Trzy lata temu słowa posłanki Hrynkiewicz uznano za skandal. W roku 2020 mieliśmy całe pasmo zdarzeń, które tak można określić. Ten tekst powstaje na miesiąc przed końcem roku, więc politycy mogą jeszcze nie raz nas zadziwić. Nie ma co ukrywać – z ogromnymi obawami patrzymy w przyszłość. Chaotyczne decyzje, brak wizji, ogromny deficyt społecznego zaufania, arogancja władzy wobec medyków, zanik autentycznego dialogu – tak kończymy rok 2020. A przed nami gigantyczne wyzwania w ochronie zdrowia. Pandemia pokazała, że inwestycje w zdrowie to inwestycje w gospodarkę, bezpieczeństwo i przyszłość kraju. Sprawna i bezpieczna ochrona zdrowia to racja stanu i wyzwanie cywilizacyjne. Życzymy sobie, aby ta świadomość jak najszybciej i w pełni dotarła do wszystkich rządzących oraz naszych rodaków. ■

Z okazji zbliżających się Świąt chciałbym Wam, Koleżanki i Koledzy, życzyć, by mimo trudnej rzeczywistości, w jakiej przyszło nam żyć, znaleźli Państwo czas dla siebie i swoich Najbliższych, byście mogli choć chwilę cieszyć się urokiem tych Świąt i by przyniosły one nadzieję na lepsze jutro.

Zdrowych i spokojnych Świąt!

*Andrzej Matyja
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej*



ALICJA
SZCZYPZYKDział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Będzie drastyczne złagodzenie wymogów dla lekarzy spoza UE?



Na to wygląda, a przynajmniej tak wynika z przegłosowanego przez Sejm projektu ustawy dotyczącej kadr medycznych, zawierającego m.in. zliberalizowane przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w kwestii dostępu do wykonywania zawodu w Polsce lekarzy spoza Unii Europejskiej.

Skandaliczny jest fakt, że zapisy dotyczące lekarzy cudzoziemców zostały przywrócone przez sejmową Komisję Zdrowia, która dzień wcześniej wykreśliła je z projektu – zgodnie z postulatami samorządu lekarskiego i innych zawodów medycznych. Złagodzenie wymogów kwalifikacyjnych dla lekarzy spoza UE było od samego początku negowane przez środowisko lekarskie, które podkreśla, że niesie to za sobą niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia polskich pacjentów.

Sprawę szczegółowo opisujemy w tym numerze „GL” na s. 8-10. ■

Eksperyment, na który nie możemy się zgodzić

Kontrowersyjna ustawa o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych sprawiła, że prezes NRL Andrzej Matyja zwrócił się do społeczeństwa w celu wytłumaczenia jej konsekwencji.

W liście otwartym prezes NRL wymienia liczne niebezpieczeństwa szerokiego otwarcia dostępu do zawodów lekarza i lekarza dentysty dla cudzoziemców. Dziwi się temu nadmiernej łatwości, kiedy jego zdaniem nie uczyniono nic, co realnie wsparłoby polskich lekarzy.

Według prezesa NRL władze publiczne powinny przede wszystkim skupić się na zatrzymaniu w Polsce polskich medyków, zapewniając im lepsze warunki wykonywania ich zawodów, a w dalszej kolejności należy zabiegać o powrót do kraju tych, którzy wyemigrowali. Dopiero po tych działaniach można określić kryteria i tryb dostępu do zawodów medycznych osobom z dyplomami spoza UE – pod warunkiem, że ich kwalifikacje nie będą niższe niż u polskiego lekarza i zostaną rzetelnie zweryfikowane przed dopuszczeniem do leczenia pacjentów, a znajomość języka polskiego pozwoli na odpowiednią komunikację. ■

Zakażenia wśród medyków

W związku z zaobserwowanym wzrostem liczby zakażonych i zgonów wśród lekarzy i lekarzy dentystów, a także przedstawicieli innych zawodów medycznych, prezes NRL Andrzej Matyja ponownie zaapelował do ministra zdrowia o systematyczne publikowanie tych danych.

Podobnie jak w poprzednich piśmismach, prezes NRL przypomina, że wiedza o liczbie zakażonych pracowników medycznych z podziałem na poszczególne zawody jest niezbędna do podejmowania działań przez samorządy zawodów medycznych.

Ponadto pozwoliłaby osobom kierującym placówkami medycznymi podejmować właściwe decyzje związane z zarządzaniem podmiotem, a w razie konieczności wprowadzać dodatkowe rozwiązania, które uchroniłyby przed kolejnymi zakażeniami.

Prezydium NRL od początku pandemii koronawirusa apeluje o oficjalne i regularne publikowanie tych danych, ale na chwilę obecną nadal musimy opierać się wyłącznie na liczbach przekazywanych przez resort zdrowia do mediów. ■

Potrzebne osocze

Prezes NRL Andrzej Matyja zwrócił się do ozdrowieńców z prośbą o pomoc i wsparcie w walce z koronawirusem – chodzi o oddanie osocza.

Badania naukowe przeprowadzone w różnych krajach potwierdzają, że osocze ozdrowieńców COVID-19, podane we wczesnej fazie choroby może wspomóc organizm w walce z wirusem. Wśród osób, którym je podano w ciągu trzech dni od rozpoznania, a także wśród osób, którym podano osocze zawierające wysokie poziomy przeciwciał neutralizujących wirusa, uzyskano zmniejszenie ryzyka zgonu.

Aby oddać osocze, wystarczy zgłosić się po miesiąc od wyzdrowienia do regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa. ■



Niesprawiedliwe przepisy MEN zmienione

Po interwencji samorządu lekarskiego zmieniono niesprawiedliwe dla medyków rozporządzenie Ministerstwa Edukacji Narodowej w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Nowelizacja sprawia, że szkoła ma zapewnić opiekę dzieciom osób zatrudnionych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz

innych osób realizujących zadania publiczne w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, uczęszczającym do klas I-III szkoły podstawowej, których rodzice wystąpili z wnioskiem o opiekę.

Pozostałym rodzicom, pracującym w podmiotach leczniczych (którzy nie wnioskują o opiekę nad dzieckiem w szkole), przysługuje zasiłek opiekuńczy. Rozporządzenie weszło w życie z końcem listopada.

Co ważne, jeżeli dyrektor szkoły dobrze skoordynuje pracę

światlicy z zajęciami zdalnymi, uczniowie korzystający z opieki szkolnej również uczestniczą w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych. Wcześniejsze przepisy krzywdziły dzieci medyków lekarzy, bo przewidywały jedynie pobyt w świetlicy bez zapewnienia prawa do nauki.

Aktualne i spójne ze sobą informacje dotyczące uprawnień do dodatkowego zasiłku opiekuńczego znajdują się na stronach internetowych MRIPS oraz ZUS. ■

Testy dla pacjentów ZOL

Ministerstwo Zdrowia rozszerzyło katalog lekarzy i felczyków uprawnionych do zlecania testów w kierunku zakażenia SARS-CoV-2. Jest to odpowiedź na apel do ministra zdrowia Adama Niedzielskiego z października br., w którym prezes NRL zwrócił się o niezwłoczne zapewnienie dostępu do testów SARS-CoV-2 pacjentom ZOL na podstawie zleceń wystawionych przez lekarzy sprawujących opiekę nad tymi osobami.

Z dotychczasowych przepisów wynikało, że lekarze ZOL nie mogli zlecać wykonania testów – to uprawnienie przypisano lekarzom POZ oraz lekarzom udzielającym świadczeń szpitalnych w podmiocie, wobec którego wojewoda wydał polecenie zapewnienia łóżek dla pacjentów podejrzanych o zakażenie koronawirusem.

Samorząd lekarski wielokrotnie występował o rozszerzenie możliwości wystawiania zleceń na testy

wszystkim lekarzom posiadającym PWZ. W odniesieniu do lekarzy zapewniających opiekę pacjentom ZOL, postulat ten jest szczególnie ważny, na co zwrócił uwagę prezes NRL, przypominając, że pacjenci ZOL nie pozostają pod opieką lekarzy POZ, lecz lekarzy wykonujących zawód w tych zakładach.

Szczegółowe informacje, którzy lekarze i felczyrzy otrzymali uprawnienia, są na stronie internetowej NIL. ■



REKLAMA

KONTROWERSJE WOKÓŁ USTAWY O KADRAH MEDYCZNYCH

Lekarze i pacjenci głosu nie mają

Sejm uchwalił zmiany w prawie wprowadzające niebezpieczne zapisy dla pacjentów i całej ochrony zdrowia w Polsce.

TEKST RAFAŁ HOŁUBICKI, RZECZNIK PRASOWY NIL

W pierwszej połowie roku mieliśmy do czynienia z pierwszą próbą wprowadzenia ułatwień w dostępie do zawodu dla lekarzy cudzoziemców spoza Unii Europejskiej w procedowanej wówczas ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Po stanowczym oprotestowaniu tych zapisów, głównie przez samorząd lekarski, na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia zostały one usunięte i nie wprowadzono ich do ustawy.

NA POCZĄTEK USTAWA COVIDOWA

Można było przypuszczać, że niebezpieczne przepisy nie będą już więcej rozważane przez stronę rządową. Nic bardziej mylnego. Spróbowano ponownie jesienią, w postaci poselskiego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19. Nie przekazano go do konsultacji ze środowiskiem medycznym, w tym do Naczelnej Rady Lekarskiej, a znalazły się w nim m.in. zapisy umożliwiające lekarzom i lekarzom dentystom z tytułem specjalisty spoza UE uzyskanie uprawnień zawodowych w Polsce w łatwiejszy niż dotychczas sposób, co stwarza

zagrożenie, że pacjenci będą leczeni przez osoby o nieodpowiednio wysokich kwalifikacjach. Weryfikacja umiejętności tych lekarzy ma być przeprowadzona tylko na podstawie opinii konsultanta krajowego w danej dziedzinie, a znajomość języka polskiego stwierdzona jedynie poprzez złożenie oświadczenia. Następnie minister zdrowia będzie mógł wydać zgodę na podjęcie pracy w polskiej placówce, a okręgowa rada lekarska ma wydać takiemu lekarzowi prawo wykonywania zawodu.

21 października, podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia, prezesowi NRL przyznano tak mało czasu, że nie miał szans na omówienie stanowiska i uwag samorządu do tego projektu. Zostały one przedstawione przez posłów opozycji, a posłowie koalicji rządzącej chwilę później je odrzucili. W Senacie do uchwalonej przez Sejm ustawy zgłoszono szereg uwag, ale Sejm większość z nich odrzucił. Kilka z nich przyjął, pomimo negatywnego stanowiska Ministerstwa Zdrowia. Dotyczyły one m.in. słynnego już ustawowego zagwarantowania dodatku do wynagrodzenia w wysokości 100 proc. uposażenia wszystkim lekarzom i innym pracownikom medycznym walczącym z epidemią. Nie przeszkodziło to posłom

“

Tak stanowi się obecnie prawo, a na dodatek próbuje się skłócić środowisko medyczne poprzez nierówne traktowanie.

PiS w przedstawieniu kilka godzin później kolejnego projektu ustawy, który usuwa, uchwalony kilkanaście godzin wcześniej, przepis o dodatku. W uzasadnieniu tej nowelizacji czytamy, że jej celem jest konwalidacja błędu, który miał miejsce podczas rozpatrywania w Sejmie poprawek Senatu.

Aż do 28 listopada – mimo dużo wcześniej, bo 3 listopada, złożonego podpisu prezydenta – treść uchwalonej ostatecznie ustawy nie była opublikowana w Dzienniku Ustaw (opublikowano ją wraz z nowelizacją ograniczającą grupę medyków, którym przysługuje 100 proc. dodatek do wynagrodzenia).

Tak stanowi się obecnie prawo, a na dodatek próbuje się skłócić środowisko medyczne poprzez nierówne traktowanie. W opinii rządzących omawiana ustawa jest ukłonem w stronę środowiska medycznego i spełnieniem postulatów lekarzy, co, delikatnie mówiąc, jest nieprawdą. Niedelikatnie: jest farszą, skandalem i kolejnym ciosem dla medyków.



PNRL o projekcie ustawy dot. kadr medycznych

Poselski projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych m.in.:

1) umożliwia lekarzom denty stom w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii udzielanie świadczeń zdrowotnych zastrzeżonych dla kompetencji lekarzy;

2) w kwestii ułatwień w dostępie do wykonywania zawodów lekarza i lekarza denty stom dla cudzoziemców spoza UE, w zakresie modyfikującym rozwiązania zawarte w uchwalonej już w ustawie z 28 października 2020 r. projekt ustawy:

- pozwala ministrowi zdrowia odstąpić od wymogu przedstawienia zalegalizowanego lub poświadczanego przez apostille dyplomu lekarza oraz dyplomu specjalisty;
- przewiduje, że dokonanie oceny czy posiadana przez lekarza specjalizacja, uzyskana poza granicami UE, odpowiada w istotnych elementach merytorycznych programowi odpowiedniej specjalizacji w Polsce, nie będzie przeprowadzane co do zasady przez konsultantów krajowych i wojewódzkich, lecz ma bazować na opracowanym przez ministra wykazie dokumentów;
- wprowadza termin 7 dni na przyznanie przez ORL PWZ oraz wydanie dokumentu PWZ osobie, której minister zdrowia udzielił zgody na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza denty stom w Polsce;
- nakłada na ORL obowiązek niezwłocznego poinformowania ministra zdrowia o odmowie przyznania PWZ osobie, której minister udzielił zgody na wykonywanie zawodu w Polsce;
- przewiduje, że skreślenie osoby z listy członków izby lekarskiej nastąpi po upływie miesiąca od rozwiązania umowy o pracę łączącej tę osobę z podmiotem, w którym przyznano jej PWZ chyba, że osoba ta:
 - otrzyma zgodę ministra zdrowia na wykonywanie zawodu w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą, wydaną na podstawie zaświadczenia przedłożonego przez ten podmiot, jeżeli występuje w nim szczególnie duże zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy lub lekarzy denty stom;
 - zostanie skierowana decyzją administracyjną ministra zdrowia do pracy w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, w którym występuje szczególnie duże zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy lub lekarzy denty stom;
 - zostanie skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii na podstawie art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi.

3) wprowadza nową podstawę uzyskania w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii PWZ lekarza lub lekarza denty stom w Polsce przez osobę, która uzyskała dyplom lekarza poza terytorium państw członkowskich UE opierającą się na następujących założeniach:

- lekarz/lekarz denty stom może na tej podstawie uzyskać „warunkowe PWZ”, przy czym projekt nie wyjaśnia, na czym polegać ma owa „warunkowość”;
- PWZ może uzyskać lekarz/lekarz denty stom nieposiadający specjalizacji, przy czym osoba taka uzyska wówczas zgodę ministra zdrowia na wykonywanie zawodu pod nadzorem lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty;
- osoba posiadająca tytuł specjalisty może natomiast uzyskać od ministra zgodę na samodzielne wykonywanie zawodu z zastrzeżeniem, że przez pierwsze 3 miesiące wykonywania zawodu w Polsce osoba ta wykonuje zawód pod nadzorem odpowiednio lekarza lub lekarza denty stom posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty;
- od osób ubiegających się o „warunkowe PWZ” nie wymaga się przedstawienia zalegalizowanych lub opatrzonych apostille dyplomów;
- projekt nie wymaga, aby osoba ubiegająca się o takie PWZ wykazywała znajomość języka polskiego – projekt nie wymaga nawet złożenia oświadczenia o znajomości języka, tak jak ma to miejsce w odniesieniu do lekarzy specjalistów;
- zgodę na wykonywanie zawodu wydawać będzie minister zdrowia w formie decyzji administracyjnej z rygorem natychmiastowej wykonalności;
- na podstawie tej decyzji ORL będzie musiała w terminie 7 dni od doręczenia decyzji przyznać warunkowe PWZ, wydać dokument PWZ oraz wpisać osobę, której to prawo przyznano, na listę członków izby. W przypadku odmowy przyznania warunkowego PWZ ORL obowiązana jest niezwłocznie powiadomić o tym fakcie ministra;
- warunkowe PWZ uprawniać będzie do wykonywania zawodu jedynie w podmiotach leczniczych przeznaczonych do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19;
- minister może udzielić, w drodze decyzji administracyjnej, osobie posiadającej warunkowe PWZ, zgody na wykonywanie zawodu poza podmiotem przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19 – w zgodzie tej wskazuje się podmiot, w którym osoba ta będzie wykonywać zawód;
- warunkowe PWZ zachowuje ważność przez okres 5 lat od dnia jego wydania.

4) w projekcie zapisano też, że w przypadku, gdy ORL nie przyzna PWZ w terminie 7 dni lub gdy odmówi przyznania tego prawa osoba, która uzyskała zgodę ministra na wykonywanie zawodu w Polsce, może do dnia prawomocnego zakończenia postępowania w sprawie przyznania PWZ ten zawód wykonywać i jest uznawana za lekarza lub lekarza denty stom posiadającego odpowiednie PWZ.

CYRK NA KÓŁKACH

W międzyczasie w Sejmie pojawił się kolejny poselski projekt ustawy¹, zapowiadany przez Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ministra Michała Dworczyka, który jeszcze bardziej luzuje dostęp medyków spoza UE do polskiego rynku pracy, a także wprowadza szereg innych rozwiązań budzących poważne zastrzeżenia.

Projekt ustawy był procedowany na sejmowej Komisji Zdrowia 26 listopada. Samorząd lekarski, reprezentowany przez Michała Bulsę, mógł tym razem wyrazić stanowczy sprzeciw i zaapelować do członków KZ o wycofanie niebezpiecznych zapisów ustawy. Na argument, że projekt wprowadza zapisy umożliwiające pracę w Polsce lekarzom cudzoziemcom, którzy nie przechodzą weryfikacji wiedzy i umiejętności, przez co mogą stanowić niebezpieczeństwo dla pacjentów, przewodniczący KZ poseł Tomasz Latos stwierdził, że dyrektor placówki nie musi go zatrudniać. To prawda, ale przepisy tzw. tarczy dla ochrony zdrowia stanowią, że jeżeli dyrektor szpitala odmówi wykonania obowiązku, polecenia wojewody lub ministra zdrowia, bądź doprowadzi do nienależytego

ich wykonania, może zostać zawieszony w wykonywaniu obowiązków. Powyższe rodzi obawę, że dyrektor, który nie będzie zainteresowany zatrudnieniem obcokrajowców, może zostać zawieszony.

Po kategorycznym sprzeciwie samorządu lekarskiego oraz innych zawodów medycznych, zapisy o liberalizacji przepisów dotyczących otwarcia na lekarzy spoza UE zostały przez KZ odrzucone. Niestety następnego dnia (27 listopada) podczas posiedzenia Sejmu posłanka Barbara Dziuk (PiS) zgłosiła do projektu ustawy poprawkę przywracającą te przepisy. Kilka godzin później ta sama KZ, która dzień wcześniej wykreśliła te przepisy, pozytywnie rekomendowała ich ponowne wprowadzenie do ustawy. Tego samego dnia w godzinach wieczornych Sejm uchwalił ustawę dot. kadr medycznych z poprawkami przywracającymi zapisy dotyczące ułatwień dla lekarzy cudzoziemców.

Mimo zapowiedzi o udogodnieniach dla personelu medycznego, otrzymuje on nic innego jak kolejny cios w plecy. Wprowadza się ułatwienia dla lekarzy cudzoziemców, którzy, nieweryfikowani, będą zagrażać pacjentom, a wszystkim lekarzom i pracownikom medycznym nieustannie walczącym

na pierwszej linii frontu w Polsce rząd nie jest w stanie zapewnić m.in.:

- objęcia ochroną ubezpieczeniową na wypadek śmierci lub utraty zdrowia,
- wprowadzenia pełnej klauzuli tzw. dobrego samarytanina w odniesieniu do odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej,
- zmniejszenia obciążeń biurokratycznych, w tym w szczególności zniesienia obowiązku oznaczania poziomu odpłatności leku na recepcie,
- długofalowej regulacji wzrostu płac w ochronie zdrowia.

Podsumowując działania strony rządowej, nie ma się co dziwić narastającej frustracji, wręcz buntu, w środowisku lekarskim. Duża część lekarzy już dawno mogłaby przejść na emeryturę, ale z racji odpowiedzialności za swoich pacjentów i wykonywany zawód, szczególnie w czasie pandemii, tego nie robi. Co będzie, kiedy pandemia już się skończy? Zostaną czy przejdą na należyty im odpoczynek? A młodzi? „Niech jadą...”? ■

¹ Projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych

REKLAMA

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Apel do zarządzających szpitalami



gazetalekarska.pl

P rezydium ORL w Katowicach 18 listopada podjęło apel do zarządzających szpitalami, aby osoby te, realizując obowiązki nałożone przez Ministerstwo Zdrowia w zakresie zapewnienia opieki nad chorymi na COVID-19 w podległych im podmiotach leczniczych, właściwie przystosowali placówki do wykonywania tych zadań.

Zaapelowano m.in. o zapewnienie bezpiecznych warunków pracy dla personelu medycznego, a także o zagwarantowanie pacjentom humanitarnych warunków hospitalizacji. ■

Oświadczenie o wyłączeniu skierowania do pracy

W uchwalonej przez Sejm tzw. ustawie covidowej¹ znalazł się zapis, zgodnie z którym izby lekarskie mogą zostać zobowiązane do przekazania wojewodzie albo ministrowi zdrowia listy lekarzy i lekarzy dentyków, którzy mogą zostać skierowani do pracy z pacjentami zarażonymi SARS-CoV-2. Izba ma 7 dni od daty otrzymania wezwania na odesłanie listy.

W związku z tym część OIL już w listopadzie rozpoczęła zbieranie oświadczeń od lekarzy, którzy ustawowo podlegają wyłączeniom od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii. Izby nie posiadają bowiem informacji, na podstawie których mogłyby same zweryfikować, kto nie może zostać oddelegowany

do takiej pracy (nie dotyczy osób, które z racji wieku podlegają wyłączeniu, bo te dane izby są w stanie zweryfikować samodzielnie).

Przesyłanie oświadczeń jest dobrowolne, ale daje podstawę izbie do niewpisywania na listę osób, które z mocy prawa są wyłączone z obowiązku poddania się oddelegowaniu do pracy przy COVID-19. Zbieranie oświadczeń rozpoczęły m.in. OIL w Płocku, OIL w Zielonej Górze, OIL w Częstochowie, OIL w Opolu, KPOIL w Toruniu, OIL w Gorzowie Wielkopolskim.

Izby proszą o śledzenie na bieżąco komunikatów w tej sprawie publikowanych na ich stronach internetowych. ■

¹ Ustawa o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem pandemii COVID-19 z 28.10.2020 r.

Poszukiwani ochotnicy do walki z epidemią

K ujawsko-Pomorska OIL w Toruniu tworzy listę lekarzy chętnych do pracy przy zwalczaniu epidemii COVID-19. „Zwracamy się o pomoc i dobrowolne wsparcie koleżanek i kolegów lekarzy działających na pierwszej linii frontu w walce z koronawirusem” – czytamy na stronie internetowej izby. Na podstawie otrzymanych zgłoszeń zostanie utworzona lista osób, które w pierwszej kolejności wojewoda kujawsko-pomorski skieruje do pracy przy zwalczaniu epidemii. Podobny apel do swoich członków wystosowała Bydgoska Izba lekarska.

Wiele izb lekarskich publikuje też apele wojewodów, a także dyrektorów szpitali, o podjęcie pracy w szpitalach tymczasowych oraz podmiotach leczniczych przeznaczonych dla pacjentów chorych na COVID-19. ■

Do ozdrowieńców i lekarzy

P rezydium ORL Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zwróciło się z apelem do ozdrowieńców po COVID-19 o oddanie osocza w najbliższym centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Zaapelowano także do lekarzy, by w momencie potwierdzenia u pacjentów obecności wirusa SARS-CoV-2 informowali ich, że po wyzdrowieniu mogą jako ozdrowieńcy pomóc innym, oddając osocze, by mogło być ono wykorzystane do leczenia chorych na COVID-19. ■

Przeciw luzowaniu wymagań

P rezydium ORL w Łodzi podjęło stanowisko, w którym sprzeciwia się zapisom zawartym w projekcie ustawy z dnia 17 listopada br. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych.

Chodzi o regulacje, które w daleko idący sposób ułatwiają możliwość wykonywania zawodu w Polsce lekarzom/ lekarzom dentykom spoza Unii Europejskiej (więcej o samym projekcie na s. 8-10), i to znacząco bardziej niż te zawarte w obowiązującej już tzw. ustawie covidowej z 28 października br.

„Postanowienia projektu są krańcowo groźne dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, gdyż pozwalają na dopuszczenie do zawodu lekarzy bez konieczności weryfikacji i legalizacji zdobytego dyplomu lekarza, a także poświadczenia zdobytych specjalizacji, na podstawie i w zakresie określonym w decyzji Ministra Zdrowia” – czytamy w stanowisku PORL. – Ta zmiana to jakaś kolosalna pomyłka świadcząca o absolutnym braku odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne nas wszystkich – komentuje Paweł Czekalski, prezes ORL w Łodzi. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE



Udana interwencja



gazetalekarska.pl

Rzecznik Praw Lekarza OIL w Warszawie zgłosił skargę do Rady Etyki Mediów na materiał Konrada Węza wyemitowanego 14 października br. w głównym wydaniu „Wiadomości” TVP.

RPL zwrócił uwagę, że w reportażu przedstawiono fałszywy obraz postawy lekarzy względem walki z epidemią. Znalazły się w nim m.in. tezy nieoparte

żadnymi danymi, że niektórzy lekarze nie chcą pracować na pierwszej linii walki z SARS-CoV-2, przedstawiono także nieprawdziwe informacje o rzekomej niechęci izb lekarskich do kierowania lekarzy do walki z epidemią. REM stwierdziła nierzetelność zgłoszonego materiału, w pełni podzielając zarzuty postawione w złożonej skardze. ■

DIL najlepszą organizacją pozarządową Dolnego Śląska

Dolnośląska Izba Lekarska została laureatem tegorocznej edycji Dolnośląskiego Klucza Sukcesu. Izba otrzymała odznaczenie w kategorii dla najlepszej dolnośląskiej organizacji pozarządowej.

Dolnośląski Klucz Sukcesu to jedna z ważniejszych inicjatyw promujących oraz integrujących Dolny Śląsk oraz jedna z najważniejszych regionalnych nagród. Wyróżnienie przyznawane jest od 1997 r. Organizatorem konkursu jest Stowarzyszenie na Rzecz Promocji Dolnego Śląska.

Kapituła decydująca o przyznaniu wyróżnienia podkreśliła, że DIL już ponad 30 lat reprezentuje całe środowisko lekarskie regionu, dba o jego integrację, kształtuje wzorce zachowań, walczy o godne warunki pracy i stoi na straży należytego wykonywania zawodu, a ponadto współdziała z lokalnymi samorządami terytorialnymi, realizując wspólnie programy profilaktyki zdrowotnej i uczestniczy w różnych inicjatywach społecznych i charytatywnych. ■

Test dla lekarza

Wielkopolska Izba Lekarska umożliwiła swoim członkom – lekarzom i lekarzom denty stom – wykonanie testów PCR na obecność wirusa SARS-CoV-2. Z programu mogą skorzystać osoby, które nie mają możliwości wykonania testu u żadnego ze swoich pracodawców/zleceniodawców lub lekarze/lekarze dentyści emeryci niemający możliwości wykonania testu poza systemem POZ. Osoba biorąca udział w programie partycypuje w kosztach wykonania testu w wysokości 150 zł. Pozostałą część kosztów pokrywa izba. ■

Ubezpieczenie dla stażysty

OIL w Białymstoku zapewnia wszystkim lekarzom stażystom zrzeszonym w tej izbie polisę dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielanych świadczeń medycznych. Suma gwarancyjna na jednego

pacjenta wynosi 2,5 tys. euro i 5 tys. euro na cały okres ubezpieczenia (1 października 2020 r. – 31 października 2021 r.). W ramach polisy jest zapewniona również asysta prawna w wariantcie obejmującym konsultacje prawne udzielane telefoniczne lub e-mailem. ■

Decyzja w sprawie OZL w Gdańsku

ORL w Gdańsku zadecydowała o zwołaniu okręgowego zjazdu lekarskiego – wydarzenie ma odbyć się 20 marca 2021 r. w siedzibie gdańskiej izby. ■

Energia ze słońca

Na dachu Śląskiej Izby Lekarskiej zostały zamontowane panele fotowoltaiczne, które produkują energię elektryczną o mocy 9,52 kWh – to jedna szósta zapotrzebowania na prąd w budynku ŚIL. Inwestycję zrealizowano dzięki umorzeniu pożyczki zaciągniętej kilka

lat temu przez ŚIL w Wojewódzkim Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Katowicach na termomodernizację Domu Lekarza. WFOŚiGW zadecydował o umorzeniu pożyczki, a jej wartość została w całości przeznaczona na zakup i montaż paneli. ■

LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE

Pod presją komunizmu

Spośród 13 tys. lekarzy praktykujących w przedwojennej Polsce, II wojnę światową przeżyło zaledwie 7 tys. z nich.

Lekarze, którzy przeszli przez piekło wojny, po odzyskaniu niepodległości mieli nadzieję, że ich życie stanie się lepsze. Jednak niemiecki terror zastąpił nowy, komunistyczny, który wolny zawód lekarza zrównał do poziomu rzemieślników.

Polityka wobec lekarzy była nieprzyjazna, nękanie ich przesiedleniami, nakazami pracy oraz podatkami. Represjonowano też tych, którzy walczyli w strukturach Armii Krajowej. Nie zważając na te przeciwności, samorząd lekarski w marcu 1945 r. wznowił działalność i starał się wypełniać misję na rzecz zawodu lekarza.

“

O „rozsiedlaniu” decydowała komisja, w której zasiadały osoby z nadania ministerialnego i partyjnego. Propaganda, że to sposób na dostępność do leczenia zwykłych ludzi, dobrze się sprzedawała.

PRZESIEDLENIA

W 1945 r. opieka zdrowotna w Polsce opierała się na systemie z lat 30., którego trzon stanowiły ubezpieczalnie społeczne oraz leczenie państwowe, obejmujące urzędników oraz wojsko, policję, więziennictwo i kolejnictwo. System uzupełniała rozbudowana prywatna praktyka lekarska. Jednak nowej władzy to się nie podobało, tym bardziej, że spośród 13 tys. lekarzy praktykujących przed wojną ocalało zaledwie 7 tys.



Prof. Stanisław Michałowicz przy łóżku pacjentki z lekarzem i pielęgniarką z czasów, kiedy był kierownikiem Kliniki Chorób Dziecięcych przy ul. Litewskiej w Warszawie (1945-1950)

i byli oni głównie skupieni w dużych miastach. Na prowincji nie miał kto leczyć, podjęto więc działania zmierzające do wystąpienia ich na wieś i do małych miasteczek. Powstał pomysł przesiedleń nazwany planowym rozmieszczeniem, który ograniczał wolność wykonywania zawodu lekarza i nie szły za nim żadne zachęty materialne.

O „rozsiedlaniu” decydowała komisja, w której zasiadały osoby z nadania ministerialnego i partyjnego. Propaganda, że to sposób na dostępność do leczenia zwykłych ludzi, dobrze się sprzedawała. „Służba zdrowia” publikowała nazwiska lekarzy, którzy nie podporządkowali się decyzjom komisji i, by uzasadnić represyjny charakter tych działań,

powoływała się na ustawę o planowej gospodarce w służbie zdrowia z 1948 r., która groziła sankcjami uchylającym się od przesiedleń włącznie z zawieszeniem prawa wykonywania praktyki lekarskiej. Wprawdzie formalnie to izby lekarskie orzekały o prawie wykonywania zawodu lekarza, to jednak administracja w coraz większym stopniu decydowała o sprawach zatrudnienia lekarzy. Na posiedzeniu w 1947 r. Naczelna Izba Lekarska nie zajęła zdecydowanego stanowiska w tej sprawie. Uznała, że lekarze są nie tylko zarobkującymi, ale również pracownikami społecznymi i powinni się w swojej pracy kierować powołaniem. Ówczesny prezes NIL prof. Mieczysław Michałowicz podpisał



protokół z tego posiedzenia. Nie przypuszczał, że to preludium do dalszych represji wobec lekarzy.

NORMY ILOŚCIOWE

Prof. Michałowicz mimo ciągłego ocierania się o śmierć (Pawiak, Majdanek, Gross-Rosen) przeżył wojnę i wrócił na stanowisko prezesa NIL piastowane przed jej wybuchem. Przed wojną był znany z demokratycznych poglądów (członek SD), ciętych ripost i zdecydowanych działań na rzecz umacniania samorządu lekarskiego. Wierzył w siłę argumentów i rozwiązywanie problemów w cywilizowany sposób. Ta wiara mocno została zachwiana, kiedy 14 czerwca 1949 r. Ministerstwo Zdrowia wydało rozporządzenie w sprawie ogólnych norm ilościowych lekarzy dopuszczonych do wykonywania praktyki lekarskiej. Krótko po tym ukazało się kolejne rozporządzenie, tym razem w sprawie ustanowienia listy lekarzy i lekarzy dentystów przekraczających normę ilościową.

Ustawa z 1948 r. o zakładach społecznej służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia upaństwowiła lecnicstwo, które dotąd było zróżnicowane, jeśli chodzi o własność, a lekarzy potraktowała przedmiotowo. Minister zdrowia był dysponentem funduszy, a listy lekarzy zaliczonych do kategorii

przekraczających normę ilościową stawały się narzędziem do pozbywania się niewygodnych osób. Dotyczyło to nie tylko szpitali, ale też instytutów, klinik, placówek badawczych. Władza powoływała się na dysproporcje w zatrudnieniu, np. w Warszawie i Krakowie na jednego lekarza przypadało 500 mieszkańców, a na wsiach 25 tys. Dr Walenty Titkow, dyrektor Departamentu Kadr w Ministerstwie Zdrowia, przekonywał, że różnice te są skutkiem anarchizacyjnej gospodarki kapitałistycznej w służbie zdrowia, którą należy wyplenić.

W Warszawie, Krakowie, Gdańsku, Łodzi czy Poznaniu, gdzie przekroczone były ustalone przez nową władzę normy zatrudnienia, stworzono listę 400 lekarzy, którzy musieli się przenieść na wieś. Tym razem Naczelna Izba Lekarska zdecydowanie sprzeciwiła się tym praktykom. Niestety, samorząd lekarski w tej kwestii nie mówił jednym głosem. Znalazło się grono lekarzy, którzy wtórowali nowej władzy. Wielu z nich cieszyło się autorytetem moralnym w środowisku, dorobkiem naukowym, zasiadało we władzach NIL i okręgowych izb.

NAKAZY PRACY

Zasadę powszechnej dostępności do służby zdrowia popierał m.in. prof.

Marcin Kasprzak, specjalista higieny społecznej, znany z przedwojennych działań na rzecz poprawy dramatycznej sytuacji zdrowotnej Polaków. Nie można mu było zarzucić partyjniactwa, jednak był zwolennikiem przesiedleń, co w środowisku medycznym było krytykowane. Kiedy nie spełniły one oczekiwań władz, by zmusić lekarzy i lekarzy dentystów do pracy na prowincji, zastąpiono je nakazami pracy. Prof. Kasprzak popierał ten pomysł, choć przestrzegał przed biurokratycznym rozwiązywaniem problemu. Twierdził, że przymusowa mobilizacja i rozesłanie lekarzy na posady wydaje się najgorszym rozwiązaniem, chyba, że w każdym powiecie czy mieście powstaną dla nich miejsca pracy z zapleczem pielęgniarskim i aptecznym. Wprawdzie zdawał też sobie sprawę, że tego rodzaju rozwiązania będą godziły w wolność osobistą lekarza, ale wierzył, że dla wyższego dobra warto się poświęcić.

Środowisko medyczne było bardziej świadome skutków tych działań. Obawiało się zbyt daleko posuniętej ingerencji władz w życie lekarzy i te obawy okazały się słuszne. Mimo że Naczelna Izba Lekarska znów postawiła veto dla tych pomysłów, w 1947 r. projekt reformy służby zdrowia, określający m.in. mechanizm zatrudniania lekarzy zgodnie z nakazami pracy, został opublikowany. Prof. Kasprzak miał dobre

1. W latach 1951-1960 w szpitalu przy ul. Litewskiej w Warszawie, kiedy prof. Michałowicz piastował stanowisko kierownika II Kliniki Pediatrycznej

2. Podczas wykładu przed budynkiem Kliniki Pediatrycznej przy ul. Litewskiej 16 w Warszawie

intencje (chciał równego dostępu do lecznictwa), nie przewidział jednak, że władzom nie chodziło o dobro obywateli, ale o to, by nakazy pracy wykorzystywać w interesach politycznych i partyjnych.

CENTRALIZACJA

Jeszcze bardziej radykalny pomysł reformowania służby zdrowia mieli: dr Jan Rutkiewicz, przedwojenny działacz komunistyczny, po wojnie funkcjonariusz Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, z nominacji ministerialnej członek Naczelnej Izby Lekarskiej i Ludwik Rostkowski, lekarz z Warszawy działający przed wojną w Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

O tym, jak władze napierały na samorząd lekarski, świadczy fakt, że Jan Rutkiewicz w 1947 r. został prezesem NIL, zastępując prof. Michałowicza, a Ludwik Rostkowski – prezesem izby Warszawsko-Białostockiej. W 1946 r. ogłosili oni centralistyczny model reformy lecznictwa. Na górze minister, na dole lekarz gminny. Zrębanymi organizacyjnymi systemu miały być ośrodki okręgowe (gminne), powiatowe, wojewódzkie i centrala – resort zdrowia. Zaproponowali, aby ludność wiejską objąć ubezpieczeniem chorobowym, a lekarzy ustawowo zobowiązać do pracy na terenie Publicznej Służby Zdrowia.

W projektach tych rozsiedlenie odegrało kluczową rolę, z tą różnicą,

że zakładano stworzenie zaplecza medycznego, a wobec braków kadrowych umożliwienie lekarzom pracy na kilku etatach. Te posunięcia pokazują, jak władza za rządów Bieruta krok po kroku wgryzała się w zawodowe życie lekarzy, decydując o ich losach i karierach. Samorząd lekarski, który dawał lekarzom prawo do decydowania o sobie, za sprawą administracyjnych decyzji rządzących coraz bardziej tracił na znaczeniu.

KARTY REJESTRACYJNE

Za rządów Bieruta wrogiem klasowym byli „kułacy” i „prywaciarze”. Wprawdzie lekarzy wprost nie zaliczano do żadnej z tych grup, to jednak władza traktowała ich gorzej niż resztę inteligencji. Zygmunt Wiśniewski w książce pt. „Lekarskie drogi 1944-1956. Czasy reżimu Bieruta” pisze, że w przeciwieństwie do urzędników czy prawników, lekarze niechętnie współpracowali z władzą ludową, podkreślali swoją niezależność i uprawiali zawód, który nie wymagał szyldu politycznego. Od początku byli więc na cenzurowanym i szukano na nich bata. Takim batem były „karty rejestracyjne”, które, wzorem kupców i rzemieślników, obowiązkowo obciążały podatkami lekarzy prowadzących prywatną praktykę.

Wielu dorabiało prywatnie po godzinach do marnej pensji otrzymywanych w przychodniach i szpitalach. „Karta rejestracyjna” miała na celu

wywarcie na nich presji ekonomicznej, była narzędziem do zlikwidowania prywatnej praktyki. – Obciążenie lekarzy obowiązkiem wykupienia karty rejestracyjnej nie miało żadnych podstaw prawnych. Powołujecie się na ustawę, której nie ogłoszono w Dzienniku Ustaw – tłumaczył prof. Michałowicz ówczesnemu ministrowi zdrowia, do którego jako prezes NIL odwołał się w tej sprawie. Był nim wówczas prof. Franciszek Litwin, członek NIL, który jako samorządowiec wiedział, że prywatne praktyki lekarskie funkcjonują w oparciu o ustawę o izbach lekarskich z 1934 r., w której jest napisane, że lekarz tzw. wolno praktykujący nie posiada warsztatu, w którym zatrudniałby pracowników, więc obciążanie go podatkiem rzemieślniczym jest bezpodstawne. Jednak nie podjął żadnych działań. Na tym się nie skończyło. 13 listopada 1946 r. władze nałożyły kolejną szukanę na lekarzy – podatek pomiarowy, będący narzędziem niszczenia gospodarki wolnorynkowej.

Próby ingerowania samorządu lekarskiego w sprawy podatków, również dochodowego i obrotowego, które także były poważnym obciążeniem, spełzły na niczym. Nie pomogła charyzma i siła przekonywania profesora Michałowicza, jeszcze wówczas prezesa NIL (1946 r.). To już były wyraźne sygnały, że władza chce rozprawić się z samorządem lekarskim, że zmierza do jego likwidacji. ■

Źródła:

Zygmunt Wiśniewski, „Lekarskie drogi 1944-1956. Czasy reżimu Bieruta”

Zygmunt Wiśniewski, „Kronika Izby Lekarskiej w Polsce w latach 1945-2005”

Z głębokim smutkiem łączymy się
w bólu z rodziną zmarłego

Kolegi dr. Zenona Rudzkiego

współinicjatora i współorganizatora pierwszych
Kongresów Polonii Medycznej.

Dr Zenon Rudzki pozostanie na zawsze osobą darzoną
przez nas głęboką wdzięcznością i szacunkiem.

Cześć Jego Pamięci.

lekarze z Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych

„Ludzie szlachetni odchodzą otoczeni wdzięczną pamięcią żywych”

Z wielkim smutkiem i głębokim żalem żegnamy naszego Kolegę
Śp.

dr. Zygmunta Chojnackiego

działacza samorządu lekarskiego pełniącego funkcję
Sędziego Naczelnego Sądu Lekarskiego od II do VIII kadencji,
wspaniałego, serdecznego i pełnego dobroci Człowieka.

Rodzinie i Bliskim Zmarłego wyrazy głębokiego współczucia
składa

Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego
wraz z Zespołem Sędziów
oraz pracownikami Kancelarii NSL



KRZYSZTOF MADEJ

Przyjdzie kiedyś Kazimierz Odnowiciel

Do wszystkich plag egipskich, jakie w ostatniej dobie historycznej spadały na nasz kraj i nasze państwo (oraz na naszą ochronę zdrowia – z oczywistych powodów co chwila będą skręcał w tym kierunku), ostatnio doszły pandemia i wyrok Trybunału Konstytucyjnego oceniający zgodność z konstytucją jednego z artykułów wiadomej ustawy.

Własnego katalogu tych plag z przeszłości ani kalendarium, jak nas one doświadczały (a wiele z nich ma historię kilkudziesięcioletnią), nie będę podawał, bo na tej podstawie czytelnik mógłby próbować rekonstruować, ku jakim wyborom politycznym lub światopoglądowym się skłaniam. Asumptu do tego dawać nie należy. Samorząd lekarski przez teoretyków myśli korporacyjnej definiowany jest jako byt apolityczny i światopoglądowo neutralny i ta jego cecha powinna być chroniona jak żreńnica oka. Felietonistów prasy środowiskowej również to dotyczy, choć zawsze post factum znajdują się tacy, którzy nasze działania lub pisaninę przypiszą takimi czy innymi porządkom tego świata i „przyzną łutki”.

Dwoma ostatnimi możemy się zająć bez tych ryzyk. Są one świeże, a sposób ich opisu i pomysły na rozwiązanie nie zostały jeszcze wpisane do ideologii żadnej ze zwalczających się na śmierć i życie stron konfliktu politycznego w Polsce. Dowodem niech będzie na

przykład to, że ugrupowanie, które wzbudziło na nowo problem legalizacji niektórych wskazań do terminacji ciąży, jeszcze do niedawna twierdziło, że tzw. kompromis aborcyjny jest nienaruszalny i jest podstawą, w tym bardzo wąskim zakresie, spokoju społecznego. Także tumult społeczny spod znaku pioruna, jaki powstał po odgrzaniu problematyki aborcyjnej, w przewadze jest antysystemowy i za główne hasło ma obalenie rządu i innych instytucji państwa (bo „to jest wojna”). A co dalej, po wygranej wojnie? Nie wiadomo.

Przedostatnia z plag – inwazja armii coronavirusa na ludzkość – wydaje się, że była nie do przewidzenia i trafiła na świat nieprzygotowany, co widać szczególnie dobitnie na naszym rodzimym przykładzie. Na tymże rodzimym przykładzie widać też, że my mamy gorzej niż inni (nie porównuję z innymi krajami liczbowo wyrażonych strat). U nas epidemia uderzyła w państwo będące w fazie ostrego, wyniszczającego konfliktu politycznego, w którym ciosy ideologiczne wyprowadzane przez przeciwników wykraczają daleko poza podstawowy racjonalizm. Taki grunt polityczny i społeczny sprawia, że o spokojną racjonalność w walce z pandemią bardzo trudno. Dla mnie dowodem na to jest przedziwna, egzotyczna plejada ekspertów, którzy w jakimś starczym pobudzeniu wykrzykują hasła wirusologiczno-polityczne. Nieustająco tajemnicze jest zaplecze eksperckie rządu. Brakuje wiarygodnej, zdyscyplinowanej naukowo informacji o charakterze i przebiegu epidemii (np. o zgonach w Polsce w ostatnich miesiącach). Media zaś, jawnie obsługujące swoich politycznych patronów, z lubością mnożą lęki społeczne. Atmosfera jest fatalna, pełna podejrzeń o malwersacje finansowe, o ignorancję polityczną, legislacyjną i epidemiologiczną oraz pełna dezercji wysokich urzędników państwowych. O czymś to świadczy. Najbardziej zdumiewa mnie zarzut pod adresem rządu, że nie przewidział pierwszej fali pandemii, później drugiej. Czyli przygotowujemy się do trzeciej i budujemy gigantyczną sieć szpitali polowych. A jak ktoś powie, że po trzeciej fali będzie czwarta, to liczebność tych szpitali pewnie podwoimy. Czasami można odnieść wrażenie, że dowództwo armii, która walczy z wrogiem zewnętrznym, wirusem, jest podzielone i równolegle toczy wojnę domową. Historia uczy, że takie komplikacje dziejowe na ogół źle się kończą.

“

**Cała medycyna
pełna jest sytuacji,
w których
podejmowane są
rozstrzygnięcia,
nazywane
decyzjami
„życia i śmierci”.**

Dla odmiany, kolejny powrót do debaty nad usytuowaniem w porządku prawnym państwa warunków dopuszczalności bądź zakazu przerywania ciąży był możliwy do przewidzenia, ponieważ cyklicznie u nas (i w wielu innych krajach) on powraca. Po ostatnim wyroku Trybunału Konstytucyjnego i po bezprecedensowej fali protestów powstała sytuacja w najwyższym stopniu kłopotliwa, bo również bezprecedensowa. Wyrok powinien być z urzędu niezwłocznie opublikowany (a nie zostać!) i powinien wywoływać skutki prawne.

Pozwolę sobie nieco zbliżyć się do tego tematu, mając świadomość, po jak kruchym lodzie stącam. Kiedyś, dawno temu, właśnie w roku 1993, czyli roku uchwalenia przez Sejm ustawy nazywanej dziś „kompromisem aborcyjnym”, brałem udział w budowaniu i wdrażaniu tego kompromisu z racji pewnych osobistych usytuowań. Spadły na mnie wówczas kaskady dziennikarskich pytań, ale jakoś ocalałem. Liczę na to i teraz, choć kiedyś jednak było chyba łatwiej. Była inna atmosfera i walka polityczna tamtego czasu nie rozgrzewała emocji do tego stopnia co dzisiaj. Było większe przyzwolenie, tak mi podpowiada pamięć, do traktowania prawa, jako umowy społecznej, zgodnie zresztą z podstawową definicją doktryny prawa stanowionego. Pamiętam, jak Kościół przymuszony wówczas do przyjęcia do wiadomości, no bo przecież nie do akceptacji, nowej ustawy, twierdził, że najważniejsze będzie wobec takiej zmiany prawa wydolne poradnictwo i opieka religijna, moralna, psychologiczna nad kobietami rozważającymi terminację ciąży. Teraz tego nie ma.

Na kanwie obecnego kryzysu ponownie napisano już niezliczoną liczbę dySSERTacji: o konieczności wprowadzenia bezwzględnego, prawnego zakazu przerywania ciąży; o pełnej liberalizacji dostępu do aborcji; o konieczności prawnego określenia warunków dopuszczalności dla tego typu zabiegów. Wszystkie argumenty z przeszłości powtórzono wielokrotnie, chociaż jeden z publicystów napisał, że wprowadzenie bezwzględnego, bezwarunkowego i całkowitego zakazu aborcji jest wstępem do rozwiązania wszystkich problemów historycznych, cywilizacyjnych,

społecznych, politycznych i gospodarczych Polski, i warunkiem niezbędnym do dalszego rozwoju kraju i państwa. Ale to chyba też już było. Rozdzwięk pomiędzy publicystyką na poziomie filozoficznych odwołań do wartości najwyższych i publicystyką funkcjonującą na poziomie inwektyw z protestów ulicznych ma już wymiar schizofreniczny, a to źle rokuje dla życia umysłowego społeczeństwa. Niedawno jedna pani minister udzielała wywiadu i została zapytana, co sądzi o wyroku Trybunału. Odpowiedziała, że ta sprawa ma dla niej wymiar moralny, prawny i polityczny. Każdy z tych wątków bardzo sprawnie omówiła i na koniec, biedactwo, zakłopotana powiedziała, że nie potrafi jeszcze argumentacji z jednego wątku wywieść z innego, tak aby wszystkie trzy stały się spójne. Też chciałbym żyć w państwie, w którym jest jeden akceptowany przez wszystkich ustrój polityczny, zapewniający dobre rządy, którego nikt nie chce cały czas zmieniać, jeden porządek gospodarczy zapewniający pomnażanie bogactwa i niepowodujący niesprawiedliwości i cierpień niedostatku ani podziałów społecznych i jedna prawdziwa religia, która daje odpowiedź na wszystkie pytania transcendentne i egzystencjalne. Ale tak nie jest.

Wojny polityczne i kinetyczne trwają w najlepsze, porządki gospodarcze jednych wyposażają w nieprzystomne bogactwo, innych niszczą i wykluczają. Pod klinikami ginekologicznymi, w których dokonywane są aborcje, dochodzi do strzelanin, w których giną ludzie. Na tej samej zasadzie problem dopuszczalności aborcji nie jest do rozwiązania jednoznacznego i ostatecznego w tę czy inną stronę. Świadczą o tym problemy i wysiłki innych kultur, społeczności i państw. Opatrzność, zdaje się, postawiła nas w takiej sytuacji, preferując jednak i wynagradzając indywidualne wybory moralne, ponad rozwiązaniami prawno-policyjno-penalizującymi.

Mimo iż cała ta fala piśmiennictwa jest przeogromna i, jak napisałem, wszystkie argumenty zostały już po wielokroć powtórzone, brakuje mi w tym dyskursie medycyny i lekarza. Wiem, że lekarskie myślenie i działanie jest obecnie w najwyższym stopniu społecznie podejrzane. Podejrzane o trudne do objaśnienia (poza materialnymi) interesy lekarzy. Ja jednak przywołam pewien aforyzm, który kiedyś zrobił na mnie bardzo duże wrażenie: „zawód lekarza polega na rozpoznawaniu chorób, leczeniu chorób i rozstrzyganiu dylematów moralnych”.

Niektórzy politycy przybierający publiczną kreację filozofów, myślą już nad tym intensywnie, aby zawodowi lekarza tę kompetencję trwale odebrać, a wybory moralne zamknąć w jakieś procedury realizowane przez komitety bioetyczne. Jeden z publicystów wręcz twierdzi, że taka służba bioetyczna powinna chronić pacjentów przed lekarzami (i lekarkami), bo ich paternalistyczne nastawienie zwodzi na moralne manowce.

Na razie skazani jesteśmy na instrumentalną propagandę. Jedna stacja telewizyjna pokazuje szczęśliwą rodzinę z sześciorgiem dzieci, z których jedno ma lekkie zespół Downa i jest kochane przez całą rodzinę, w wielki i szczególnie sposób zwiększając depozyt opieki i miłości, jaki w tej rodzinie panuje, a teraz pstryk pilotem i inna stacja pokazuje dramaty kobiet zmuszonych do odbycia martwych porodów, czekania na rychłą śmierć dziecka z zachowanymi resztkowymi funkcjami wegetatywnymi itd., itd., z propagandowo opisanymi skutkami psychicznymi, moralnymi i życiowymi. Pomiędzy tak prymitywnie pokazanymi biegunami rozciąga się kraina pewnie setek tysięcy przypadków, postaw i wyborów ludzkich, które ogarnąć można tylko doświadczeniem zawodowym i życiowym oraz pewną zdolnością do „rozstrzygania dylematów moralnych”. To wymaga wysiłku i ćwiczeń, ale przede wszystkim wyjściowej postawy, skłaniającej do takiego wysiłku. Natura człowieka jest tak skomplikowana i nieprzewidywalna, a pewną normą kultury ludzkiej jest to, że w podejmowaniu decyzji życiowych mogą brać udział osoby drugie, ze względu na swój autorytet, doświadczenie i pewne umocowanie w strukturze społecznej, upoważniające do brania współodpowiedzialności za ostateczne moralne i życiowe rozstrzygnięcia. Cała medycyna pełna jest sytuacji, w których podejmowane są rozstrzygnięcia, nazywane decyzjami „życia i śmierci”. Decyzja o terminacji ciąży nie jest ich najdramatyczniejszym przykładem. Każda kwalifikacja do operacji mającej obiektywnie wyliczony wskaźnik ryzyka zgonu ma w sobie elementy takiej decyzji. I tak jak spowiednicy mają moc udzielania rozgrzeszenia lub nie (zapewne niektórzy udzielili też rozgrzeszenia kobiecie, która dokonała aborcji), tak lekarze nie powinni być zwolnieni z udziału w takich decyzjach i brania za nie moralnej współodpowiedzialności.

Na razie wszystko w naszej medycynie się wali.

Ale kiedyś, dawno temu, po przejściu prof. Jana Nielubowicza na emeryturę, pewna jednostka uczelnicza, co do której miał On pewną właściwość, zaczęła podlegać gwałtownej erozji. My, młodzi, cośmy pozostali z Jego zespołu, nie mogliśmy się pościć z żalu i zgorszenia, że tylopokoleniowy wysiłek, taka sztafeta autorytetów, taka zmateriwalizowana przez lata dobra wola rozwoju i wzrostu tak szybko idzie na marne. Kiedy opowiedziałem Mu o tym rozżaleniu kolegów, spojrzał na mnie z pobłażliwym uśmiechem i powiedział: „Kolego, przyjdzie kiedyś Kazimierz Odnowiciel, przyjdzie”. I to też przekazuję czytelnikom. ■

Koronawirus w liczbach

Pierwszy przypadek zakażenia SARS-CoV-2 w Polsce stwierdzono 4 marca w szpitalu w Zielonej Górze, gdzie zdiagnozowano zachorowanie u 66-latka, który przyjechał autokarem z Niemiec. Już 20 marca, na mocy rozporządzenia ministra zdrowia, wprowadzono stan epidemii.

674

w raporcie przekazanym 25 listopada przez MZ poinformowano o takiej liczbie zgonów w ciągu ostatniej doby z powodu zakażenia koronawirusem (zdecydowana większość – 522 osoby – miała choroby współistniejące). To rekord, odkąd wybuchła pandemia. Tym samym liczba śmiertelnych ofiar COVID-19 w Polsce zbliżyła się do 15 tys.

8 tys.

mniej więcej tyle osób skorzystało z terapii osoczem w leczeniu COVID-19 w Polsce do drugiej dekady listopada. Do tego czasu osoby, które przechorowały COVID-19, dokonały ok. 5,2 tys. donacji osocza, w trakcie których pobrano ponad 9,5 tys. jego jednostek. Jednej osobie nie zawsze podaje się tylko jedną jednostkę.

22 tys.

zakażeń SARS-CoV-2 nie zostało zareportowanych w oficjalnych statystykach w poprzednich miesiącach. Analiza GIS wykazała różnicę między systemem elektronicznym a innymi używanymi dotychczas narzędziami zbioru danych. Zidentyfikowane przypadki (połowa pochodziła z Mazowsza) dodano do ogólnej liczby „dodatnich wyników” w drugiej połowie listopada.

6 mln

przekroczyła liczba przebadanych próbek pod kątem koronawirusa według danych MZ z 24 listopada. Liczba przebadanych osób wyniosła 5,79 mln, a łączna liczba zakażonych pacjentów przekroczyła tego dnia 909 tys.

10 dni

trwa izolacja domowa, jeżeli u zakażonego pacjenta nie wystąpiły objawy COVID-19. W przypadku, gdy w czasie izolacji domowej wystąpią objawy koronawirusa, lekarz POZ postanawia o przedłużeniu izolacji, a jej zakończenie może nastąpić nie wcześniej niż po 13 dniach od dnia wystąpienia objawów.

822,4 zł

za dobę otrzymują szpitale tymczasowe za dostępność łóżka dla pacjentów z COVID-19, a za dostępność stanowiska umożliwiającego prowadzenie wentylacji mechanicznej pacjenta z tą chorobą – 3773,7 zł za dobę. Za gotowość do udzielania świadczeń w punkcie przyjęć placówki tymczasowe dostają prawie 18,3 tys. zł za dobę.

20.11.

od tego dnia zlecenie wykonania testu na koronawirusa może wystawić lekarz, który opiekuje się pacjentem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej czy opieki długoterminowej w ZOL. Taką możliwość mają również m.in. lekarze udzielający świadczeń w ramach NiŚOZ.

1.12.

według danych podanych przez MZ, ponad 999,9 tys. wyniosła łączna liczba osób zakażonych koronawirusem w Polsce od początku pandemii. Spośród nich zmarło prawie 17,6 tys. osób.

27.12.

co najmniej do tego dnia potrwa ogłoszony przez rząd „etap odpowiedzialności”. W tym czasie, w tym również podczas świąt Bożego Narodzenia, będzie obowiązywało m.in. ograniczenie domowych spotkań do 5 osób, o ile nie mieszkają razem lub wspólnie nie gospodarują.



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Bufor

Powody tworzenia szpitali tymczasowych są bardziej złożone, niż to się wydaje na pierwszy rzut oka. Mają odciążać część istniejących placówek, ale na ile tak się dzieje, zdania są mocno podzielone.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Skokowy wzrost zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2, który nastąpił we wrześniu i październiku, a także rosnąca liczba zgonów z powodu COVID-19 i chorób współistniejących, skłoniły rząd do spektakularnych działań. Pod koniec października premier Mateusz Morawiecki polecił przygotować plany budowy szpitali tymczasowych. Decyzje administracyjne zapadły błyskawicznie. Rachunek za powstanie nowych placówek zapłacą podatnicy, a niewykluczone, że również akcjonariusze państwowych spółek notowanych na giełdzie, które w nieoczekiwany sposób włączyły się w walkę z pandemią.

W wyniku powstania szpitali tymczasowych baza łóżek dla pacjentów z COVID-19 powiększy się o 3 tys. m.in. dzięki zaadaptowaniu na cele hospitalizacji miejsc niewykorzystywanych dotąd przez placówki ochrony zdrowia (np. centrów kongresowo-wystawienniczych i hal sportowych). Ostateczne decyzje w sprawie lokalizacji placówek tymczasowych zapadają na szczeblach wojewodów. – Wymogiem jest sprawowanie opieki nad pacjentami przez jeden z wybranych szpitali – tłumaczy Justyna Maletka z Ministerstwa Zdrowia. Na początku listopada pierwszy pacjent trafił do pierwszej placówki tymczasowej stworzonej na Stadionie Narodowym w Warszawie. To filia CSK MSWiA w Warszawie.

Rozruch Szpitala Narodowego jest podzielony na etapy, a docelowo znajdzie się w nim 1,2 tys. łóżek. W listopadzie hospitalizowano tam od kilku do kilkudziesięciu osób na dobę, choć liczba dostępnych łóżek szybko wzrosła do kilkuset. Jak wyjaśnia szef tej placówki, Artur Zaczynski, pełni ona funkcję zapasową. Biorąc od uwagę koszty adaptacji pomieszczeń na potrzeby Szpitala Narodowego i wyposażenie go w nowoczesny sprzęt, zapewnienie dobrych warunków pracy i zakwaterowania medykom, o czym sami wspominają, pojawiają się wątpliwości, czy dobrze wydano środki na ten cel. Być może zamiast inwestować w tworzenie tej i innych tymczasowych placówek, można było dofinansować lub rozbudować istniejące szpitale powiatowe i wojewódzkie.

SZPITAL NA CZARNĄ GODZINĘ

Wiele osób nie potrafi zrozumieć, dlaczego Szpital Narodowy świeci pustkami, skoro szpitale tradycyjne (tzn. I, II, III, IV poziomu zabezpieczenia covidowego) są przepełnione. Płonne okazały się nadzieje, że po otwarciu placówek tymczasowych zaczną do nich trafiać pacjenci z COVID-19, a część szpitali tradycyjnych zacznie na nowo otwierać oddziały przekształcone w ostatnim czasie na covidowe. Z pewnością placówki tymczasowe pomagają rządowi w budowaniu narracji, że nie przygląda się biernie sytuacji, tylko chwyta pandemicznego byka za rogi, a podległe mu struktury aktywnie wspomagają walkę z szalejącym wirusem. W wielu wypowiedziach przedstawicieli rządu i osób zaangażowanych w tworzenie szpitali tymczasowych, często pojawiają się określenia, że mają one stanowić „bufor łóżkowy” na wypadek, gdyby fala pandemii urosła bardziej niż dotychczas. To oznacza, choć na ogół nie jest komunikowane wprost, że – przynajmniej na razie – mają one w znacznym stopniu pozostawać puste i być gotowe na „czarną godzinę”. – Mamy w tej chwili bufor bezpieczeństwa, to jest ponad 11 tys. wolnych miejsc dla pacjentów z COVID-19 – mówi 19 listopada wiceminister zdrowia Waldemar Kraska, wskazując, że dla tej grupy chorych przygotowanych jest 37 348 łóżek szpitalnych, podczas gdy miesiąc wcześniej (17 października) było ich 15 166. Niby liczby nie kłamią, ale rzeczywistość jest znacznie bardziej skomplikowana.

6 MLN

przekroczyła liczba osób przebadanych pod kątem koronawirusa w Polsce 30 listopada (dane MZ).

NIE JESIEŃ, LECZ TRZECIA FALA

– Szpitale tymczasowe mają być na-
szym zabezpieczeniem na ewentualną
trzecią falę w lutym, kiedy to również
przypada szczyt zachorowań na gry-
pę – mówi minister Adam Niedziel-
ski, dodając, że te placówki nie znik-
ną przynajmniej do końca marca. – Są
ostatnią, czwartą linią obrony – pod-
kreśla. Czułe ucho potrafi wyłapać
inne, choć nieliczne wypowiedzi de-
cydentów mogące świadczyć o tym,
że przygotowują się na najgorsze i do-
puszczają do siebie fakt, że znacząco
może zostać przekroczony dotych-
czasowy rekord liczby zgonów z po-
wodu COVID-19 i współistnienia tej
choroby z innymi schorzeniami, który
padł 25 listopada (resort poinformo-
wał wówczas o 674 zgonach), pomimo
że medycy mają pełne ręce roboty, od
kilku tygodni część gospodarki z po-
wodu obostrzeń działa na pół gwizd-
ka, a coraz więcej Polaków boryka się
z problemami finansowymi. Mówie-
nie, że tworzenie szpitali tymczaso-
wych to wyłącznie „zagrywka PR-o-
wa” rządu, wydaje się grubą przesadą,
ale z drugiej strony – gdyby sytuacja
epidemiczna znacznie się pogorszyła,
dodatkowe placówki mogłyby przy-
czynić się do tego, że być może unik-
nęlibyśmy niezwykle dramatycznych
w odbiorze społecznych scen, które
wiosną oglądaliśmy m.in. z Włoch,
a jeszcze wcześniej z Chin, gdzie za-
każeni pacjenci leżeli stłoczeni na ko-
rytarzach, a bywało, że właśnie tam
umierali. Wprawdzie w polskich me-
diach nie brakuje obrazków stawia-
jących w niekorzystnym świetle wy-
dolność systemu ochrony zdrowia
czy wskazujących na to, że placówki
nie radzą sobie z natłokiem pacjen-
tów, ale mimo skokowego wzrostu
zakażeń SARS-CoV-2 w ostatnich ty-
godniach w Polsce nie mieliśmy do
czynienia z Armagedonem na miarę
Wuhan czy Lombardii.

TLEN NIE DLA KAŻDEGO

Od kilku tygodni żywo dyskutuje się
o idei tworzenia tymczasowych pla-
cówek i w kolejnych tygodniach ta
dyskusja zapewne nie przycichnie,
bo w grudniu zacząć działać kolejne.
Każdy szpital, także ten tymczasowy,

ma swoją specyfikę. Szukając uogól-
nień, łatwo o nieprawdziwe oceny,
tym bardziej, że w ostatnich tygo-
dniach pojawiło się wiele informacji
na ich temat. Sensacja goni sensa-
cję, ale część nieścisłości nie wzię-
ła się znikąd. Nie wszystkie szpita-
le tymczasowe są dedykowane dla
najcięższych chorych, a już na pewno
nie w początkowej fazie ich działa-
nia. Najbardziej znanym przykładem
jest Szpital Narodowy. Kiedy ruszał,
na jego stronie internetowej pojawiły
się wyśrubowane kryteria przyjęcia
pacjentów, wykluczające hospitaliza-
cję osób z ciężkim przebiegiem CO-
VID-19. Inny przykład stanowi pierw-
sza na południu Polski tymczasowa
placówka przeznaczona dla chorych
na COVID-19, zlokalizowana w 20.
Wojskowym Szpitalu Uzdrowiskowo-
-Rehabilitacyjnym w Krynicy-Zdroju.
Podlega ona tamtejszemu szpita-
lowi im. dr. Jana Dietla. Z uwagi na
brak łóżek respiratorowych przy-
jmuje tylko łżej chorych, pozwalając
zmniejszyć ilość pacjentów w szpita-
lach pełnozakresowych. – Musieliśmy
zrobić instalację tlenową do 168 łó-
żek i posadowić butlę na 11 tys. litrów
gazu – mówi Sławomir Kmak, dyrek-
tor Szpitala im. J. Dietla w Krynicy-
Zdroju. Brak specjalistycznych in-
stalacji tlenowych rodzi pytania, na ile są
one szpitalami, w których rzeczywi-
stą pomoc mogą otrzymać najciężej
chorzy pacjenci z COVID-19, a na ile
spełniają funkcję izolatoriów czy – jak
mówią złośliwi – sanatoriów.

CO ŁĄCZY ORLEN I PKO?

Tworzenie szpitali tymczasowych to obecnie najwa-
niejsza i najbardziej medialna inicjatywa koordynowana
przez Ministerstwo Aktywów Państwowych. Z oczywi-
stych powodów w projekt włączyły się spółki Skar-
bu Państwa, m.in. Grupa Lotos, KGHM, Tauron, Grupa
Azoty i Polska Grupa Zbrojeniowa. Jedną z placówek
na Mazowszu buduje Totalizator Sportowy (będzie się
mieścić przy Radomskim Szpitalu Specjalistycznym).
Kolejne dwa, oba w zabudowie kontenerowej, tworzy
PKN Orlen: w Płocku (na działce należącej do koncernu)
i Ostrołęce (na terenie przyległym do tamtejszego szpi-
tala specjalistycznego). – Z pełnym zaangażowaniem i we
współpracy z wojewodami prowadzimy projekt budo-
wy dwóch szpitali tymczasowych, w Tarnowie i Pozna-
niu, i zrealizujemy go najlepiej, jak potrafimy – zapewnia
Magdalena Lejman z PKO Banku Polskiego. Jak dodaje,
rolą banku jest zarządzanie projektem od strony orga-
nizacyjnej i inwestycyjnej. – Do naszych zadań należy,
w uzgodnieniu z władzami województwa, wyznaczenie
lokalizacji, przystosowaniu obiektów oraz zapewnienie
należytego funkcjonowania placówek – wyjaśnia Jaro-
sław Latacz, rzecznik prasowy spółki Węgłokoks, którą
zobligowano do uruchomienia dwóch szpitali. Od pod-
staw jest tworzony ten w jednej z hal Międzynarodo-
wego Portu Lotniczego Pyrzowice (142 miejsca), a dru-
gi powstaje w Ustroniu w obiekcie administrowanym
wcześniej przez NFZ (100 łóżek z możliwością podwo-
żenia ich liczby).

WOJEWODA ZAPRASZA STUDENTÓW

Akcję naboru lekarzy i personelu medycznego do pra-
cy w szpitalach tymczasowych prowadzą wojewodo-
wie, choć z uzyskanych przeze mnie informacji wy-
nika, że w niektórych województwach bardzo aktywnie
pomagają w tym podmioty lecznicze, a gdzieś indziej
rekrutacją zajmują się spółki Skarbu Państwa. – Nada-
rza się niezwykła okazja do sprawdzenia się w niezwy-
klej roli zawodowej. To także ważny sprawdzian oraz

PANDEMIA WŚRÓD PERSONELU MEDYCZNEGO (stan na 18.11.2020 r.)*

zawód medyczny	zakażenia	zgony	kwarantanna
lekarz	12981	37	69743
lekarz dentyista	1142	4	6655
pielęgniarka/pielęgniarsz	32931	25	142007
położna/położny	3029	1	16148
ratownik medyczny	2036	2	8763
farmaceuta	1329	3	6049
diagnosta laboratoryjny	1006	0	5466
felczer	11	1	94

*Dane od początku trwania pandemii. Źródłem danych dotyczących zakażeń jest rejestr EWP testy, dane dotyczące kwarantanny są zgodne z danymi z rejestru EWP kwarantanna, a dane dotyczące zgonów są zgodne z Krajowym Rejestrem Pacjentów z COVID-19.

doskonała praktyka dla przyszłych lekarzy, którzy teraz są na ostatnich latach studiów medycyny – podkreśla wojewoda mazowiecki Konstanty Radziwiłł w apelu skierowanym do pracowników ochrony zdrowia, zarówno obecnych, jak i przyszłych, bo z wielu stron słychać prośby o zgłaszanie się osób niemających jeszcze PWZ lekarza czy pielęgniarki. Do pracy w dwóch białostockich placówkach tymczasowych potrzeba m.in. 34 lekarzy, 121 pielęgniarek i ratowników medycznych oraz 82 osoby innego personelu medycznego (m.in. salowych, sanitariuszy i opiekunów medycznych). Jedną jest tworzona w hali sportowej należącej do uniwersytetu medycznego, druga – w nowo budowanym szpitalu przy ul. Żurawiej. W obu będzie po 80 łóżek. – Bardzo liczyliśmy na ustawę covidową, która byłaby szansą np. na zatrudnienie kadr medycznych ze Wschodu – przyznaje Katarzyna Malinowska-Olczyk z USK w Białymstoku.

PARADOKS KADROWY

W dobie pandemii niedobory kadrowe są prawdziwą zimą wielu placówek, mimo to paradoksalnie ważnym zapleczem kadr lekarskich dla szpitali tymczasowych będą istniejące lecznice. Do codziennego funkcjonowania nowych placówek potrzeba jednak także wielu innych osób z wykształceniem medycznym i niemedyce. – Zgłaszają się do nas pracownicy innych szpitali, np. pielęgniarki, ratownicy medyczni, diagnosty laboratoryjni, technicy RTG, opiekunowie medyczni. Spoza środowiska medycznego zgłosili się ratownicy WOPR i osoby z MOPS-ów – wylicza Bogna Bartkiewicz, rzecznik prasowy SPSK Nr 2 PUM w Szczecinie, który jest placówką patronacką dla szpitala tymczasowego zlokalizowanego w dwóch lokalizacjach: w jednym z budynków SPSK oraz w hali Netto Arena. Na razie nie określono tam poziomu zatrudnienia. Znacznie większą obsadą niż tymczasowe placówki w Szczecinie czy Białymstoku ma dysponować szpital we Wrocławiu, gdzie będzie 400 łóżek, w tym 50 do intensywnej terapii. – Potrzebujemy 260 lekarzy, 600

pielęgniarek, ratowników i sekretarek medycznych, 80 farmaceutów – wylicza Monika Kowalska z USK we Wrocławiu, która jest placówką patronacką nowotworzonej lecznicy.

OCHOTNIKÓW NIE BRAKUJE?

500 łóżek, w tym 100 respiratorowych, znajdzie się w szpitalu tymczasowym w hali Międzynarodowego Centrum Kongresowego w Katowicach. – Liczba lekarzy i pielęgniarek zależeć będzie od obłożenia szpitala i bieżących potrzeb – informuje Alina Kucharzewska, rzecznik wojewody śląskiego. Katowicką placówkę wspierają ratownicy górniczy, którzy – jak zaznacza wojewoda Jarosław Wierczok – są przeszkoleni i przygotowani do ratowania ludzkiego życia i zdrowia. Jej szpitalem patronackim jest SP ZOZ MSWiA im. sierżanta Grzegorza Załogi w Katowicach, do którego obowiązków należy pozyskanie i rozdysponowanie kadr. W myśl zasady „wszystkie ręce na pokład”, powtarzanej przez ministra zdrowia, na Pomorzu pracowników szuka się m.in. wśród ratowników medycznych ze służb, którzy nie pracują w zawodzie, a także – w kontekście personelu pomocniczego – osób z tytułami ratowników KPP i ochotników (WOT, WOPR, SARP, PSP). W majestacie prawa do pracy przy zwalczaniu epidemii wojewodowie mogą kierować nie tylko medyków. W ostatnich miesiącach przy wydawaniu nakazów pracy dochodziło do spektakularnych zgrzytów. W nadchodzących tygodniach mogą one się powtórzyć, bo niedostatki kadrowe są faktem, a niektórzy dyrektorzy szpitali przyznają sami lub za pośrednictwem rzeczników prasowych, że w przypadku niewystarczającej liczby pracowników zwrócą się do wojewodów z prośbą o skierowanie personelu z innych podmiotów leczniczych do pracy w tymczasowych placówkach.

CENNIK NIEZGODY

Już teraz kością niezgody są pieniądze. Placówki I, II, III, IV poziomu zabezpieczenia covidowego otrzymują środki z tytułu opłat za dobową

gotowość i za leczenie, ale występuje w nich tyle kryteriów, że nie da się ich streścić w kilku zdaniach. Na mocy zarządzenia prezesa NFZ w szpitalach, które zajmują się leczeniem chorych na COVID-19, wprowadzono wycenę leczenia pacjentów covidowych z uwzględnieniem poziomu saturacji: 330 zł/osobodzień w przypadku saturacji równej lub wyższej niż 95 proc., a poniżej 95 proc. – 630 zł/osobodzień. Znacznie prostszy i zgoła odmienny „cennik” NFZ wprowadził dla placówek tymczasowych. Mimo że opłaty za leczenie nie łączą się w nich z opłatami za dostępność, w środowisku zawrzało. Szpitale tymczasowe za dostępność łóżka dla pacjentów z COVID-19 otrzymują ponad 822 zł/dobę, za dostępność jednego stanowiska umożliwiającego prowadzenie wentylacji mechanicznej pacjenta z COVID-19 – prawie 3774 zł/dobę, a za gotowość do udzielania świadczeń w punkcie przyjęć – niemal 18,3 tys. zł/dobę. Za leczenie pacjenta z COVID-19 szpitale tymczasowe otrzymują ok. 1026 zł/osobodzień, a za leczenie pacjenta z COVID-19, który wymaga wentylacji mechanicznej – ok. 4321 zł/osobodzień. Wiele osób pyta, dlaczego w Szpitalu Narodowym, gdzie przebywają osoby, u których zakażenie przebiega stosunkowo łagodnie, koszt leczenia jest znacznie wyższy niż w placówkach, gdzie są osoby najczęściej chore? – Nie można wprost, na podstawie wybranych pozycji, porównywać stawek za osobodzień leczenia pacjenta w szpitalu tymczasowym ze stawkami obowiązującymi w szpitalach tradycyjnych – mówi Paweł Florek z Centrali NFZ, dodając, że stawki zostały określone na podstawie analizy AOTMiT (podlega ministrowi zdrowia). Faktem pozostaje to, że w szpitalach nietymczasowych koszty leczenia i opłaty za gotowość nie uwzględniają dodatków do wynagrodzeń personelu medycznego, gdyż stanowią one odrębną część kosztów pokrywanych przez NFZ. Tego, że nie każdy medyk może liczyć na taki dodatek, dodawać nie trzeba, bo po niedawnym medialno-parlamentarnym sporze wiedza o tym jest powszechna. ■

(Nie)przewidywalność

Poza funkcjonowaniem szpitali tymczasowych, powracają pytania dotyczące możliwości przewidywania potencjalnych ścieżek dalszego rozwoju pandemii oraz analizowania skutków restrykcji administracyjnych wprowadzanych przez rząd i ministra zdrowia.



**DR JERZY
FRIEDIGER**

dyrektor Szpitala
Specjalistycznego
im. S. Żeromskiego
w Krakowie, członek
Prezydium NRL

Popieram koncepcję tworzenia szpitali tymczasowych, ale nie sposób jej realizacji. Obawiam się, że nie zachowujemy zasady złotego środka. Zgodnie z założeniami z początku listopada, w Krakowie w krótkim czasie miały powstać cztery takie placówki. Powinniśmy zacząć od jednej, a jednocześnie być przygotowani do uruchomienia drugiej. Największą głupotą jest to, że choć placówki tworzone są w sytuacji niedoboru kadrowego, to nie próbuje się medykom odjąć części obowiązków, bo Ministerstwo Zdrowia nie raczyło ograniczyć w nich zakresu wymaganej dokumentacji medycznej. Do pomocy przy tworzeniu szpitala tymczasowego przystąpiliśmy na początku listopada mimo braku przekazania decyzji wojewody w formie pisemnej. Nie wiem, jakie były powody wskazania naszej placówki, ale jest faktem, że mamy dwa oddziały zakaźne i doświadczenie w leczeniu COVID-19 nabyte w ostatnich miesiącach. Za całokształt spraw związanych z powstaniem szpitala tymczasowego miała odpowiadać spółka Tauron, bazę lokalową miała udostępnić Arena Kraków,

a my jako szpital patronacki pomagaliśmy w konsultowaniu kwestii medycznych. To z naszego szpitala miała pochodzić m.in. osoba koordynująca funkcjonowanie tej placówki, lekarz nadzorujący pracę personelu lekarskiego, osoba sprawująca funkcję pielęgniarki naczelnej czy główny logistyk. Takie były plany, ale szpital na bazie Areny nie powstanie. Za dużo trudności technicznych i formalno-prawnych. Szpital tymczasowy za to ma powstać w pomieszczeniach bezpośrednio sąsiadujących z naszym szpitalem, udostępnionych przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Decyzja podjęta w tej sprawie przez wojewodę małopolskiego jest moim zdaniem ze wszech miar słuszna. Krążą jakieś idiotyczne legendy, że szpitale zarabiają na pandemii. To brednie. Mogłoby tak być, gdyby szpitale miały puste łóżka dedykowane dla zakażonych pacjentów przy jednoczesnym pobieraniu ryczałtu covidowego. Z taką sytuacją mamy do czynienia w szpitalu zlokalizowanym na Stadionie Narodowym w Warszawie, gdzie w połowie listopada przebywało mniej niż trzydziestu pacjentów, choć jest dostępnych kilkaset łóżek. To woła o pomstę do nieba, że wielkim nakładem sił i środków zbudowano duże izolatorium. Nie sądzę, aby większość placówek cokolwiek zyskała na byciu szpitalem patronackim. Leki, sprzęt, płyny, kroplówki – to wszystko kosztuje, nie ma nic za darmo. ■

Odpowiedź na pytanie, czy należy tworzyć szpitale tymczasowe, zależy od tego, co rozumiemy pod tym pojęciem. Na obecnym etapie potrzebujemy wyspecjalizowanych, jednoimiennych oddziałów lub szpitali covidowych zapewniających możliwość leczenia tlenem pacjentów z COVID-19 z zapleczem respiratorowym. Nie są natomiast potrzebne dodatkowe szpitale do „doleczania” pacjentów w lepszym stanie, takie jak Szpital Narodowy. Ta placówka wyklucza przyjęcia pacjentów niestabilnych lub ciężko chorych. Kryteria przyjęcia do tego szpitala są tak wąskie, że niewiele go różni od izolatorium, tzn. nie są przyjmowani m.in. chorzy z ostrymi i przewlekłymi stanami klinicznymi i chorobami współistniejącymi, wymagającymi postępowania specjalistycznego, interwencji zabiegowych i/lub diagnostycznych, jak również niestabilni krążeniowo-oddechowo czy wymagającymi intensywnego nadzoru lub z gwałtownie postępującą niewydolnością krążeniowo-oddechową. Trudno mieć pretensje do lekarzy, że nie opiekują się ciężko chorymi, skoro tak zaprojektowano i wyposażono tę placówkę. Sytuacja, w której się znajdujemy, wymaga tworzenia dodatkowych miejsc covidowych z prawdziwego zdarzenia.

Obecnie mamy kilka tysięcy łóżek w oddziałach zakaźnych, które zostały przystosowane do potrzeb tych pacjentów, a reszta została wydzielona w oddziałach pulmonologii, kardiologii, neurologii czy rehabilitacji, gdzie zaczyna się dramat, bo pacjentom niecovidowym brak tych miejsc coraz bardziej daje się we znaki. Przy tworzeniu nowych szpitali i oddziałów covidowych trzeba brać pod uwagę wyposażenie ich nie tylko w respiratory, ale również w śluzy, drogi transportu, wentylację, a przede wszystkim odpowiednią instalację tlenową, przystosowaną do potrzeb pacjentów z COVID-19. To konieczne, aby uniknąć niedotlenienia. W zwyczajnych warunkach pacjent przy przepływach 3–5 litrów na minutę zużywa ok. 20 kilogramów tlenu dziennie. Pacjent podłączony do respiratora zużywa trzykrotnie więcej tlenu, co przy średniej wielkości oddziale ok. 30 łóżek i 4 respiratorach daje około tonę tlenu dziennie. Przy takich ilościach niezbędne są duże zbiorniki, które muszą być nawet codziennie uzupełniane, wymagane jest też posiadanie m.in. bardzo wydajnej parownicy zamieniającej tlen z postaci ciekłej do postaci gazowej. Dostawy tlenu w specjalnych cysternach mogą stanowić wąskie gardło w systemie. ■



**DR PAWEŁ
GRZESIOWSKI**

ekspert NRL ds. walki
z COVID-19, prezes
Fundacji „Instytut
Profilaktyki Zakażeń”



**DR MAGDA
WIŚNIEWSKA**

przewodnicząca
Konwentu Prezesów
Okręgowych Rad
Lekarskich

Patrząc na rozwój epidemii, idea powstawania szpitali tymczasowych wydaje się słuszna. Byłoby idealnie, gdyby rzeczywiście odciążały one szpitale niecovidowe albo przyjmowały część pacjentów hospitalizowanych z powodu zakażenia koronawirusem w lżejszym stanie. Patrząc na pierwsze doświadczenia funkcjonowania Szpitala Narodowego, który obrósł taką liczbą mitów i legend, a także niedopowiedzeń, jakie są wskazania i przeciwwskazania do kierowania tam pacjentów, sytuacja wydaje się daleka od tych oczekiwań. Nie wzięło się znikąd powiedzenie, że to izolatorium narodowe. Mam jednak nadzieję, że w miarę powstawania kolejnych szpitali tymczasowych, uda się zachować przynajmniej część opieki zdrowotnej dla pacjentów niechorujących na COVID-19, tak aby nie zostali bez pomocy. Niedobór personelu jest największą bolączką w czasie pandemii. Brakuje nie tylko lekarzy. Władze trochę przespały kilka miesięcy poprzedzających nadejście drugiej fali. Można było znacznie wcześniej opracować system

walki z COVID-19, podzielić miejsca w szpitalach, tak aby nie robić tego naprędce jesienią, a także przygotować placówki tymczasowe nawet za cenę tego, że mogłyby okazać się niepotrzebne. Tego wszystkiego nie zrobiono, dlatego nasza smutna rzeczywistość wygląda tak, że karetka jeździ po całym mieście, próbując zostawić gdzieś chorego z koronawirusem, a kiedy już się to uda, pacjenci długo czekają na przyjęcie do szpitala. To nie są pojedyncze przypadki. Nasz system ochrony zdrowia dawno się zawalił. Dźwiga go na swoich barkach personel medyczny, który resztami się próbuje fastrygować to, co z niego pozostało. Obawiam się, że dla lekarzy sytuacja zmierza w złym kierunku pod względem wizerunkowym. Społeczeństwo jest coraz bardziej zmęczone obostrzeniami i dostaje sprzeczne komunikaty, a władza widzi, że sytuacja wymyka się spod kontroli. Będzie poszukiwanie kozła ofiarnego, a za wszystko, co złe, zostaną obwinieni medycy. Już teraz zaczyna się w nas uderzać jak w bęben. ■

Na mocy decyzji premiera i ministra zdrowia w województwie pomorskim powstaną dwa szpitale tymczasowe. Pierwszy w Sanatorium Uzdrowskim MSWiA w Sopocie, spełniającym częściowo funkcje lecznicze. Zacznie przyjmować pacjentów na początku grudnia, a jego szpitalem patronackim jest SP ZOZ MSWiA w Gdańsku. Drugi w Centrum Kongresowo-Wystawienniczym AmberExpo, gdzie istnieje możliwość zaaranżowania w krótkim czasie szpitala tymczasowego z zastosowaniem zasad sanitarnych. Zacznie on działać w drugiej połowie grudnia. Jego szpitalem patronackim jest Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku. W obu placówkach tymczasowych będzie w sumie 622 łóżek z możliwością tlenoterapii, w tym 38 stanowisk respiratorowych. Wybór tych lokalizacji został poprzedzony wieloma analizami oraz pozyskaniem opinii zarówno projektantów, medyków,

jak i podmiotów, które starały się dokonać wyboru optymalnego miejsca pod względem planowanych procedur medycznych i kwestii organizacyjnych. Największe wyzwania to krótki czas realizacji oraz mała liczba personelu medycznego, szczególnie pielęgniarek. Ogromna logistyka i fakt, że prace nad utworzeniem szpitali tymczasowych trwają w całej Polsce, utrudnia sprowadzanie niezbędnych części i spowalnia łańcuchy dostaw. Mówimy w końcu o instalacjach strategicznych szpitali dla osób chorujących na COVID-19, a więc zbiornikach ciepłego tlenu, tomografach komputerowych i pozostałym niezbędnym wyposażeniu, w tym m.in. o diagnostyce mobilnej. Dodatkowo w całym województwie trwają starania o zwiększenie liczby łóżek w istniejących lokalizacjach szpitali, wykończenie podjętych wcześniej inwestycji lub przystosowanie obiektów, które mają dogodne warunki do przystosowania ich do zwiększenia bazy łóżkowej. ■



PIOTR KOBZDEJ

pełnomocnik wojewody
pomorskiego ds.
organizacji szpitala
tymczasowego



DR ANETA AFELT

geograf,
Interdyscyplinarne
Centrum Modelowania
Matematycznego
i Komputerowego
Uniwersytetu
Warszawskiego

Rozwój ilościowy aktualnej epidemii w populacji można przewidywać dzięki znajomości warunków, w jakich zachodzi rozprzestrzenianie się wirusa, m.in. gęstości zaludnienia, struktury demograficznej, charakterystyki socjologicznej społeczności. Pozwala to na szacowanie skali kontaktów w ramach najbliższej rodziny i aktywności zawodowej, szkolnej czy towarzyskiej. Znajomość skomunikowania tzw. baniek, czyli mikrospołeczności, ma duże znaczenie przy przewidywaniu skali rozprzestrzeniania się różnych chorób zakaźnych. Model epidemiologiczny rozprzestrzenienia się koronawirusa SARS-CoV-2 opracowany przez ICM

UW należy do dużej grupy tzw. modeli agentowych. Początkowo w ogóle nie funkcjonował w przestrzeni publicznej, był projektem naukowym zrealizowanym około 2010 r. i miał służyć przewidywaniu rozprzestrzeniania się grypy. Z uwagi na pandemię COVID-19 i zapotrzebowanie społeczne dokonaliśmy zmian, dostosowując go do specyfiki rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 oraz udostępniliśmy publicznie wyniki naszych prognoz. W naszym modelu Polska jest podzielona na siatkę kwadratów o rozmiarze 1 km kw. Każdy z nich ma przyporządkowane konkretne cechy przestrzenne i demograficzne, np. liczbę i wiek ludności, gęstość zaludnienia czy charakterystykę aktywności struktury społecznej. Ponadto próbujemy odtwarzać sieć szkół, uniwersytetów, generalnych aktywności w przestrzeni publicznej (transport, praca). Dzięki temu można prognozować przyszłą sytuację epidemiczną w skali regionalnej – w województwach, a nawet lokalnej – w powiatach. Udało się to nam całkiem nieźle, bo chyba jako jedyni przewidzieliśmy jesienny wzrost zachorowań. Wyniki analiz ICM UW są na bieżąco dostarczane do Ministerstwa Zdrowia i wszystkich instytucji zainteresowanych dostępem do naszych prognoz. To, jak przebiegają kontakty z przedstawicielami rządu, jest objęte tajemnicą zawodową. ■

IMMUNOLOGIA A SARS-COV-2

Co wiemy

Zrozumienie kluczowych cech i rozwoju odporności na SARS-CoV-2 jest niezbędne do prognozowania rozwoju COVID-19 oraz do opracowania skutecznych strategii ochrony zdrowia publicznego, które nie będą ograniczone tylko do zwalczania pandemii.

TEKST DR N. MED. **ADAM KOZIERKIEWICZ**,
EKSPERT DS. EKONOMIKI ZDROWIA

Wponad dziewięć miesięcy od początku wybuchu pandemii rozumienie odpowiedzi immunologicznej na SARS-CoV-2 jest wciąż niepełne, ale wiemy znacznie więcej niż kilka miesięcy temu.

Pierwsza reakcja na pojawienie się zakażeń, którym towarzyszyły dramatyczne obrazy z Włoch i Hiszpanii, była bardzo gwałtowna, prawie paniczna. Mimo umiarkowanej liczby zakażeń, prawie cała Europa i większość krajów świata wprowadziła bardzo restrykcyjne ograniczenia; tzw. lockdown. Skutkiem tego stanu, trwającego przez około trzy miesiące, był bezprecedensowy spadek

aktywności gospodarczej, blokada działalności wielu instytucji, w tym ochrony zdrowia, ogromny przyrost zadłużenia publicznego oraz poważne naruszenie równowagi społecznej. W rezultacie pojawiły się głosy, że sposób „leczenia” problemu SARS-CoV-2 może być gorszy od samej „choroby”.

Obecnie, po wcześniejszych doświadczeniach, oraz mimo że poziom zakażeń jest wyższy niż wiosną, władze nie zamierzają wprowadzać lockdownu. Wskazuje się na potrzebę bardziej celowanych i ograniczonych działań, wykorzystujących wiedzę o wirusie, którą już nabyliśmy. Poniżej podsumowałem stan wiedzy na temat nabywania odporności na SARS-CoV-2. Wiedza ta, która stale się rozwija, może posłużyć do planowania działań redukujących ryzyko, jednocześnie pozwalając na zachowanie głównych funkcji współczesnych społeczeństw. W szczególności wiedza ta powinna być przedstawiana osobom, które na co dzień z immunologią i wirusologią nie mają do czynienia, ale mają wpływ na decyzje oddziałujące na szeroko pojęte zdrowie publiczne.

STAN WIEDZY

Liczba osób, które przeszły zakażenie, rośnie. Badania seroprewalencji wskazały, że największe rozpowszechnienie zakażeń w ostatnich miesiącach zidentyfikowano w takich miejscach jak Indie (Mumbay, slamsy) – 58,4 proc., Argentyna (Barrio Padre) – 53,4 proc., Brazylia (Maranhao) – 40,4 proc. W Europie zidentyfikowano ok. 20 proc. osób seropozytywnych w populacji w Gangelt, (Niemcy), 10,9

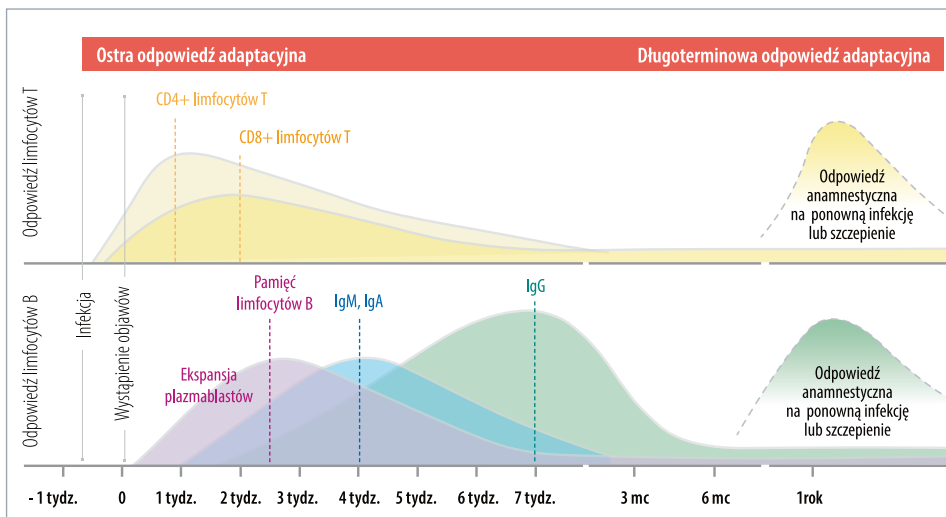
proc. w Genewie i 5-6 proc. średnio w populacji Hiszpanii i Wielkiej Brytanii (1). Jednocześnie stwierdza się, że tylko niewielka część osób, u których dochodzi do zakażenia i wytworzenia specyficznych przeciwciał, jest wykrywana w ramach systemów wykrywania zakażeń przy zastosowaniu testów PCR: w badaniach amerykańskich jest to ok. 10 proc. (2; 3; 4).

Początkowa niepewność co do modelu serokonwencji w zakażeniu SARS-CoV-2 stopniowo jest usuwana. Ustalono, że w schemacie odpowiedzi immunologicznej główną rolę odgrywają limfocyty typu T (grasicozależne); wśród nich szczególnie te z antygenami CD8+, odpowiedzialne za niszczenie komórek zainfekowanych przez wirusa (killer), oraz z antygenami CD4+ (helper), wspomagające odpowiedź immunologiczną m.in. poprzez aktywację limfocytów B. Badania wielu znaczących zespołów naukowych pozwoliły ustalić, że odpowiedź organizmu następuje w ciągu pierwszych 7-10 dni od momentu zakażenia (5; 6; 7), w postaci ekspansji limfocytów B (6; 8), krótko po tym pojawiają się w surowicy przeciwciała IgM i IgA (dzień 5 do 7) i IgG (dzień 7 do 10). Po około 28 dniach miano IgM i IgA w surowicy spada, a miano IgG osiąga szczyt średnio po ok. 49 dniach i utrzymuje się przez co najmniej sześć miesięcy (9).

Jednocześnie, w pierwszym tygodniu infekcji SARS-CoV-2, uaktywniają się limfocyty T, a specyficzne dla wirusa limfocyty T CD4+ i limfocyty T CD8+ prawdopodobnie osiągną szczyt w ciągu dwóch tygodni i pozostają wykrywalne przez 100

“

(...) odpowiedź następuje w ciągu 7-10 dni od zakażenia, w postaci ekspansji limfocytów B. Krótko po tym pojawiają się przeciwciała IgM i IgA (dzień 5 do 7) i IgG (dzień 7 do 10). Po około 28 dniach miano IgM i IgA w surowicy spada, a miano IgG osiąga szczyt po ok. 49 dniach i utrzymuje się ponad 6 miesięcy.



Rysunek. Podsumowanie odpowiedzi immunologicznej na zakażenie SARS-CoV-2 2019 (11)

lub więcej dni obserwacji. Limfocyty T CD4+ swoiste dla SARS-CoV-2 zidentyfikowano nawet u 100 proc., a limfocyty T CD8+ u około 70 proc. pacjentów, którzy wyzdrowieli z COVID-19 (5; 9; 10). Rysunek przedstawia uogólniony model odpowiedzi limfocytów T oraz limfocytów B na zakażenie SARS-CoV-2, prognozowany na okres ponad rok po zakażeniu, a także przeciwciał IgM, IgA i IgG. Linie pionowe przerywane przedstawiają szczytowe punkty odpowiedzi limfocytów B, T i przeciwciał.

Dotychczas stwierdzono, że jedną ze ścieżek rozwoju odporności jest produkcja przeciwciał neutralizujących, szczególnie tych, które rozpoznają domenę wiążącą receptor wirusa (receptor binding domain, RBD), a także inne epitopy na tzw. białku kolca (podjednostka S1). Przeciwciała neutralizujące wiążą się z białkiem kolca, zapobiegają przyłączeniu się do receptora enzymu konwertującego angiotensynę typu drugiego (ACE2) i przedostaniu się wirusa do wnętrza komórki. Miano przeciwciał IgG i IgA anty-SARS-CoV-2 przeciwko białku kolca koreluje u rekonwalescentów z odpowiedzią limfocytów T CD4+ (6), a wielkość miana przeciwciał podklas IgG1 i IgG3 przeciw RBD silnie koreluje z neutralizacją wirusa (6; 7; 12). Na poziomie klinicznym wykazano, że obecność przeciwciał neutralizujących chroni przed zakażeniem (13).

Wobec takich obserwacji wytwarzanie neutralizujących przeciwciał skierowanych przeciwko białku kolca stało się podstawą wielu szczepionek przeciw SARS-CoV-2, testowanych obecnie w badaniach klinicznych (14; 15). Neutralizacja wirusa jest także mechanizmem działania przeciwciał monoklonalnych, testowanych pod kątem ich roli terapeutycznej i prewencyjnej. Wykazano, że takie przeciwciała działają ochronnie w zwierzęcych modelach zakażenia SARS-CoV-2. Silna odpowiedź w postaci przeciwciał neutralizujących i limfocytów T CD4+ (konwertujących w limfocyty Th1), skierowana na białko kolca chroni przed zakażeniem SARS-CoV-2 (drogą przez płuca i błonę śluzową nosa) u zwierząt z rzędu naczelnych (makaków) (16).

“

Uważa się, że SARS-CoV-2 ma raczej niski współczynnik zmienności i jak dotąd nie wykazano, że zmiany zmniejszają rozpoznawanie epitopów RBD ważnych dla produkcji przeciwciał neutralizujących.

Potencjalne zmiany w białku kolca SARS-CoV-2 (np. D614G) mogłyby powodować nietrwałość uodpornienia. Uważa się jednak, że SARS-CoV-2 ma raczej niski współczynnik zmienności i jak dotąd nie wykazano, że takie zmiany zmniejszają rozpoznawanie epitopów RBD ważnych dla produkcji przeciwciał neutralizujących, choć nie można tego wykluczyć w przyszłości.

Siła odpowiedzi immunologicznej może być różna u poszczególnych osób i zależy od stopnia nasilenia choroby (bezoobjawowa, łagodna, umiarkowana lub ciężka), a także cech osobniczych. Poza tym, w miarę upływu czasu miano przeciwciał neutralizujących IgG spada, co budzi obawy o możliwość pojawienia się ponownych zakażeń wirusem SARS-CoV-2. W ostatnich badaniach wykazano, że IgG przeciw białku kolca utrzymują się co najmniej sześć miesięcy (17). Gdy te aktywne składniki odpowiedzi immunologicznej zanikną, pamięć serologiczna jest utrzymywana przez komórki plazmatyczne, które znajdują się w szpiku kostnym i produkują przeciwciała mimo nieobecności antygenów. Wykazano, że komórki pamięci immunologicznej, krążące we krwi po zaniku przeciwciał, mają możliwość wytworzenia silnej odpowiedzi w postaci przeciwciał neutralizujących (7). Zatem spadek poziomu przeciwciał neutralizujących nie oznacza zaniku odporności, a jedynie jej zmniejszenie i opóźnienie reakcji. Odpowiednie miano przeciwciał można przywrócić po ponownym naturalnym zakażeniu lub doszczepieniu. Ważnym pytaniem jest, ile czasu zajmuje organizmowi uruchomienie komórki pamięci na tyle skutecznie, by miano przeciwciał neutralizujących pozwoliło na blokadę namnażania wirusa, na co obecnie nie ma jednak odpowiedzi.

Intensywność ekspozycji na antygen jest głównym czynnikiem wpływającym na wielkość odpowiedzi immunologicznej, stąd najwyższe miano przeciwciał neutralizujących występują w przypadku ciężkiego przebiegu choroby (7), choć nie można wykluczyć innych powodów tej zmienności. W przypadku koronawirusów przebiegu (229E), przeciwciała IgG i IgA zanikały w ciągu pierwszego roku po infekcji wirusowej nosa (18).

Po ponownym eksperymentalnym podaniu tego samego szczepu 229E po roku, żadna osoba, która była wcześniej zakażona, nie zachorowała na przeziębienie i wszystkie miały krótszy czas wykrywalnego rozsiewania wirusa. Można przypuszczać, że odporność na kliniczną postać COVID-19 może zostać utrzymana, pomimo zaniku przeciwciał. W badaniu na makakach zakażenie SARS-CoV-2 chłoni przed ponownym zakażeniem (19). U ludzi, po ponad dziewięciu miesiącach od wybuchu epidemii i po 50 milionach infekcji na całym świecie, pojawia się niewielka liczba przypadków ponownej infekcji, przy czym znaczna część z nich jest wątpliwa (20). Choć ludzka odpowiedź immunologiczna może nie zapewniać odporności sterylizującej (jak to ma miejsce w przypadku odry), to jednak może skrócić okres usuwania wirusa, zmniejszyć rozprzestrzenianie się i zapobiegać rozwojowi pełnoobjawowej choroby, choć zdarzają się także pojedyncze doniesienia o sytuacji odwrotnej (20).

Specyficzne dla SARS-CoV-2 limfocyty T CD4+ i CD8+ są produkowane tak w przebiegu choroby bezobjawowej, jak pełnoobjawowej (5; 9; 10). Wykazują one aktywność cytotoksyczną i produkują cytokiny przeciwwirusowe, czyli mają cechy, które pozwalają kontrolować namnażanie wirusa i zapobiegać nawracającym ciężkim zakażeniom. U osób z łagodną lub bezobjawową chorobą wykazano silną odpowiedź limfocytów T na wiele miesięcy po zakażeniu COVID-19, chociaż nie wiadomo, czy przy braku wykrywalnych krążących przeciwciał chronią one przed SARS-CoV-2.

Region RBD białka kolca wykazuje pewne podobieństwo z koronawirusami sezonowymi (6). Z tym prawdopodobnie wiąże się istnienie odpowiedzi immunologicznej na SARS-CoV-2, występującej u dawców krwi sprzed pandemii COVID-19, jak i pośród osób, które nie przechodziły zakażenia (5; 9; 10). Ta odpowiedź angażuje częściej limfocyty T CD4+ niż CD8+ i prawdopodobnie wynika z wcześniejszych zakażeń innymi ludzkimi koronawirusami, tzw. wirusami przeziębienia. Limfocyty T skierowane przeciw SARS-CoV-2

są również obserwowane u zdrowych domowników osób zakażonych. Istnieją przesłanki, by sądzić, że pewne limfocyty T, sprofilowane w trakcie poprzednich zakażeń koronawirusem, po ograniczonej ekspozycji na SARS-CoV-2 mogą być szybko mobilizowane do zwalczania SARS-CoV-2.

Po ośmiu miesiącach od wybuchu epidemii w Europie zbliża się rejestracja szczepionek p/SARS-CoV-2. Mechanizm uzyskania odporności poszczepiennej prawdopodobnie będzie obejmować indukcję limfocytów pomocniczych T CD4+ oraz będzie wymagać szczepień przypominających (14; 21). Dodatkowo możliwe, że konieczne stanie się badanie poziomu przeciwciał neutralizujących anty-SARS-CoV-2 w celu potwierdzenia skuteczności szczepienia. W szczególności może to być konieczne z uwagi na tempo prowadzenia badań. Zwykle opracowywanie nowych szczepionek to proces wieloletni, w przypadku SARS-CoV-2 oczekujemy wyników tych prac już po roku od ich uruchomienia (22).

WNIOSKI

Wiedza na temat wirusa SARS-CoV-2 i wywołanej przez niego choroby COVID-19 szybko rośnie. Do pełnej wiedzy, pewności oraz przewidywalności wciąż jest daleko, jednak skala oddziaływania pandemii na społeczeństwo powoduje, że musimy podejmować decyzje w oparciu o informacje już posiadane. Stąd tak istotne jest, by powiększanie puli wiedzy w szybki i sprawny sposób



Po ponad ośmiu miesiącach od wybuchu epidemii i po 50 milionach infekcji na całym świecie pojawiła się niewielka liczba przypadków ponownych zakażeń.



Przyszła szczepionka nie będzie dostępna powszechnie w krótkim czasie, nie będzie oferować pewności uodpornienia, ani jego pełnej trwałości. W tej sytuacji zarządzanie uodpornieniem populacji pozostanie jedynym sposobem na uniknięcie blokady.

inkorporować do działania instytucji odpowiedzialnych za zdrowie publiczne w Polsce, a także do wytycznych klinicznych powołanych do tego gremiów.

Po niecałym roku od początku pandemii już widać dewastujące skutki tak samej pandemii, jak i działań, które mają ją powstrzymać. Wydaje się, że dotychczasowy przekaz publiczny był zbyt rozchwiany: od paniki i masowego blokowania życia społecznego do banalizowania i zaprzeczania istnienia problemu. W dalszym ciągu wydaje się, że jako społeczeństwo jesteśmy w defensywie, pomimo że obecny stan wiedzy pozwala z pewnym optymizmem patrzeć na stopniowe budowanie odporności na zakażenie u osób, które je przeszły, a których może być w Polsce kilka milionów.

Szczepienie populacji powinno wspomóc ten proces, poczynając od pierwszego kwartału 2021 r. Trzeba mieć jednak świadomość, że przyszła szczepionka nie będzie dostępna powszechnie w krótkim czasie, nie będzie oferować pewności uodpornienia, ani jego pełnej trwałości. W tej sytuacji zarządzanie uodpornieniem populacji, jakkolwiek ryzykowne by to brzmiało, pozostanie jedynym sposobem na uniknięcie totalnej blokady z wszystkimi skutkami tego stanu.

Osoby zajmujące się szeroko pojętym zdrowiem publicznym powinny pamiętać i dbać o stan zdrowia populacji nie tylko ten wynikający bezpośrednio z zakażenia SARS-CoV-2, ale także pamiętać o zagrożeniu zawałami serca, o chorych na nowotwory oraz tych z zaburzeniami psychicznymi, z nadużywaniem substancji psychoaktywnych na czele. ■



gazetalekarska.pl

Bibliografia i pełna wersja artykułu dostępna jest na www.gazetalekarska.pl

W PIGUŁCE

Druga fala

W listopadzie przybyło ok. 20 mln nowych zakażonych SARS-CoV-2 na całym świecie – to więcej niż w ciągu pierwszych sześciu miesięcy trwania pandemii i niemal dwa razy więcej niż w październiku. Wirus nie odpuszcza, a w niektórych krajach jest aktywny jak nigdy dotąd.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, w sumie od początku roku do 29 listopada odnotowano ok. 63 mln zakażeń koronawirusem. 18 mln z nich to przypadki aktywne (0,6 proc. to pacjenci w stanie bardzo poważnym/krytycznym). Z powodu COVID-19 zmarło ok. 1,5 mln ludzi. Wyjątkowo trudna sytuacja jest w Europie i Ameryce Północnej.

Dotychczas najwięcej osób zakażonych potwierdzono w USA – 13,7 mln (z czego aż 4 mln to zakażenia z listopada). Na drugim miejscu znalazły się Indie (9,4 mln), a dalej Brazylia (6,3 mln) i Rosja (2,3 mln). Kolejną pozycję zajęła Francja z liczbą 2,2 mln zakażonych, z czego zdecydowana większość to przypadki aktywne. Sytuacja w tym kraju jest wyjątkowo trudna – o ile na koniec września odnotowano tam w sumie 516 tys. zakażonych, to w ciągu kolejnych dwóch miesięcy przybyło ok. 1,7 mln nowych przypadków. W listopadzie wyjątkowo duże przyrosty (rzędu 600–800 tys.) zakażeń

można też było zaobserwować m.in. we Włoszech, w Niemczech i Polsce.

Dotychczas najwięcej zgonów było w USA (273 tys.), Brazylii (173 tys.), Indiach (137 tys.), Meksyku (105 tys.), Wielkiej Brytanii (58 tys.), we Włoszech (54 tys.), Francji (52 tys.), w Iranie (48 tys.) i Hiszpanii (45 tys.). Jeśli jednak spojrzeć na liczbę zgonów w przeliczeniu na liczbę mieszkańców danego kraju, to zdecydowanie najtrudniejsza sytuacja jest w Belgii, duży problem mają pod tym względem także m.in. Hiszpania, Peru, Wielka Brytania, Włochy.

W Polsce do 29 listopada potwierdzono 985 tys. zakażeń koronawirusem (13. miejsce na świecie), z czego ok. 409 tys. to przypadki aktywne. Ponad 17 tys. osób zmarło. Listopad był wyjątkowo trudny dla naszego kraju – dla porównania na koniec października było ok. 362 tys. zakażonych – zajmowaliśmy wówczas 28. miejsce na świecie pod względem liczby osób zainfekowanych SARS-CoV-2.

Jednym z elementów walki z pandemią jest wykonywanie testów w kierunku zakażenia. Wśród krajów, które wykonują ich dużo w przeliczeniu na liczbę populacji, są m.in. Luksemburg, Dania, Islandia, Singapur, Wielka Brytania, Izrael czy USA. Polska pod tym względem zajmuje dalekie, 84. miejsce (stan na 29 listopada). ■

Nastawienie do szczepień

W ostatnich tygodniach pojawiło się kilka pozytywnych informacji dotyczących postępu w pracach nad szczepionką przeciw COVID-19. Ilu jest zwolenników zaszczepienia się i jakie postawy prezentują społeczeństwa w wybranych krajach?

Jak wynika z sondażu Ipsos opublikowanego na początku listopada, 73 proc. badanych zadeklarowało chęć zaszczepienia się, ale już tylko 52 proc. zdecydowałoby się na przyjęcie szczepionki w ciągu pierwszych trzech miesięcy od momentu jest udostępnienia. Jednocześnie ponad połowa respondentów jest zdania, że szczepionka będzie gotowa nie

wcześniej niż za dziewięć miesięcy.

Wśród krajów wziętych pod uwagę w badaniu najwięcej zwolenników szczepionki jest w Indiach (87 proc.), Chinach (85 proc.), Korei Południowej (83 proc.), Brazylii (81 proc.), Australii (79 proc.) i Wielkiej Brytanii (79 proc.), a najmniej – we Francji (54 proc.), w Hiszpanii i USA (po 64 proc.) oraz we Włoszech (65 proc.).

Ipsos bada nastawienie do szczepionki antycovidowej już od dłuższego czasu. Porównując najnowszy sondaż z tym opublikowanym pod koniec sierpnia, można zauważyć kilkuprocentowy spadek zwolenników zaszczepienia się (wówczas na

tak było 77 proc. respondentów). Najwięcej z nich ubyto w Chinach (-12 proc.), Australii (-9 proc.), Hiszpanii (-8 proc.) i Brazylii (-7 proc.).

Osoby, które nie chcą się szczepić, obawiają się skutków ubocznych szczepionki, a także tego, że badania kliniczne są prowadzone zbyt szybko. Mają też wątpliwości co do skuteczności szczepionki przeciw covidowej. Część przeciwników stanowią osoby będące przeciwnikami szczepień w ogóle.

W badaniu uczestniczyło 15 krajów (Chiny, USA, Kanada, RPA, Australia, Brazylia, Francja, Niemcy, Indie, Włochy, Japonia, Meksyk, Korea Południowa, Hiszpania, Wielka Brytania). ■

Źle jak w Polsce

Jak postrzegana jest opieka zdrowotna w poszczególnych krajach przez ich mieszkańców? Jak oceniają oni jej jakość i dostęp do świadczeń medycznych, czy mają zaufanie do systemu? Odpowiedzi na te i wiele innych pytań można znaleźć w najnowszym raporcie „Ipsos Global Health Service Monitor 2020”.

Wynika z niego, że aż 81 proc. badanych Australijczyków dobrze ocenia jakość systemu ochrony zdrowia w swoim kraju. Podobne zdanie o swojej opiece zdrowotnej ma 76 proc. przepytanych Holendrów, 74 proc. Brytyjczyków, 71 proc. Amerykanów, 70 proc. Belgów i 66 proc. Niemców, ale już tylko 42 proc. Włochów, 33 proc. Japończyków i 17 proc. Rosjan. Wśród wszystkich 27 krajów branych pod uwagę w sondażu, Polska zajęła ostatnie miejsce – tylko 9 proc. respondentów z naszego kraju pozytywnie oceniło jakość opieki zdrowotnej.

Co więcej, jesteśmy na samym końcu stawki, jeśli chodzi o nadzieję na poprawę opieki – tylko 10 proc. Polaków biorących udział w badaniu jest zdania, że taka poprawa nastąpi. Co ciekawe, podobnie myśla o przyszłości swojego systemu Japończycy (11 proc. liczy na polepszenie opieki), a także Węgrzy, Francuzi, Brytyjczycy, Holendrzy i Niemcy. Najoptimistyczniej w przyszłość patrzą mieszkańcy Ameryki Południowej. Aż 68 proc. Peruwianczyków i 64 proc. Brazylijczyków uważa, że w nadchodzących latach jakość opieki zdrowotnej w ich krajach ulegnie poprawie.

Na pytanie, „czy masz przekonanie, że system opieki zdrowotnej zapewnia ci najlepsze leczenie”, aż 74 proc. ankietowanych Australijczyków i Chińczyków odpowiedziało twierdząco. Spore zaufanie do oferowanej w ich kraju opieki mają też m.in. Brytyjczycy, Holendrzy, Hiszpanie i Kanadyjczycy.

Najmniejsze odnotowano u Węgrów i Rosjan (tylko 16 proc.), a także Polaków (18 proc.).

„Czy w twoim kraju trzeba zbyt długo czekać na wizytę u lekarza?” – na to pytanie twierdząco odpowiedziało aż 84 proc. respondentów z Peru, 83 proc. Polaków, 80 proc. Węgrów i 79 proc. Brazylijczyków. Najmniejszy problem w tym zakresie deklarowali mieszkańcy USA i Korei Południowej.

W badaniu udział wzięło ok. 20 tys. osób z 27 krajów. ■

“

Wśród 27 krajów branych pod uwagę w sondażu, Polska zajęła ostatnie miejsce – tylko 9 proc. respondentów pozytywnie oceniło jakość opieki zdrowotnej.

REKLAMA

PRAGA A COVID-19

Skierowanie do zwalczania epidemii

W ostatnim czasie ponownie bardzo aktualny stał się temat skierowań do pracy przy zwalczaniu epidemii na podstawie decyzji wojewodów.

TEKST JAROSŁAW KLIMEK, RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

Kwestia ta jest uregulowana w art. 47 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zgodnie z jego zapisami decyzje wojewodów dotyczące oddelegowania do pracy nie muszą być sporządzane i doręczane na piśmie, nie muszą być też uzasadniane.

OBOWIĄZEK PRACY

Decyzja stwarza obowiązek pracy do trzech miesięcy w podmiocie leczniczym lub w innej jednostce organizacyjnej wskazanej w decyzji. Podmiot, do którego lekarz został skierowany, ma obowiązek nawiązania z nim stosunku pracy na czas wykonywania określonej pracy na okres nie dłuższy niż wskazany w decyzji. Z kolei dotychczasowy pracodawca ma obowiązek udzielić lekarzowi urlopu bezpłatnego na ten sam czas.

Art. 47 ustawy jest przepisem szczególnym i, zgodnie z zasadą *lex specialis derogat legi generali*, stosowany jest zamiast regulacji Kodeksu pracy. Stwarza on po stronie lekarza obowiązek podjęcia pracy, a po stronie pracodawcy – obowiązek zatrudnienia. Wyłącza zatem swobodę kontraktową stron. Można wobec tego przyjąć, że to nie umowa, która ma zostać zawarta, a decyzja wojewody stanowi źródło stosunku pracy. Umowa ma jedynie konkretyzować jego treść i tak już limitowaną w art. 47 ustawy. Wyłączona jest też swoboda stron co do ustalenia wysokości wynagrodzenia za pracę.

MOŻLIWE WYŁĄCZENIA

Omawiany przepis zawiera również katalog przyczyn uniemożliwiających pracę na podstawie skierowania, wyłączający w tym zakresie przepisy prawa pracy. Jedną z takich przyczyn jest ukończenie określonego wieku. Dotychczas było jednolicie 60 lat dla kobiet i mężczyzn, ale tzw. ustawa covidowa z 28 października br.¹ wprowadza zmianę na 60 lat dla kobiet i 65 lat w przypadku mężczyźni.

Dotychczas do pracy nie mogły być też skierowane osoby wychowujące dziecko do 14. r.ż. (żadne z rodziców posiadające władzę rodzicielską), a gdy dziecko ma powyżej 14 lat, do pracy mogła zostać skierowana wyłącznie jedna z nich. Znowelizowany art. 47 ust. 3a (po wejściu w życie tzw. ustawy covidowej) zmniejsza ochronę – mówi on bowiem, że w przypadku rodziców opiekujących się dziećmi do 18 lat tylko jedno z nich jest chronione przed skierowaniem do pracy (dotyczy to także opieki nad dziećmi do 14. r.ż.).

Do pracy nie mogą być również skierowani inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczona choroba przewlekła ma wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną – o tych kwestiach dotychczas decydował lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny, której dotyczy choroba przewlekła, lub lekarz



Podmiot, do którego lekarz został skierowany, ma obowiązek nawiązania z nim stosunku pracy na czas wykonywania określonej pracy na okres nie dłuższy niż wskazany w decyzji.

specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych (po wejściu w życie ustawy z 28 października 2020 r. jest to lekarz orzecznik ZUS). Warto też mieć na uwadze, że pojęcie inwalidy z art. 47 ust. 3 pkt 4) ustawy ogranicza się do inwalidów wojennych i wojсковych (i również innych mundurowych, jeśli tak stanowią odrębne ustawy).

Do pracy przy zwalczaniu epidemii nie mogą być kierowane także m.in. osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy (częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji, art. 12 ust. 3 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS).

Trzeba też pamiętać, że niewykonanie decyzji o skierowaniu do pracy przy zapobieganiu oraz zwalczaniu epidemii podlega karze grzywny, o czym stanowi art. 53 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. ■

¹ Ustawa o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, jednym z jej elementów jest nowelizacja art. 47 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Implant w zatoce szczękowej

Okręgowy sąd lekarski rozpatrzył sprawę lekarki dentystki obwinionej o to, że przeprowadziła zabieg założenia implantów u młodej kobiety bezpośrednio po ekstrakcji i nie zareagowała w czasie wizyt kontrolnych na skargi chorej – krwawienia z nosa, bóle głowy i uczucie świstu powietrza w okolicach implantu, co było objawem przerwania dolnej ściany zatoki szczękowej.

Gdy chora wykonała rtg. po zabiegu, dentystka zabrała zdjęcie do konsultacji i nie oddała wraz z dokumentacją, mimo że pacjentka odmówiła dalszego leczenia. Ze względu na nawracające zapalenie zatok wykonano kontrolne rtg. po kilku miesiącach, które wykazało obecność implantu w zatoce szczękowej, co w konsekwencji

wymagało operacyjnego usunięcia implantu z zatoki.

Obwiniona nie wyraziła zgody na proponowane przez pacjentkę postępowanie polubowne. Okręgowy sąd lekarski uznał lekarkę za winną naruszenia art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej i skazał ją na ograniczenie czasowe czynności zawodowych, zakazując wykonywania zabiegów implantologicznych.



Od powyższego orzeczenia obwiniona złożyła odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego. NSL uznał ją za winną, zmienił natomiast wymiar kary, skazując na wysoką karę pieniężną i obciążył kosztami postępowania.

Kasacja złożona przez adwokata od orzeczenia NSL do Sądu Najwyższego została oddalona jako oczywiście bezzasadna. ■

KOMENTARZ



JACEK MIARKA

przewodniczący NSL

Każde leczenie może być obciążone powikłaniami, natomiast dla oceny postawy i umiejętności lekarza, a także konsekwencji prawnych ma znaczenie jego rozpoznanie, poinformowanie chorego i natychmiastowe wdrożenie postępowania naprawczego. W opisywanym wyżej przypadku zabrakło wszystkich tych elementów – wręcz przeciwnie,

obwiniona, ukrywając rtg. kontrolne i nie wydając dokumentacji, usiłowała zataić swój błąd. Postawa obwinionej lekarki dentystki i jej obrony jednoznacznie wskazywały na dążenie do przedawnienia karalności. Nie stawiała się ona na wezwania rzecznika, za co została ukarana przez sąd rejonowy karą pieniężną. Takie postępowanie wobec organów odpowiedzialności zawodowej samorządu lekarskiego nie daje rękojmi, że kara upomnienia lub nagany byłaby wystarczająca – zaistniała zatem konieczność zastosowania kary surowszej. Bo każdy sąd, analizując obiektywnie wszystkie okoliczności sprawy, przy wymiarze kary bierze pod uwagę zachowanie obwinionego i jego obrony w trakcie postępowania. ■

ORGANY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ LEKARZY

0 potrzebie gwarancji dla rzeczników

W myśl art. 15 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich [j.t. Dz. U. 2019, poz. 965, dalej: u.i.l.] mandat rzecznika odpowiedzialności zawodowej lekarzy i mandat członka sądu lekarskiego ulega zawieszeniu, jeżeli przeciwko nim toczy się postępowanie karne lub postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Przyjęte w treści tego przepisu rozwiązanie wydaje się być stanowczo zbyt daleko idące.

TEKST: **JACEK SOBCZAK**, PROF. ZW. DR HAB. PRAWA, SĘDZIA SĄDU NAJWYŻSZEGO W ST. SPOCZ., PROF. W INSTYTUCIE NAUK PRAWNYCH AEH W WARSZAWIE

Godzi się zauważyć, że nie do końca jest jasne, czy przepis ten dotyczy tylko okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, czy także Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

W tekście przepisu mowa o rzeczniku odpowiedzialności zawodowej, co mogłoby nasuwać myślny, moim zdaniem, wniosek, że dotyczy on także NROZ. Naczelny Rzecznik jest jednoosobowym organem, pełniącym bardzo szczególne funkcje, a przez to może być obiektem ataku osób niezadowolonych z jego decyzji i zmierzających do wyłączenia go z możliwości sprawowania funkcji.

POSTĘPOWANIE POSTĘPOWANIU NIERÓWNE

Wypada zwrócić uwagę, że podstawą zawieszenia mandatu jest toczące się postępowanie karne lub postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Jest rzeczą jasną, że NROZ, podobnie jak

rzecznicy okręgowi, ma być osobą nieskazitelną, nie powinien dopuszczać się czynów nieliczących z powagą jego urzędu oraz takich, które rodzą odpowiedzialność zawodową lub powodują wszczęcie postępowania karnego. Należy jednak zauważyć, że postępowanie karne to nie tylko postępowanie z oskarżenia publicznego, lecz także takie, które wszczynane jest z wniosku oskarżyciela prywatnego. Takie postępowanie wszczynane jest w sprawach mniejszej wagi. Jego przedmiotem mogą stać się zarzuty zniesławienia (art. 212 k.k.) bądź zniewagi (art. 216 § 1 lub 2 k.k.).

Zdarza się przy tym i to wcale nierzadko, że osoby występujące z takimi oskarżeniami uroiły sobie, że ktoś, kogo oskarżają, dopuścił się jakiegoś czynu, który w rzeczywistości nie zaistniał. Częste są przypadki, że występujący z oskarżeniem prywatnym czyni to w sytuacji, kiedy prokurator rozpoznający sprawę odmówił wszczęcia postępowania lub prawomocnie je umorzył.

POTRZEBNA NOWELIZACJA

Żądanie ustawodawcy, aby w każdej sytuacji, w której wszczęte

przeciwko Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej postępowanie skutkowało zawieszeniem jego mandatu, wydaje się stanowczo za daleko idące i niebezpieczne dla funkcjonowania instytucji odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Podkreślić należy, że prokurator, przeciwko któremu toczy się postępowanie karne, zarówno z oskarżenia prywatnego, jak i publicznego, np. z racji naruszenia przepisów o ruchu drogowym i doprowadzenia do wypadku, nie traci „automatycznie” prawa do pełnienia swojej funkcji, podobnie zresztą jak sędzia. Oczywiście trzeba zwrócić uwagę na wymóg uzyskania zgody sądu dyscyplinarnego w stosunku do prokuratora oraz Prokuratora Generalnego (art. 135 § 1 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. prawo o prokuraturze, j.t. Dz. U. 2019, poz. 740), uchylenia immunitetu sędziowskiego (art. 80 § 1 i 2a-h ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. prawo o ustroju sądów powszechnych, j.t. Dz. U. 2020, poz. 365). Względ na równość wobec prawa przemawia w tej sytuacji za tym, aby w odpowiedni sposób znowelizować i uściślić przepisy ustawy o izbach lekarskich.

WAŻNE

Postępowanie karne to nie tylko postępowanie z oskarżenia publicznego, lecz także takie, które wszczynane jest z wniosku oskarżyciela prywatnego.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy jest organem Naczelnej Izby Lekarskiej, wybieranym przez Krajowy Zjazd Lekarzy. W myśl art. 14 ust.1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (j.t. Dz. U. 2019, poz. 965, dalej: u.i.l.), kadencja organów izb lekarskich, które pochodzą z wyboru, trwa cztery lata, przy czym organy te działają do czasu pierwszego posiedzenia nowo wybranych organów. Stanowisko to, podobnie jak funkcje: prezesa, wiceprezesa, sekretarza, skarbnika rady lekarskiej, przewodniczącego sądu lekarskiego, przewodniczącego komisji rewizyjnej, można nieprzerwanie pełnić nie dłużej niż przez dwie następujące po sobie kadencje. Naczelny Rzecznik jest związany funkcjonalnie z Naczelną Radą Lekarską. Do jego kompetencji w myśl art. 45 ust. 1 u.i.l. należy prowadzenie postępowania wyjaśniającego w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, sprawowanie nadzoru nad działalnością okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, sprawowanie funkcji oskarżyciela przed sądami lekarskimi, rozpatrywanie zażaleń w przypadkach przewidzianych w ustawie, rozstrzyganie sporów o właściwość między okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej, coroczne przedstawianie NRL informacji o swojej działalności, wreszcie składanie Krajowemu Zjazdowi Lekarzy sprawozdania ze swojej działalności po upływie kadencji.

Funkcje pełnione przez NROZ, a także okręgowych rzeczników wymagają, aby chronić ich przed nieuzasadnionymi zarzutami zarówno ze strony zawistnych i niezadowolonych kolegów, jak i pacjentów.

KURIOZALNY WYJĄTEK?

Wypada zauważyć, że ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (j.t. Dz. U. 2019, poz. 1419) nie zna instytucji zawieszenia mandatu Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej bądź

okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, z tej tylko racji, że toczy się przeciwko nim postępowanie karne lub postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Podobnie w ustawie z dnia 21 grudnia 1990 r. o zawodzie lekarza weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych (jt. Dz. U. 2019, poz. 1140) nie przewidziano zawieszenia mandatu Krajowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej bądź okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej w sytuacji, gdy toczy się przeciwko nim postępowanie karne bądź w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

W ustawie z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarów i położnych (jt. Dz. U. 2018, poz. 916, dalej u.s.p.p.) stwierdzono, że Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej jest organem Naczelnej Izby (art. 6 ust. 1 pkt. 5 u.s.p.p.), natomiast okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej jest organem okręgowej izby (art. 7 ust. 1 pkt. 5 u.s.p.p.). Zauważono także, że mandat w organie izby, a więc zarówno w Naczelnej Izbie, jak i w okręgowej, ulega zawieszeniu w razie wszczęcia przeciwko osobie sprawującej ten mandat postępowania w sprawie umyślnego popełnienia przestępstwa ściganego z oskarżenia publicznego. Mandat członków sądów oraz rzecznika odpowiedzialności zawodowej ulega zawieszeniu również w przypadku wszczęcia przeciwko osobie, która go sprawuje, postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej (art. 14 ust.2 u.s.p.p.).

W u.s.p.p. stwierdzono także, że funkcji zastępcy rzecznika odpowiedzialności zawodowej nie można pełnić w przypadku prawomocnego orzeczenia przez sąd środka karnego praw publicznych lub środka karnego polegającego na zakazie wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnej albo prawomocnego orzeczenia przez sąd środka zabezpieczającego, polegającego na zawieszeniu wykonywania zawodu, a także w razie skazania

“

Funkcje pełnione przez NROZ, a także okręgowych rzeczników wymagają, aby chronić ich przed nieuzasadnionymi zarzutami zarówno ze strony zawistnych i niezadowolonych kolegów, jak i pacjentów.

prawomocnym wyrokiem sądu za popełnienie umyślnego przestępstwa ściganego z oskarżenia publicznego (art. 13 ust. 7 w związku z art. 14 ust. 1 pkt. 7 i 8 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r.).

Należy zwrócić uwagę, że w ustawie mowa, że nie można pełnić funkcji zastępcy rzecznika w razie prawomocnego orzeczenia przez sąd środka karnego pozbawienia praw publicznych lub środka polegającego na zakazie wykonywania zawodu, bądź w razie skazania prawomocnym wyrokiem sądu i nie za jakiegokolwiek przestępstwo, ale za popełnienie umyślnego przestępstwa ściganego z oskarżenia publicznego. Nie wystarczy więc wniesienie sprawy z oskarżenia prywatnego, a nawet skazanie za takie przestępstwo, konieczne jest prawomocne skazanie za przestępstwo popełnione z winy umyślnej i w dodatku ścigane z oskarżenia publicznego. Dodać do tego należy, że w myśl art. 13 ust. 8 u.s.p.p. zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej zostaje zawieszony w pełnieniu swojej funkcji w razie wszczęcia przeciwko niemu nie jakiegokolwiek postępowania karnego, lecz postępowania w sprawie umyślnego popełnienia przestępstwa ściganego z oskarżenia publicznego lub postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Jak wynika z powyższego, ustawa o izbach lekarskich w sposób najbardziej restrykcyjny ujmuje podstawy

zawieszenia rzecznika odpowiedzialności zawodowej, uznając, że wystarczy, iż toczy się przeciwko niemu jakiekolwiek postępowanie karne, także o popełnienie przestępstwa nieumyślnego oraz z oskarżenia prywatnego. Warto zauważyć, że tak restrykcyjne rozwiązanie nie odnosi się do członków organu izby lekarskiej, których mandat może być zawieszony na czas określony, na wniosek tego członka lub z inicjatywy organu, którego jest członkiem, przy czym uchwałę w tym przedmiocie organ podejmuje kwalifikowaną większością 2/3 głosów. Wygaśnięcie mandatu członka organu izby lekarskiej następuje w przypadku skazania prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe (art. 15 ust. 1 pkt. 6 u.i.l.) w razie prawomocnego orzeczenia przez sąd środka karnego, określonego w art. 39 pkt. 1-2a k.k., a więc pozbawienia praw publicznych, zakazu zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej, wreszcie orzeczenia zakazu prowadzenia działalności związanej z wychowaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub z opieką nad nimi (art. 15 ust. 1 pkt. 5 u.i.l.). Ponadto mandat taki wygasa w razie ukarania prawomocnym orzeczeniem sądu

Szczegółowe zasady funkcjonowania NROZ określa Regulamin Wewnętrzny Urzędowania Rzeczników. Zastępcy Naczelnego Rzecznika podlegają organizacyjnie i merytorycznie NROZ, który nadzoruje ich pracę i rozdziela zadania.

lekarskiego karami określonymi w treści art. 83 ust. 1 pkt. 1-6 u.i.l. (art. 15 ust. 1 pkt. 4 u.i.l.).

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że niezbędne wydaje się pospieszne znowelizowanie ustawy o izbach lekarskich i takie przemodelowanie treści dotyczących pełnienia mandatu przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i okręgowych rzeczników, aby ich mandat wygasł dopiero w razie skazania prawomocnym orzeczeniem za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe popełnione z winy umyślnej, ścigane z oskarżenia publicznego. Można by także rozważyć, czy taki mandat nie powinien być już zawieszony w przypadku skierowania przez oskarżyciela publicznego aktu oskarżenia z zarzutem popełnienia przez osobę pełniącą funkcję rzecznika umyślnego przestępstwa lub przestępstwa skarbowego.

Obowiązujące obecnie przepisy w zakresie pozbawiania i zawieszania mandatu w nieuzasadniony

sposób deprecjonują rzeczników funkcjonujących w oparciu o przepisy ustawy o izbach lekarskich w porównaniu z rzecznikami podobnych zawodów medycznych. Za koniecznością nowelizacji przemawia względ na równość wobec prawa. Trzeba przy tym pamiętać, że człowiek, przeciwko któremu toczy się postępowanie, jest aż do momentu prawomocnego skazania niewinny, a więc nie powinien ponosić na tym etapie odpowiedzialności także zawodowej. Istniejące obecnie przepisy narażają rzeczników na to, że ścigając kolegów lekarzy, zyskają sobie wśród nich wrogów. Niektórzy z nich mogą chcieć „odegrać się” na rzeczniku, występując przeciwko niemu z prywatnymi aktami oskarżenia. Taka sytuacja może spowodować efekt mrożący i skłaniać rzeczników, aby nie wszczynali postępowań, a wszczęte umarzali lub wnosili o jak najłagodniejsze kary, co jest godne ubolewania i na pewno nie służy spokojowi społecznemu w państwie. ■

FAKT

Obowiązujące obecnie przepisy w zakresie pozbawiania i zawieszania mandatu w nieuzasadniony sposób deprecjonują rzeczników funkcjonujących w oparciu o przepisy ustawy o izbach lekarskich w porównaniu z rzecznikami podobnych zawodów medycznych.

REKLAMA

W PIGUŁCE

W obronie dobrego imienia lekarzy

Wielkopolska Izba Lekarska otrzymała uprawnienia, aby przeciwdziałać bezprawnemu zamieszczaniu w przestrzeni publicznej nieprawdziwych informacji, godzących w dobra osobiste lekarzy i lekarzy dentystów. Sąd udzielił WIL zabezpieczenia w wyniku postępowania, które toczyło się przed Sądem Okręgowym

w Poznaniu i dotyczyło treści zamieszczanych w internecie przez starostę pільskiego Eligiusza Komarowskiego. Sąd uznał, że izba może skutecznie wnosić o zakazanie rozpowszechniania nieprawdziwych i naruszających dobra osobiste wypowiedzi o lekarzach i nakazał w trybie natychmiastowym powstrzymać się staroście pільskiemu od ich rozpowszechniania. – To dla nas wszystkich ważne orzeczenie, dające nadzieję, że lekarze nie są pozostawieni sami sobie w walce z hejtem, lecz mogą być skutecznie wspierani przez Izby – zaznacza Artur de Rosier, prezes ORL Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

W swoim stanowisku WIL podkreślała, że zaatakowanie środowiska lekarskiego, zwłaszcza uczciwości lekarzy w relacjach z pacjentami, automatycznie i wprost przekłada się na opinię generalną o tej grupie zawodowej oraz o izbach, jako osobie prawnej, która zrzesza przedstawicieli zawodu lekarskiego. Przedstawianie nieprawdziwych informacji oraz formułowanie niesprawdzonych, wyolbrzymionych w warstwie słownej i nierzetelnych opinii ma trudno odwracalne skutki – pacjenci tracą bowiem pewność co do kompetencji i rzetelności zawodu lekarskiego. ■

“

Sąd uznał, że izba może skutecznie wnosić o zakazanie rozpowszechniania nieprawdziwych i naruszających dobra osobiste wypowiedzi o lekarzach.

Obowiązki lekarzy w relacjach z portalami

6 listopada Naczelna Rada Lekarska podjęła stanowisko w sprawie obowiązków lekarzy i lekarzy dentystów wynikających z zawarcia umowy o przetwarzanie danych swoich, swojej praktyki lub podmiotu leczniczego z portalami publikującymi te dane i prowadzącymi system oceny placówek medycznych przez pacjentów.

NRL w dokumencie podkreśla m.in., że lekarz/lekarz dentysta, który zawarł z takim portalem umowę o przetwarzanie danych, ponosi odpowiedzialność za treść i formę informacji widniejących na jego profilu, w tym za ich zgodność z zasadami etyki zawodu i przepisami prawa oraz za jasną i przejrzystą uwiarygodnioną informację o swoich kompetencjach.

W stanowisku podkreślono, że lekarz nie może zamieszczać na swoim

profilu informacji sugerującej posiadanie specjalizacji innej niż faktycznie posiadana, nawet wówczas, gdy dostępne techniczne opcje wyboru na to nie pozwalają. Ponadto treść i forma opisów edytowanych przez lekarza zlecającego prowadzenie profilu nie może nosić znamion reklamy działalności leczniczej oraz musi spełniać normy wynikające z Kodeksu Etyki Lekarskiej.

W dokumencie poruszono też m.in. kwestię dotyczącą zastrzeżeń do funkcjonowania systemu opiniowania pracy lekarzy/lekarzy dentystów przez pacjentów w ramach otwartej dyskusji na forum internetowym. Podkreślono, że niedopuszczalne jest branie udziału w jakichkolwiek działaniach zmieniających ich treść, proporcje wpisów pozytywnych i negatywnych na własnym profilu.

W stanowisku NRL zwraca także uwagę, że lekarz, który nie chce, aby jego dane były przetwarzane przez portale publikujące te dane i prowadzące system oceny placówek medycznych przez pacjentów, może zrealizować prawo do bycia zapomnianym. Wzór tzw. wniosku o zapomnienie można pobrać ze strony internetowej NIL. Jego treść publikujemy także na kolejnej stronie. Trzeba go wypełnić własnymi danymi osobowymi i wysłać administratorowi portalu, z którego chcemy się „wypisać”.

Pełną treść stanowiska NRL zamieszczamy na s. 48 „GL” (żółte strony „Biuletynu”). Zachęcamy też do lektury komentarza autorstwa wiceprezesa NRL Andrzeja Cisko dotyczącego tego zagadnienia, opublikowanego na stronie internetowej NIL. ■

Treść komentarza



gazetalekarska.pl

Miejscowość, data.....

Administrator Danych Osobowych:

.....

.....

.....

.....

/dane lekarza/lekarza dentysty

/podmiot prowadzący portal/

WNIOSEK O USUNIĘCIE DANYCH

Realizując prawo żądania usunięcia moich danych osobowych, wynikające z art. 17 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dalej RODO (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.), niniejszym wnoszę o usunięcie moich danych z portalu

.....

..... z uwagi na to, iż moje dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem.

UZASADNIENIE

Jestem lekarzem/lekarzem dentystą wpisanym do Centralnego Rejestru Lekarzy, prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską:
<http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy>.

Nigdy nie zawierałem umowy z prowadzącą portal internetowy i nie chcę świadczyć usług medycznych za pośrednictwem tego podmiotu. Nie wyrażałem też zgody na przetwarzanie danych przez Żaden prawnie usprawiedliwiony cel nie uzasadnia przetwarzania moich danych osobowych przez , zatem należy uznać, że moje dane osobowe są przetwarzane przez portal niezgodnie z prawem, bez odpowiedniej podstawy prawnej.

W tej sytuacji zachodzi przesłanka usunięcia moich danych wymieniona w art. 17 ust. 1 lit. d RODO.

Jednocześnie wnoszę o wykazanie, w jakiej formie wykonano wobec mnie obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 14 RODO w związku z pozyskaniem danych osobowych w sposób inny niż od osoby, której dane dotyczą.

Podnoszę, iż w tej sprawie nie zachodzi żadna ze wskazanych w art. 17 ust. 3 RODO przesłanek negatywnych. W mojej ocenie przetwarzanie moich danych przez portal nie jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, któremu podlega administrator, lub do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Przetwarzanie moich danych nie jest też niezbędne z uwagi na względy interesu publicznego w dziedzinie zdrowia publicznego. Żadne przepisy prawa nie nakładają obowiązku, do którego spełnienia konieczne byłoby przetwarzanie moich danych przez portal

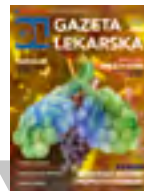
Nie zachodzi tu również przesłanka niezbędności przetwarzania moich danych osobowych do celów archiwalnych w interesie publicznym, do celów badań naukowych lub historycznych lub do celów statystycznych (zgodnie z art. 89 ust. 1 RODO), jak również przesłanka niezbędności przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

W tej sytuacji Administrator ma obowiązek spełnienia mojego żądania, odnoszącego się do usunięcia moich danych z portalu gdyż jest ono ewidentnie uzasadnione i nienadmierne.

Jednocześnie wnoszę o udzielenie informacji o działaniach podjętych w związku z moim żądaniem.

W przypadku niepodjęcia działań przez Administratora w przepisany terminie, zamierzam skorzystać z prawa do wniesienia skargi do organu nadzorczego oraz ze środków ochrony prawnej przed sądem.

GŁOS CZYTELNIKÓW



Dlaczego tak dzieje się nadal?

Szanowni Państwo, piszę w odpowiedzi na tekst dra Sławomira Badurka pt. „Czym nasiąka skorupka”. Piszę właściwie w odczuciu beznadziei i bezsilności, bo – jak Pan Doktor zauważa – problem złego, poniżającego traktowania studentów nie pojawił się ostatnio, a „takie haniebne praktyki miały miejsce od zawsze”... I to jest dla mnie, lekarza, rzecz niepojęta. Ja akurat miałam szczęście do mądrych nauczycieli. Nie doświadczyłam poniżającego traktowania, wręcz przeciwnie. Pamiętam profesorów zwracających się do studentów z szacunkiem, per „kolego/koleżanko”. To było piękne i dodawało skrzydeł oraz wiary w siebie. To były trudne lata 80.

Kiedy moje córki wybrały zawód lekarza, wspierałam je i wierzyłam, ba – wiedziałam, że sobie na tych trudnych studiach poradzą. I tak było. Są już lekarzami, ale sytuacje, których obie wielokrotnie doświadczały (a przecież w różnym czasie i na różnych uczelniach), nie powinny mieć miejsca. Mnie, wieloletniemu lekarzowi, trudno jest pojąć, że na elitarnych kierunkach pracują ludzie traktujący studentów z pogardą i po chamsku. Myślę, że niektóre z tych zachowań to sadyzm w czystej postaci i czerpanie satysfakcji z wdeptania w głębę osób podległych.

Jak można mieć satysfakcję z generowania problemów zdrowotnych młodych ludzi? Ale właściwie to ja nie o tym chciałam napisać, bo jak słusznie zauważył dr Badurek, jest to tajemnica poliszylna. Stąd mój list – skoro jest to prawda powszechnie znana w środowisku, dlaczego jest ciągle aktualna? Gdzie są władze uczelni? Gdzie Komisja Etyki Lekarskiej? Gdzie jednoznaczne stanowisko NIL i poszczególnych izb okręgowych? Ci gardzący kształconą młodzieżą sadyści, niezależnie od tytułu naukowego czy stanowiska na uczelni, podlegają naszym ludzkim prawom. To nie są mieszkańcy Olimpu!

Dlaczego to trwało i trwa nadal? Teraz jest wielkie poruszenie na SUM, a wcześniej? Przemilczanie trudnych tematów nie powoduje ich zniknięcia. Przeciwnie. Skumulowane problemy wybuchną kiedyś z wielką siłą. Chciałabym, żeby w końcu poważnie i kompleksowo zajęto się powyższym tematem. Dla dobra nas wszystkich. ■

Beata Zdanowska, absolwentka AM w Lublinie AD 1986

Mistrz uczniowi wilkiem

Każdy lekarz był kiedyś studentem. Ja studiowałam w Śląskiej Akademii Medycznej w latach 90. na wydziale w Katowicach (obecnie Śląski Uniwersytet Medyczny). Przeszłam przez, jak to się wówczas mówiło, „szkołę życia”. Wówczas nie używano słowa „mobbing”.

„Szkoła, życia” była na tyle dotkliwa, że wydłużyła moje studia o rok. Miałam szczęście, ponieważ mogłam liczyć na ogromne wsparcie psychiczne ze strony moich rodziców.

Wielu moich współtowarzyszy nie było w tak dobrej sytuacji, mieszkali z dala od domu. Duża część rezygnowała ze studiów. Ci, którzy mieli większe możliwości, zmieniali katowicką Alma Mater na inne wydziały lekarskie w Polsce, gdzie nie było „szkoły życia”. Kilka osób skończyło życie samobójstwem, ponieważ bardzo chcieli studiować, a wciąż udowodniano im, że się nie nadają, że są zbyt mało inteligentni. Były to bardzo wrażliwe osoby, które może byłyby bardzo dobrymi lekarzami...

W czasie trzech pierwszych lat studiów wielokrotnie słyszałam, że na „tej uczelni nie będziemy tolerować niedouczonych studentów takich jak Pani”. Pierwszy raz usłyszałam to na ćwiczeniach z anatomii. Potem na egzaminie z histologii, którą studiowałam cztery semestry, i na zajęciach z fizjologii, gdy pani adiunkt pytała mnie o wady zastawkowe, czyli patofizjologię, bo na wszystkie pytania z fizjologii odpowiedziałam poprawnie i gdyby nie wady zastawkowe, nie mogłaby postawić mi na seminarium oceny niedostatecznej. Na jednym z ćwiczeń z biochemii zaaspirowałam stężony kwas azotowy do jamy ustnej, bo pani laborantka „zapomniała” udostępnić studentom pipety automatyczne i studenci musieli korzystać z pipet aspiracyjnych. Skończyło się poparzeniem błony śluzowej jamy ustnej. Prowadzący asystent wyrzucił mnie z ćwiczeń, z odpowiednią adnotacją w karcie zaliczeniowej. Adnotacja była „bardzo skuteczna” na egzaminie z biochemii, na którym ponownie usłyszałam, że „niedouczona studentka będzie niedouczonym lekarzem, a ta uczelnia nie będzie produkowała takowych”. Po kilku latach temuż właśnie panu adiunktowi i profesorowi udowodniono plagiat pracy naukowej.

Dzięki korzystnym dla mnie zbiegom okoliczności i ogromnej determinacji udało mi się zakończyć drugi rok studiów bez konieczności jego powtarzania. Po trzecim roku, na egzaminie z mikrobiologii, pani profesor powiedziała z uśmiechem, że odpowiedziałam na ocenę bardzo dobrą, ale po przejrzeniu mojego indeksu (co semestr warunkowe dopuszczenie do sesji egzaminacyjnej, egzaminu zdawane w drugich terminach i powtórka pierwszego roku) może postawić mi tylko ocenę dostateczną. To tylko kilka przykładów „szkoły życia”, przez którą przeszałam. Było ich znacznie więcej.

Pomimo że bardzo duża część uczących mnie mistrzów widziała we mnie niedouczzonego studenta i złego, niedouczzonego przyszłego lekarza, nie czuję się niedouczona. Jestem specjalistą dwóch dziedzin i biegłym sądowym. Żaden z moich pacjentów przez 22 lata mojej pracy zawodowej nigdy się nie poskarżył na mnie. Uwielbiam moją pracę i moich pacjentów, a oni mnie.

Na szczęście teraz jest inne pokolenie studentów. Ci młodzi ludzie radzą sobie lepiej ze „szkołą życia”. Oczywiście mają narzędzia – telefony, aparaty, niezależne media. Ja mogłam tylko liczyć na szczęście, że akurat nie trafię na prowadzącego i egzaminującego, który daje studentowi „szkołę życia”, ale jeśli ja na niego nie napotkałam, to trafił ktoś inny.

Zapytałam kiedyś moją przyjaciółkę, która prowadzi zajęcia ze studentami od ponad 20 lat na jednej ze śląskich uczelni, początkowo jako magister, potem doktor, obecnie jako profesor, czy studenci mają u niej ciężko. Odpowiedziała, że nauczanie jest dla niej zaszczytem. Z bardzo wieloma byłymi studentami ma kontakt do dziś. Nie wyobraża sobie, aby jej podopieczni przed spotkaniem z nią lub jej współpracownikami przeżywali ogromny stres. Średnia ocen, jakie wystawiają jej studenci co pół roku w ankietach, to powyżej 4,5 w pięciostopniowej skali.

Przecież to jest oczywiste, że nauczyciel wie więcej i nie musi bardzo się starać, żeby wykazać studentowi niewiedzę w danym temacie. Nie jest również możliwe, że całe grupy nie przygotowują się na zajęcia zawsze z tymi samymi prowadzącymi. Za to studenci przydzieleni do innych prowadzących czy egzaminujących zawsze są przygotowani.

Rektor ŚUM, pan Przemysław Jałowicki, rozpoczął zmiany, za co jestem mu ogromnie wdzięczna. Kiku pracowników straciło pracę, ale myślę, że to dopiero początek. Wszystkie inne uczelnie medyczne w Polsce uważane są za bardziej prostudenckie niż ŚUM, dotyczy to kadry dydaktycznej, jak również spraw administracyjnych. ŚUM jest na ostatnim miejscu.

W tym roku moja córka rozpoczęła studia na ŚUM na kierunku lekarskim, pomimo że dostała się na bardzo wiele uczelni medycznych w kraju. Chce iść w moje ślady, choć bardzo odradzałam jej tę uczelnię. Przynosząc zaświadczenie od lekarza medycyny pracy do komisji rekrutacyjnej, córka dowiedziała się, że nie może ono być przyjęte, ponieważ jest na nim napisane „wydział lekarski”, a powinno być „kierunek lekarski”. Musiała poprawić. Córka mieszka w woj. śląskim, więc poprawa zaświadczenia nie stanowiła jakiegoś większego wysiłku. Ale co, jeśli świeżo upieczony student przebył kilkaset kilometrów i jego zaświadczenie nie zostało przyjęte z powodu nieistotnej pomyłki lekarza je wystawiającego albo lekarz wystawiający zaświadczenie jest niedostępny, a czas na dostarczenie poprawionego dokumentu to tylko kilka dni?

Moja córka jest po dwóch semestrach na równie trudnych, a może i trudniejszych studiach na wydziale weterynarii we Wrocławiu. Zakres materiału do przyswojenia jest o wiele obszerniejszy (w końcu jest wiele gatunków zwierząt), a jednak nikt nie udowadnia studentowi na ćwiczeniach z anatomii, że przyszedł nieprzygotowany. Student przychodzi na ćwiczenia, aby go mistrz uczył, a nie udowadniał, że nic nie umie.

Myślę, że moja córka byłaby bardzo dobrym lekarzem – rzetelnym, pracowitym, wrażliwym... Ale czy warto przejść „szkołę życia” na ŚUM? ■

Marzena Dzideczek

REKLAMA



ANDRZEJ CIŚŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Mocny akcent noworoczny

Zapewne w okolicy Świąt lub Nowego Roku poznamy ostateczne losy tego projektu, który właśnie stał się ustawą, zmuszając nas do zadania sobie pytania, czy jest nas jeszcze w stanie coś zaskoczyć.

Spór bynajmniej nie jest akademicki. Nie dość, że sprawa dotyczy rynku, a właściwie rynków medycznych, to jeszcze ingerencja dokonana jest – obrazowo mówiąc – poprzez użycie ciężkiego sprzętu do naprawy zegarka.

Sprawa w poważnym stopniu dotyczy też bezpieczeństwa pacjentów. To tłumaczy, dlaczego tyle o tej ustawie jest w bieżącym numerze „GL”. Myślę, że dominująca we wszystkich tekstach konsternacja idzie w parze z obawą, że skoro mogło zdarzyć się to, to może już zdarzyć się naprawdę wszystko. Odsyłam po szczegóły osobiwej procedury legislacyjnej do artykułu zarówno Rafała Hołubickiego (str. 8-10), jak i Lidii Sulikowskiej (str. 44-45), która opisuje spór, jaki na gruncie rozważań o rynku stomatologicznym zaistniał ostatnio w szeroko rozumianym środowisku.

To, że nie jest to tylko wyraz jakichś nieokreślonych fobii czy lęków, potwierdziła obradująca ostatnio Komisja Stomatologiczna NRL. W branży stomatologicznej pojawił się gracz w postaci ruchu pracodawców (menedżerowie podmiotów leczniczych) publicznie deklarujący wprowadzenie do Polski konkretnej liczby

lekarzy dentystów spoza UE i liczbę tę określający na dziewięć tysięcy dusz.

Oczywiście liczbami można dziś rzucać bez skrępowania. Nic nie stanie się zaraz, natychmiast. Samorząd będzie się zapewne domagał poddania tej regulacji weryfikacji co do zgodności z prawem unijnym. Dalej, organ rejestrowy, choćby nawet związany arbitralnymi decyzjami ministra dopuszczającymi do pracy lekarzy spoza UE, nie jest pozbawiony tak zupełnie pośrednich narzędzi do wpływu na wielkość strumienia imigracji lekarskiej. Posłowie zostawili ministrowi taki margines swobody, że siłą rzeczy, chcąc uniknąć podejrzeń o brak transparentności, minister będzie musiał podać do wiadomości kryteria, według których będzie wydawał decyzje. I komisje stomatologiczne każdej kadencji, pod tym czy innym kierownictwem, w naturalny sposób sięgają będą po wszelkie dostępne narzędzia.

Wrażenie klęski bierze się więc głównie chyba z poczucia egzotyki, jaką nam zaserwowano. Regulacja luźno związana jest z sytuacją epidemiczną, źle zaprojektowana, jeszcze gorzej napisana, przedstawiana przez rodzimych menedżerów jako obietnica uczynienia leczenia (np. stomatologicznego) bardziej osiągalnym dla kieszeni przeciętnego pacjenta.

Sugestia, że lekarz nieznający języka polskiego może po trzech miesiącach pracy pod nadzorem specjalisty samodzielnie pracować z pacjentami, rodzi pytanie o to, w jaki sposób będzie on np. pobierał zgodę świadomą. Jak wytłumaczy pacjentowi zawilości możliwych powikłań i alternatyw leczenia? Kartka do podpisu podsunęta pod nos pacjentowi? Do tego zmierzał budowany latami system praw pacjenta?

To rok, który będziemy pamiętać. Wryje się w pamięć obawami o rozmiar szkód, jakie epidemia wyrządzi naszym bliskim, nam samym i naszym praktykom. Nierzadko bólem po stracie bliskich osób. Ale i poważnym załamaniem się tego, co zwykliśmy nazywać dialogiem społecznym, jak też zaostreniem kursu władzy w kierunku rządów twardej ręki.

I czegoż to życzyć na Święta? Zapewne wytrwałego pielęgnowania w sobie poczucia, że to i tak cały czas Najpiękniejszy Ze Świátów. A na Nowy Rok – zwolnienia tempa tej karuzeli, niewyzierających z każdego kąta krzywych luster i ogólnej nadziei, że – jak to pięknie kiedyś rozwinął Wojciech Młynarski – „to tylko objazdowe smutne miasteczko, ono sobie kiedyś pojedzie...”. ■



LIDIA
SULIKOWSKA

dziennikarz

STOMATOLOGIA

Nowa jakość?

Od dłuższego czasu podejmowane są próby wprowadzenia zmian w polskim prawie znacząco ułatwiające dostęp w naszym kraju do zawodu lekarzom i lekarzom denty stom spoza UE. Ostatnia z nich niedawno weszła w życie, a kolejna – znacznie radykalniejsza – jest w trakcie drogi legislacyjnej. Co to oznacza dla stomatologów?



W uchwalonej przez Sejm 28 października tzw. ustawie covidowej¹ znalazły się zapisy umożliwiające lekarzom i stomatologom z tytułem specjalisty spoza UE przejście procedury przyznania polskiego PWZ w bardziej niż dotychczas uproszczony sposób i praktykowanie na jego podstawie w określonym zakresie, czasie, a także w konkretnym miejscu zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Bez konieczności przechodzenia żmudnej procedury nostryfikacyjnej dyplomu.

Co prawda taka osoba musi spełnić szereg warunków, a praca w Polsce dotyczy konkretnej placówki, z którą lekarz zawarł umowę, i nie może trwać dłużej niż pięć lat, to i tak dla wielu osób będzie to propozycja atrakcyjna.

NIEKTÓRZY SIĘ CIESZĄ

Z przyjętej regulacji cieszy się Związek Pracodawców Stomatologii. W oświadczeniu zarządu ZPS, opublikowanym pod koniec października, możemy przeczytać m.in., że obecnie system opieki stomatologicznej „zmierza w stronę głębokiej

niewydolności spowodowanej niedostosowaniem liczby kształconych lekarzy oraz liczby miejsc specjalizacyjnych w stosunku do tempa rozwoju całej branży”, a pandemia COVID-19 jeszcze ten stan pogorszyła, bo spowodowała dodatkowy odpływ tych, którzy ograniczyli liczbę godzin pracy lub zawiesili świadczenie usług.

Zdaniem ZPS braki kadrowe już teraz skutkują drastycznym wzrostem cen usług stomatologicznych. Związek szacuje, że w przypadku braku szybkich i głębokich zmian

wpływających na wprowadzenie do systemu nowych lekarzy dentystów, w ciągu najbliższych 24 miesięcy ceny za leczenie stomatologiczne wzrosną o kolejne 100 proc.

Ułatwienie wejścia do zawodu dla dentystów spoza UE to – ich zdaniem – m.in. lepsza dostępność do świadczeń dla polskiego społeczeństwa, skrócenie kolejek do specjalistów, oszczędność systemowa wynikająca z faktu wykształcenia danego lekarza poza Polską oraz spowolnienie wzrostu cen usług stomatologicznych.

Przedstawiciele ZPS, przedstawiając argumentację o brakach kadrowych w stomatologii, posiłkują się danymi publikowanymi przez Eurostat, zgodnie z którymi w Polsce czynnych zawodowo jest ok. 13 tys. lekarzy dentystów, co plasuje nas na końcu listy krajów UE w zakresie dostępności obywateli do stomatologów.

SPÓR O LICZBY

Zupełnie inaczej sprawę postrzega samorząd lekarski. – Wypowiadanie się o przyczynach niedostatecznej opieki specjalistycznej nad pacjentami i poszukiwanie przyczyn tego stanu rzeczy w małej liczbie stomatologów jest po prostu nadużyciem – komentuje Andrzej Cisto, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej oraz przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL. Podkreśla, że zgodnie z danymi Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, w naszym kraju jest ok. 38,5 tys. czynnych zawodowo lekarzy dentystów (stan na październik br.), a statystyki publikowane przez Eurostat były już wielokrotnie prostowane przez samorząd lekarski.

– NIL jako jedyna instytucja dysponuje rzetelnym rejestrem lekarzy dentystów. Przywoływanie statystyk Eurostatu, które NRL od dawna oprostowuje, jest nadużyciem – informuje wiceprezes NRL.

Jeśli zaś chodzi o braki kadrowe dentystów z tytułem specjalisty, to Andrzej Cisto zaznacza, że ta sytuacja powodowana jest decyzjami Ministerstwa Zdrowia o otwieraniu niskiej liczby rezydentur dla poszczególnych specjalizacji stomatologicznych, i nie

może być rozwiązana „importem” specjalistów spoza UE, których umiejętności – w myśl uchwalonych przepisów – nikt nie będzie w wystarczający sposób weryfikował.

Przestrzega też przed myśleniem, że napływ dentystów spoza UE spowoduje spowolnienie wzrostu cen świadczeń komercyjnych.

OBAWA O BEZPIECZEŃSTWO

Samorząd lekarski od dawna przestrzega, że uproszczenie procedury uzyskiwania PWZ przez lekarzy i lekarzy dentystów spoza UE może zdecydowanie negatywnie odbić się na jakości świadczeń medycznych wykonywanych w naszym kraju, a nawet prowadzić do wielu patologii i niebezpiecznych sytuacji.

W stanowisku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 20 października możemy przeczytać m.in., że zapisy zawarte w ustawie covidowej, dotyczącej ułatwień w uzyskaniu PWZ dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalistów spoza UE, stwarzają ryzyko dla pacjenta, ponieważ nie gwarantują, że uprawnienia zawodowe uzyskają osoby o odpowiednio wysokich kwalifikacjach. Nie zapewniono bowiem, że osoby nabywające uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza w tym trybie muszą legitymować się ukończeniem studiów lekarskich trwających co najmniej 5 lat. Ponadto nie zagwarantowano, że okres trwania specjalizacji posiadanej przez te osoby ma być porównywalny z okresem trwania tej samej specjalizacji uzyskiwanej w Polsce. Co więcej, samorządowcy zwracają uwagę, że osoby te muszą jedynie złożyć oświadczenie, że wykazują się znajomością języka polskiego wystarczającą do wykonywania zawodu, bez żadnej zewnętrznej weryfikacji tej umiejętności.

– Jesteśmy świadkami zaniedbywania standardów, a to oznacza zagrożenie dla pacjentów i dla całego personelu medycznego. Ponadto myślę, że nie powinniśmy nikogo kusić łatwym dostępem do pracy i zarobkiem w naszym kraju, w czasie, gdy wszędzie brakuje pomocy. To nieetyczne – zaznacza prezes NRL Andrzej Matyja.

Związek Pracodawców Stomatologii oskarżył NRL o blokowanie rozwoju całej branży, a obawy samorządu co do umiejętności medyków spoza UE uznał za straszenie pacjentów lekarzami spoza UE.

„Uproszczenie procesu nostryfikacji nie ma na celu niekontrolowanego otwarcia rynku dla wszystkich chętnych lekarzy dentystów z całego świata. Jako pracodawcy zatrudniamy najlepszych kandydatów z rynku krajowego i takich samych najlepszych lekarzy, w tym lekarzy ze specjalizacją, chcemy pozyskać z krajów nienależących do UE” – deklaruje ZPS.

Tylko czy można zagwarantować, że same zapewnienia co do dbania o najwyższą jakość usług, bez żadnego mechanizmu kontroli umocowanej prawnie, rzeczywiście wystarczą?

BĘDZIE JESZCZE PROŚCIEJ?

W tle sporu co do zasadności i potencjalnych zagrożeń związanych z ułatwieniem dostępu do rynku dla medyków z tytułem specjalisty spoza UE, szykowane są w polskim prawie kolejne, jeszcze dalej idące zmiany legislacyjne w tym zakresie.

27 listopada Sejm uchwalił posełski projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, w którym znalazły się zapisy o wiele bardziej luzujące dostęp medyków spoza UE od tych zawartych w październikowej ustawie covidowej. Znalazły się tam m.in. rozwiązania umożliwiające uzyskanie PWZ bez nostryfikacji dyplomu w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarzom i lekarzom dentystom spoza UE nieposiadającym specjalizacji. Bez żadnego wykazania się znajomością języka polskiego i bez rzetelnej weryfikacji ich kompetencji zawodowych. Ale to już zupełnie inna historia. O szczegółach tego kontrowersyjnego pomysłu piszemy na s. 8-10. ■

¹ Ustawa o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19; ustawa ta 28 listopada została opublikowana w Dzienniku Ustaw. Zawarte w niej przepisy weszły w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

BIULETYN

NR 6 (199)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, XI 2020

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNAK

**UCHWAŁA Nr 16/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 6 listopada 2020 r.
w sprawie przyjęcia informacji
o działalności samorządu lekarzy
i lekarzy dentyków w 2019 r.**

Na podstawie art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r., poz. 965, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się informację o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentyków w 2019 r., stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

Załącznik do uchwały – informacja o działalności samorządu w roku 2019 – jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 17/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 6 listopada 2020 r.
w sprawie terminów posiedzeń
Naczelnej Rady Lekarskiej w roku
2021**

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

§ 1.

Ustala się następujące terminy posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2021: 29 stycznia, 12 marca, 16 kwietnia, 25 czerwca, 3 września, 22 października, 10 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 8/20/VIII
NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ
z dnia 6 listopada 2020 r.
w sprawie poselskiego projektu
ustawy o zmianie ustawy
o zapobieganiu
oraz zwalczaniu zakażeń i chorób
zakaźnych u ludzi**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, o którym poinformował Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu Dariusz Salamończyk pismem z dnia 27 października 2020 r., znak: SPS-WP-020-139(05)/20, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 9/20/VIII
NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ
z dnia 6 listopada 2020 r.
w sprawie propozycji zmiany
strategii walki z zakażeniami
wirusem SARS-CoV-2 i COVID-19**

Obserwując z niepokojem trudną sytuację, jaka obecnie panuje w Polsce, oraz wzrastającą liczbę zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i przypadków COVID-19, pogłębiające się problemy systemu ochrony zdrowia, Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że konieczne jest przyjęcie

pilnych korekt w strategii walki z ww. zakażeniami i ich następstwami w postaci COVID-19.

Życie i zdrowie mieszkańców naszego kraju jest najwyższym dobrem, którego ochrona musi być kluczowym zadaniem nie tylko służb medycznych, ale także władz publicznych odpowiedzialnych za kreowanie polityki zdrowotnej i walkę z epidemią. Samorząd lekarski, dostrzegając niedostatki obecnej strategii, proponuje przyjęcie rozwiązań opracowanych przez ekspertów, które mogą przynieść korzystne efekty w walce z epidemią. W zakresie tych proponowanych zmian znajdują się takie zagadnienia jak: diagnostyka zakażeń, zwiększenie bazy miejsc szpitalnych dla pacjentów z przypadkami COVID-19 bez dalszego ograniczania dostępu do opieki dla pacjentów niezakażonych, rozbudowa bazy izolatoriów, wsparcie transportu sanitarnego i ratownictwa medycznego, zmiany w obszarze finansowania świadczeń zdrowotnych związanych z przypadkami COVID-19, wsparcie dla sektora medycyny ambulatoryjnej, wzmocnienie Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wprowadzenie jednolitego sposobu zbierania danych do monitorowania pandemii oraz zwiększenie nacisku na działania prospołeczne.

Szczegółowe propozycje zmian w strategii walki z narastającymi zakażeniami i przypadkami COVID-19 zawarto w załączniku do stanowiska.

Samorząd lekarski deklaruje wszelką pomoc przy opracowywaniu zmian strategii walki z epidemią i przypomina, że tworzenie aktów prawnych musi odbywać się we współpracy ze środowiskiem medycznym, w tym poprzez obywatelskie konsultacje przed opublikowaniem projektów aktów prawnych.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

PROPOZYCJE DZIAŁAŃ DOT. STRATEGII ZWALCZANIA COVID-19

DIAGNOSTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM SARS-CoV-2

1) Zwiększenie dostępu do diagnostyki molekularnej poprzez wsparcie i ułatwienie procedur rejestracji dodatkowych punktów pobrania wymazów w dużych miastach i w mniejszych miejscowościach. Obecnie procedura rejestracji de novo zakładu opieki zdrowotnej prowadzącego punkt wymazowy w urzędach wojewódzkich może trwać nawet miesiąc i napotyka na liczne utrudnienia biurokratyczne.

2) Szerokie rozpowszechnienie i objęcie finansowaniem NFZ zwalidowanych szybkich testów antygenowych w kierunku identyfikacji zakażeń dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą zarówno w szpitalach, jak i w innych rodzajach świadczeń, w tym zabiegowych, z określeniem jasnych wskazań do ich stosowania tj. do stosowania u osób z objawami – tylko wówczas testy te mają wysoką czułość oraz bardzo wysoką swoistość. Określenie wytycznych dla bezpłatnego przesiewowego testowania na obecność SARS-CoV-2 dla pracowników medycznych i DPS oraz personelu pomocniczego i służb wspomagających opiekę medyczną.

3) Wprowadzenie pilnych zmian w systemach informatycznych służących gromadzeniu danych o zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (EWP, IKR) celem uwzględnienia nowych metod diagnostycznych (w tym testów antygenowych) oraz celem usprawnienia kontaktu z osobami o pozytywnym wyniku badania na obecność wirusa SARS-CoV-2.

4) Przywrócenie testowania osób kończących kwarantannę, która obecnie trwa 10 dni, tj. krócej niż okres wylęgania, albo wydłużenie kwarantanny do 14 dni. Uwzględnienie innych zawodów dla wsparcia diagnostyki (studenci wydziałów farmacji, analityki medycznej).

ZWIĘKSZENIE BAZY MIEJSC SZPITALNYCH DLA PACJENTÓW COVID+ BEZ DALSZEGO OGRANICZANIA DOSTĘPU DO OPIEKI DLA PACJENTÓW NIEZAKAŻONYCH

1) Wprowadzenie „systemu koniecznej opieki medycznej” we współpracy rządu i samorządu terytorialnego przy obsłudze i budowie modułowych szpitali jednoimiennych funkcjonujących jako oddziały szpitali wojewódzkich lub miejskich,

szczególnie dla mieszkańców powiatów nieposiadających opieki szpitalnej. Tam, gdzie to możliwe, należy wykorzystać istniejącą infrastrukturę sanatoryjną.

2) Usprawnienie bezpośredniej komunikacji na poziomie wojewodowie – samorządy – szpitale, obejmujące m.in. tworzenie nowych łóżek dla pacjentów z COVID-19 oraz koordynację pracy ratowników medycznych, a także funkcjonowanie efektywnego systemu informacji o dostępności miejsc w szpitalach.

3) Budowa centrum zarządzania informacją o wolnych tzw. łóżkach covidowych i miejscach respiratorowych w szpitalach w czasie rzeczywistym, a także miejsc dla pacjentów niezakażonych.

4) Zapewnienie na poziomie centralnym ciągłości dostaw tlenu dla szpitali w całym kraju.

5) Zmniejszenie do niezbędnego minimum prac biurokratycznych i raportowania dla wielu różnych szczebli władz, szczególnie w POZ i szpitalach, co pozwoli lekarzom i pielęgniarkom na poświęcenie większej ilości czasu pacjentom.

ROZBUDOWA BAZY IZOLATORIÓW

1) Przyspieszenie tworzenia i zwiększenie finansowania izolatoriów dla osób, którym zlecono izolację w domu, ale ze względu na możliwość zakażenia bliskich z grupy podwyższonego ryzyka nie powinny w nim przebywać, jak również dla pacjentów opuszczających szpitale wymagających kontynuacji opieki medycznej na podstawowym poziomie.

2) Określenie wskazań do skierowania do izolatoriów.

3) Stworzenie w izolatoriach dedykowanych miejsc o podwyższonym standardzie opieki dla osób niesamodzielnych i uwzględnienie tego w systemie finansowania izolatoriów przez NFZ. Ustalenie kryteriów wypisu pacjentów do izolatorium, w tym pacjentów przekazywanych do DPS, u których wymagany jest test wykluczający zakażenie, co wydłuża hospitalizację.

WSPARCIE TRANSPORTU SANITARNEGO I RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

1) Wzmocnienie cywilnego transportu poprzez służby mundurowe i inne służby ratownicze (straż pożarna, policja, wojsko, WOPR, GOPR).

2) Usprawnienie koordynacji transportu sanitarnego i ratownictwa medycznego celem jak najszybszego przekazywania pacjentów do szpitali.

3) Ustalenie zasad transportu pacjentów zaintubowanych.

4) Uwzględnienie transportu medycznego w ramach własnych środków szpitali (finansowanie karetki transportowej będącej własnością szpitala).

FINASOWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZWIĄZANYCH Z COVID-19

1) Zapewnienie płynnego finansowania szpitali i zmiana sposobu wyliczania kosztów opieki nad pacjentami z COVID-19, z uwzględnieniem realnych kosztów leczenia tych pacjentów na wszystkich oddziałach, nie tylko covidowych oraz SOR.

2) Wzmocnienie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na terenie miast i gmin poprzez zwiększenie kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

WSPARCIE DLA SEKTORA

MEDYCYNY AMBULATORNEJ
Nakazem chwili jest właściwa organizacja pracy również tych poradni ambulatoryjnych, w szczególności zabiegowych, które nie są włączone do bezpośredniej opieki nad pacjentami zakażonymi. Zmiany te sprowadzają się zapewne do ograniczenia liczby udzielanych świadczeń. Wyznaczenie racjonalnego z punktu widzenia bezpieczeństwa epidemicznego zakresu działalności wywołać może poważne skutki finansowe dla poradni ambulatoryjnych. Prezydium NRL przedstawi propozycje pakietu rozwiązań umożliwiających dostosowanie ich pracy do wymogów podyktowanych bezpieczeństwem epidemicznym.

WZMOCNIENIE PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ

1) Wzmocnienie kadrowe i teleinformatyczne Powiatowych i Wojewódzkich Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych (np. studenci, absolwenci wydziałów zdrowia publicznego).

2) Wprowadzenie jako rozwiązania systemowego na czas epidemii częściowego przekazania procesu informacyjnego o kwarantannie/izolacji z Powiatowych Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych do samorządów gminnych/powiatowych.

DZIAŁANIA PROSPOŁECZNE ORAZ INNE DZIAŁANIA

1) Kampania informacyjna dla społeczeństwa o chorobie, objawach, zasadach postępowania w ramach samopomocy, wskazaniach do hospitalizacji.

2) Pilna organizacja systemu wsparcia dla osób niesamodzielnych zakażonych COVID-19. Osoby te wymagają codziennej opieki i wsparcia w czynnościach życiowych (karmienie, przewijanie, podanie leków etc.). Nie mogą przebywać w izolacji domowej bez stałej opieki z zewnątrz, nie mają także odpowiednich warunków w izolatoriach.

3) Przywrócenie zasiłku opiekuńczego dla rodziców lub opiekunów dzieci młodszych (do III klasy włącznie) z jednoczesnym wprowadzeniem nauki zdalnej dla tej grupy dzieci.

4) Przywrócenie 100% zasiłku chorobowego dla osób w okresie kwarantanny. Określenie klarownych zasad kwarantanny.

5) Zwiększenie pojemności kosztów szpitalnych np. przez wprowadzenie chłodni kontenerowych i uporządkowanie zasad pochówku pacjentów z COVID-19, w tym w przypadku, gdy rodzina jest w izolacji lub na kwarantannie, oraz zapewnienie obsługi kosztów kontenerowych.

**STANOWISKO Nr 10/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 6 listopada 2020 r.
w sprawie obowiązków lekarzy
i lekarzy dentyistów wynikających
z zawarcia umowy o przetwarzanie
danych swoich, swojej praktyki lub
podmiotu leczniczego z portalami
publikującymi te dane i prowadzącymi
system oceny placówek medycznych
przez pacjentów**

Mając na względzie ustawowy obowiązek reprezentowania osób wykonujących zawody lekarza i lekarza dentyisty oraz sprawowania pieczy nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyisty przez członków samorządu, wynikający z ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, a także obowiązek dbałości o przestrzeganie praw lekarzy i lekarzy dentyistów do ochrony ich danych osobowych oraz ochrony dóbr osobistych, respektowania podstawowych wolności i praw osób ocenianych, w tym walkę z hejtem (przeważnie anonimowym) na portalach oceniających pracę lekarzy, w celu ustalenia przejrzystości zasad działania lekarzy i lekarzy dentyistów wynikających z zawarcia umów o przetwarzanie danych swoich, swojej praktyki lub podmiotu leczniczego z portalami publikującym te dane i prowadzącymi system oceny placówek medycznych przez pacjentów oraz zwrócenia uwagi na odpowiedzialność lekarzy i lekarzy dentyistów wynikającą z tych działań, Naczelna Rada Lekarska wyraża stanowisko, iż:

1) zawarcie umowy z portalem oceniającym pracę lekarzy/lekarzy dentyistów jest świadomą czynnością lekarza/lekarza dentyisty;

2) lekarz/lekarz dentyista, który zawarł z portalem umowę o przetwarzanie danych, ponosi odpowiedzialność za treść i formę informacji widniejących na jego profilu, w tym za ich zgodność z zasadami etyki zawodu i przepisami prawa;

3) lekarz/lekarz dentyista, który zawarł z portalem umowę o przetwarzanie danych, nie może zasłaniać się faktem, że nie ma wpływu

na format profilu w portalu publikującym te dane; w szczególności lekarz ponosi odpowiedzialność za jasną i przejrzystą uwidocznioną informację o swoich kompetencjach; lekarz nie może zamieszczać na swoim profilu informacji sugerującej posiadanie specjalizacji innej niż faktycznie posiadana, nawet wówczas, gdy dostępne techniczne opcje wyboru na to nie pozwalają (dotyczy to również stopni i tytułów naukowych);

4) lekarz/lekarz dentyista, który zawarł z portalem umowę o przetwarzanie danych, nie może akceptować lub ustalać z portalem zamieszczania innych informacji, sugerujących posiadanie np. szczególnego statusu „ekspertskiego” w wykonywanej działalności leczniczej;

5) treść i forma opisów edytowanych przez lekarza/lekarza dentyistę zlecającego prowadzenie profilu nie może nosić znamion reklamy działalności leczniczej oraz musi spełniać normy wynikające z Kodeksu Etyki Lekarskiej;

6) dyskusja z pacjentami prowadzona w ramach profilu lekarza/lekarza dentyisty – jeśli dotyczy procesu leczenia – musi przebiegać z zachowaniem tajemnicy lekarskiej;

7) samorząd lekarski wielokrotnie prezentował zastrzeżenia do funkcjonowania systemu opiniowania pracy lekarzy/lekarzy dentyistów przez pacjentów w ramach otwartej dyskusji na forum internetowym. Wartość wpisów na portalach internetowych, mimo że sama w sobie może być dyskusyjna, nie oznacza przyzwolenia środowiska lekarskiego na działania dodatkowo zafałszowujące ich treść i liczbę. Niedopuszczalne jest zatem branie udziału w jakichkolwiek działaniach zmieniających ich treść, proporcje wpisów pozytywnych i negatywnych na własnym profilu, a działania takie wobec innych profili są wprost czynem niegodnym lekarza. Jedynym wyjątkiem są sytuacje przewidziane w regulaminach tych portali, polegające na moderowaniu wpisów nieprawdziwych, obraźliwych lub niepochochzących od osób, którym udzielono faktycznie świadczenia;

8) lekarz/lekarz dentyista, który nie chce, aby jego dane były przetwarzane przez portale publikujące te dane i prowadzące system oceny placówek medycznych przez pacjentów, może zrealizować prawo do bycia zapomnianym w rozumieniu art. 17 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.). Przykładowa treść wniosku o usunięcie danych stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Stanowiska.

Naczelna Rada Lekarska uważa, że w przestrzeni publicznej może mieć miejsce tylko rzetelne recenzowanie pracy lekarza i lekarza dentyisty. Jeżeli do nierzetelnego przekazu informacji przyczyni się lekarz/lekarz dentyista, ponosi on odpowiedzialność za swoje działania lub zaniechania.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

Załącznik do uchwały – Wniosek do administratora danych portalu o zaprzestanie przetwarzania danych – jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**APEL Nr 2/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 listopada 2020 r.
do Ministra Zdrowia**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o przyznanie dodatkowego wynagrodzenia w wysokości 100% kwoty miesięcznego wynagrodzenia wynikającej z umowy, na podstawie której udzielane są świadczenia zdrowotne, każdemu pracownikowi medycznemu udzielającemu tych świadczeń pacjentom podejrzany o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej tzw. „dodatek covidowy” powinien przysługiwać nie tylko pracownikom medycznym, którzy zostali skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii COVID-19 w trybie art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ale wszystkim uczestniczącym w leczeniu pacjentów, u których potwierdzono/podejrzewano zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

Sytuacja epidemiczna w Polsce spowodowała, że pacjenci chorzy na COVID-19 są leczeni nie tylko w placówkach im dedykowanych, ale również w tych miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych, w których przebywają pacjenci „necovidowi”. W rezultacie ten sam personel medyczny zajmuje się zarówno pacjentami chorymi na COVID-19, jak i pacjentami z innymi schorzeniami. Personel ten jest więc w takim samym stopniu narażony na zakażenie SARS-CoV-2, podlega również podobnym obostrzeniom i wykonuje podobne obowiązki, jak osoby skierowane przez wojewodę do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Naczelna Rada Lekarska apeluje o ponowną analizę warunków pracy osób wykonujących zawód medyczny w erze pandemii i uregulowanie kwestii dodatkowych wynagrodzeń w drodze przepisów powszechnie obowiązujących.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja



MARTA
JAKUBIAK

redaktor naczelna

SZCZEPIENIA

Cenna polisa w grze o życie

Z prof. **Adamem Antczakiem**, prorektorem ds. klinicznych łódzkiego Uniwersytetu Medycznego, Przewodniczącym Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy oraz kierownikiem Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej UM w Łodzi, rozmawia **Marta Jakubiak**.

Kiedy szczepionka przeciwko COVID-19 będzie powszechnie dostępna?

Jeszcze trochę trzeba będzie poczekać. Produkcja szczepionek jest zawsze czymś ogromnie skomplikowanym. Liczących się produktów, nad którymi trwają obecnie prace, jest około dziesięciu. Pośpiech nie jest tu wskazany, zwłaszcza że ogólnopopulacyjne zaufanie do szczepionek jest mniejsze niż do innych leków, czego nie mogą zrozumieć, bo szczepionki to leki niezwykle bezpieczne. Prace muszą być prowadzone jednak bardzo starannie.

Co już możemy o nich powiedzieć?

W III fazie badań jest szczepionka nowej generacji messenger RNA, zawierająca fragment RNA (kwasu rybonukleinowego), który ma połączyć się z rybosomami człowieka i wyprodukować immunogenne białka, dające odporność przeciwko COVID-19. Tak jak wszystkie rodzaje RNA, mRNA powstaje na matrycy DNA podczas transkrypcji. To jest rodzaj szczepionki wyższego poziomu, bo standardowe preparaty zawierają gotowy antygen, i ważny krok w rozwoju wakcynologii.

Jednak o ile wyodrębnienie mRNA nie jest takie trudne, o tyle już wyprodukowanie go w dużej ilości stanowi wyzwanie. Kolejna rzecz to fakt, że mRNA nie jest cząsteczką stabilną i wymaga przechowywania w temperaturze minus 80 st. C. Dostawa takiej szczepionki i jej dystrybucja to trudne wyzwanie.

Trwają też prace nad szczepionką antygenową, podobną do tej przeciwko grypie. Nie wymaga ona tak skomplikowanego łańcucha dostaw, wystarczy transport



Prof. Adam Antczak: - W dobie COVID-19 kładzie się szczególny nacisk na wykonywanie tych szczepień, które są dostępne.

i przechowywanie w temperaturze 2-8 st. C. Firma, która ją opracowuje, jest w II fazie badań, czyli jeszcze przed testami bezpieczeństwa i skuteczności.

Choć szczepionki mRNA są bardzo ciekawą opcją, wciąż mamy małą wiedzę na ich temat. Co prawda kwestie bezpieczeństwa są już rozstrzygnięte, ale wciąż pozostaje kilka niewiadomych, np. na jak długo pozwolą one wytworzyć odporność. Minie zapewne kilka miesięcy, zanim dojdzie do ich dystrybucji światowej. Do tego czasu jeszcze wiele osób się zakazi. Co prawda większość pacjentów po przechorowaniu COVID-19 przez trzy miesiące ma przeciwciała na stabilnym poziomie, ale



potem one zanikają. Są też tacy, którzy w ogóle nie wytwarzają przeciwciał. Osoby, które przebyły zakażenie COVID-19, nadal powinny się zaszczepić, gdy już będą szczepionki.

GL Od czego zależy zdolność do wytworzenia przeciwciał?

To sprawa osobnicza. Odporność w wielu zakażeniach nie jest wytwarzana w ogóle albo trwa bardzo krótko. Po podaniu szczepionki przeciwko grypie utrzymuje się około roku. W przypadku tej przeciwko COVID-19 nie wiemy, jak będzie.

GL Jak opracowuje się szczepionki na kolejne sezony grypy?

Istnieje system nadzoru nad gripą, w obrębie którego specjalne ośrodki monitorują sytuację na świecie. Światowa Organizacja Zdrowia stale monitoruje kwestie patogenności wirusów grypy, jest ich ok. 200, ich obecność w środowisku i zmienność. Pobiera się około 200 tys. próbek, a zespół badaczy przygotowuje za pomocą modeli analitycznych listę typów wirusów, które powinny znaleźć się w szczepionce.

Dwa razy w roku świat dowiaduje się, jaki jest jej skład. WHO przygotowuje komunikat dla półkuli północnej w lutym, a dla półkuli południowej we wrześniu. Informuje producentów, jaki ma być skład antygenowy szczepionki na dany sezon. Zdarzają się niekiedy opóźnienia, tak jak było w roku 2019, kiedy pojawiły się trudności z wytypowaniem wirusa H3N2. Komunikat ukazał się dopiero po 20 marca, co opóźniło cały cykl produkcji, a szczepionki na rynku pojawiły się dopiero w połowie października.

GL Jak wygląda samo opracowanie szczepionki?

Uzyskuje się natywne wirusy ze środowiska, a następnie doprowadza je do postaci hybrydy, tworząc laboratoryjny wirus wzorcowy o właściwościach antygenowych. Namnaża się go na zarodkach kurzych i tworzy kopie wirusów. Potem zabija się je, izoluje antygeny i dokonuje dalszego procesu ich przygotowania. Proces od wydania komunikatu WHO do wytworzenia szczepionki trwa około pół roku. Są też szczepionki, które produkuje się jeszcze dłużej, np. cykl produkcyjny szczepionki przeciwko odrze może trwać nawet do trzech lat. To właśnie dlatego szczepionki są towarem deficytowym.

GL W tym sezonie ich zabrakło. Czy jest sens, żeby się szczepić teraz?

Szczepić się można zawsze, kiedy są dostępne szczepionki, a są zazwyczaj od września do kwietnia.

GL A kiedy najlepiej?

W takim momencie, by mieć najwyższe miano przeciwciał w szczycie zachorowań. Ponieważ przypada on na styczeń, luty i marzec, najlepiej zaszczepić się pod koniec listopada i w grudniu.

GL Jakie są rekomendacje, jeśli chodzi o szczepienia dorosłych w czasie pandemii?

W dobie COVID-19 kładzie się szczególny nacisk na wykonywanie tych szczepień, które są dostępne. Zarówno WHO, jak i GIS oraz Ministerstwo Zdrowia utrzymują, że dotychczasowy kalendarz szczepień powinien być utrzymany – zarówno ten dotyczący obowiązkowych szczepień u dzieci, jak i rekomendowanych dla dorosłych, czyli przeciwko grypie i pneumokokom, a także

przypominających przeciwko krztuścowi, kleszczowemu zapaleniu mózgu czy meningokokom.

GL To dodatkowa ochrona?

Zdecydowanie tak. Regularne szczepienie przeciwko grypie chroni przed zakażeniami wirusowymi w ogóle. Zmniejsza też ciężkość ich przebiegu, a osoby wyszczepione rzadziej się zakażają. W przypadku szczepień na gripę jest też magiczna liczba czterech sezonów. Pacjenci, którzy szczepią się w ciągu czterech kolejnych lat, cieszą się lepszym zdrowiem i rzadziej np. diagnozowane są u nich nowotwory.

GL A w kontekście COVID-19?

W grupie osób poniżej 60. r.ż., u których wykrywa się COVID-19 za pomocą wymazów PCR, odsetek zakażonych jest o kilkanaście procent niższy wśród tych, którzy zaszczepili się przeciwko grypie. Jeszcze ciekawsze są dane w grupie zaszczepionych przeciw pneumokokom w populacji 65+. Charakteryzują się oni mniejszą liczbą dodatnich wymazów i rzadziej się zakażają – to o 44 proc. mniej zachorowań, a w populacji 18-64 lata o 39 proc. Jako pulmonolog, wrażliwy na profilaktykę zakażeń, potwierdzam to z własnej praktyki. Pacjenci, którzy regularnie szczepią się przeciwko grypie i zostali zaszczepieni przeciw pneumokokom, mają zdecydowanie mniej infekcji. Obserwuję to np. u chorych na POChP – mają oni o 39 proc. mniej hospitalizacji z powodu zaostrzeń, jeśli zaszczepili się przeciwko grypie.

GL Pneumokokowe zapalenie płuc dotyczy zaledwie 200 osób na 100 tys. Czy jest sens, żeby się przeciwko nim szczepić?

Tak, ponieważ to najczęstsza przyczyna zapalenia płuc u człowieka, oprócz tych wywołanych wirusami. Zakażenia pneumokokowe mogą mieć charakter łagodny, ale są też skrajne postaci, które nazywamy inwazyjną chorobą pneumokokową, jak zapalenie płuc u dorosłych czy opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci, odpowiadają także za zapalenie wsierdza czy otrzewnej.

Inwazyjna choroba pneumokokowa charakteryzuje się wysokim ryzykiem zgonu, do nawet 50 proc. Ryzyko powikłań jest bardzo wysokie. Ogólne ryzyko śmierci w przypadku osoby w wieku 65+ hospitalizowanej z powodu środowiskowego (pozaszpitalnego) zapalenia płuc wynosi 10 proc. Co więcej, w przypadku kolejnych 10 proc. osób istnieje ryzyko zgonu w ciągu najbliższych 30 dni od wyjścia ze szpitala, a jedna trzecia pacjentów nie przeżywa kolejnych trzech lat.

GL Dlaczego aż taka śmiertelność?

Ze względu na odległe następstwa zapalenia płuc, głównie sercowo-naczyniowe. Widzimy je także w COVID-19, gdzie ryzyko powikłań zakrzepowych i uszkodzenia śródbłonna jest bardzo wysokie i nieprawdopodobnie nasilone. W każdym zapaleniu płuc dochodzi do zwiększonej trombofilii i zwiększonego ryzyka powikłań, pacjenci umierają w przebiegu udarów, zawałów i zatorowości płucnej. Statystyki są nieubłagane. Wg GUS w 2018 r. w Polsce zapalenie płuc jako pierwotną przyczynę zgonu odnotowano w 18,5 tys. przypadków.

GL Szczepienia wydłużają życie?

Nie tylko wydłużają, ale poprawiają też jego jakość i zmniejszają



COVID-19 jest trochę jak rosyjska ruletka, nie wiadomo, kogo zabije, nikt nie może czuć się bezpieczny.

Oczywiście. Ryzyko ciężkiego przebiegu choroby zawsze istnieje. Największe jest u tych, którzy mają wielochorobowość, w tym otyłość, i są w podeszłym wieku. Ciężki przebieg grypy może skutkować w odroczonym terminie np. zespołami otępiennymi. W COVID-19 również mamy do czynienia z neuroinfekcją, jak również nasilenie zmian naczyniowych jest dziesięć razy potężniejsze niż w grypie.

❗ A jeśli ktoś w podeszłym wieku nigdy się nie szczepił, powinien to zrobić w tak trudnym czasie? Reakcja organizmu może być różna.

Mitem jest, że szczepionka obniża odporność. Wprost przeciwnie: pobudza odporność swoiście i nieswoiście. Szczepienia są lekami i jak każdy lek mogą mieć działania niepożądane. Najczęstsze z nich w przypadku szczepionek przeciwko grypie i pneumokokom to ból w miejscu podania, a u niewielkiego odsetka pacjentów – gorączka i objawy infekcji. To czasami zniechęca, a powinno dopingować do szczepień, bo skoro podanie antygeny w szczepionce wywołuje taką reakcję organizmu, to proszę sobie wyobrazić, co byłoby, gdyby pacjent spotkał się z prawdziwym zjadliwym drobnoustrojem.

❗ Takim jak SARS-CoV-2?

On należy do koronawirusów, które są wirusami przeziębieniami. U wielu osób wywołuje ciężki przebieg choroby lub nawet zgon. Znaczny odsetek chorych trafia do szpitala z bardzo ciężkimi zapaleniami płuc. Umieralność jest co najmniej pięciokrotnie wyższa niż z powodu grypy. Pracuję 30 lat i nigdy nie widziałem tak potężnych zapaleń płuc, które wywoływałyby zespół niewydolności oddechowej ani tak masowego zachorowania na zespół niewydolności oddechowej dorosłych ARDS. W moim szpitalu, w którym na 40-lóżkowym oddziale zużywano ok. 300 kg czystego tlenu na dobę, w tej chwili zużywa się 1,5 tony. Wszyscy pacjenci mają niewydolność oddechową, ciężkie zapalenie płuc, niektórzy skrajnie ciężkie. To choroba inna niż wszystkie. Pacjenci w wyniku powikłań umierają na zawały albo udary. Znam przypadek kobiety, która wyszła ze szpitala i po tygodniu nagle zmarła – na udar, mimo profilaktyki przeciwzakrzepowej.

COVID-19 jest trochę jak rosyjska ruletka, nie wiadomo, kogo zabije, nikt nie może czuć się bezpieczny. Znam przypadek małżeństwa, w którym mąż z ciężką postacią włóknienia płuc przeszedł zakażenie bardzo łagodnie, tymczasem jego żona – osoba zdrowa – zapadła na ciężkie zapalenie płuc i przegrała walkę z chorobą. Świetne zdrowie nie jest gwarancją przeżycia w zderzeniu z tą chorobą.

❗ Czy ludzie będą umierać w ciągu najbliższych lat, bo przeżyli COVID-19?

Być może. Nie wystarczy przeżycie samego zapalenia płuc, trzeba przeżyć jeszcze po nim. Szczepienia to pewien rodzaj polisy na życie. ■

ryzyko hospitalizacji. Według danych badania CAPITA przeprowadzonego na populacji holenderskiej, w grupie 85 tys. osób w wieku 65+, w której połowa otrzymała szczepionkę, a druga nie, redukcja zapaleń płuc środowiskowych, pozaszpitalnych, nastąpiła o połowę, natomiast redukcja liczby inwazyjnych zapaleń płuc – o 75 proc., oczywiście u osób zaszczepionych. To nieprawdopodobnie skuteczna interwencja. Wyniki zostały potwierdzone w licznych badaniach obserwacyjnych zarówno na populacji amerykańskiej, jak i europejskiej. Są też dane dotyczące przeżycia w populacji włoskiej z rejonu Wenecji, pokazujące, że osoby szczepione przeciwko pneumokokom żyją dłużej niż te nieszczepione.

Z kolei badania japońskie pokazały, że szczepienia przeciw pneumokokom redukują ryzyko zgonu w DPS-ach o ok. 30 proc. Pensjonariusze nie zarażają się wzajemnie, a jeśli już do takiego zakażenia dojdzie, to przebieg choroby jest zdecydowanie łagodniejszy.

Szczepienia są interwencją niesamowicie skuteczną. Obserwuję to we własnej praktyce, w klinice pulmonologii onkologicznej. Przedłużenie komuś życia o rok, dzięki zastosowaniu chemio- czy radioterapii, jest sukcesem. Osoby, które mają niedrobnokomórkowego raka płuca w III lub IV stopniu zaawansowania, żyją dłużej, jeśli przyjęły szczepionkę przeciwko pneumokokom, ponieważ pacjenci onkologiczni najczęściej umierają z powodu zakażeń.

❗ Czy jednocześnie można podawać szczepionki przeciwko grypie i pneumokokom?

Tak. Jest to nawet zalecane. Można szczepić na jednej wizycie, tylko oczywiście w dwa różne ramiona.

❗ Są dwa rodzaje szczepionek przeciwko pneumokokom. Czym kierować się przy wyborze?

Są szczepionki polisacharydowe starszej generacji, które mają wyizolowane antygeny otoczki bakteryjnej, immunogenne. W Polsce dostępna jest szczepionka dla dorosłych 23-walentna. Zarejestrowana jest też szczepionka 13-walentna skoniugowana. Należy ona do szczepionek, w których dochodzi do koniugacji pewnych białek nośnikowych z antygenem, czyli polisacharydem otoczki bakteryjnej. Oprócz produkcji i odpowiedzi przeciwciał, uruchamia ona także odpowiedź komórkową, generując pojawienie się komórek pamięci, co jest szczególnie ważne u osób w podeszłym wieku, u których odpowiedź humoralna jest słabsza. Jeżeli podaje się taką szczepionkę skoniugowaną, pozwala ona wyprodukować organizmowi nieco więcej przeciwciał niż szczepionka polisacharydowa i dodatkowo generuje odpowiedź komórkową, zawiera 13 najbardziej patogennych serotypów.

Najsensowniej jest zaszczepić pacjenta skoniugowaną szczepionką 13-walentną, a po pół roku, do roku później, doszczepić 23-walentną szczepionką polisacharydową. Kolejność nie jest obligatoryjna, ale zalecana. Poprzestanie jedynie na szczepionce skoniugowanej też nie jest błędem, choć zakres podanych wówczas antygenów jest mniejszy. Przeciwko pneumokokom szczepimy się raz w życiu i można to zrobić zawsze.

❗ Osoby, które nie chorują na grypę lub takie zachorowania przechodzą łagodnie, także powinny się szczepić?

E-ZDROWIE

Wybór czy przymus?

„Leczenie online” podczas pandemii COVID-19 wpłynęło na wizerunek lekarzy.

TEKST LUCYNA KRYSIAK, DZIENNIKARZ

Badanie przeprowadzone przez ARC Rynek i Opinia¹ pokazuje, jak Polacy w covidowej rzeczywistości oceniają pracę lekarzy. W dużej mierze objęto nim podstawową opiekę zdrowotną, która jest pierwszym ogniwem systemu leczenia i siłą rzeczy znajduje się na cenzurowanym.

Z badań wynika, że w pandemii wirusa SARS-CoV-2 to właśnie POZ wizerunkowo ucierpiała najbardziej. Znaczna część ankietowanych uważa, że w POZ teleporady są nadużywane, utrudniają kontakt z lekarzem i wyrażają wątpliwości, czy postawienie właściwej diagnozy przez telefon jest w większości przypadków możliwe.

COVIDOWA RZECZYWISTOŚĆ

Pandemia COVID-19 spowodowała przeorganizowanie życia wielu dziedzin, np. urzędów, kancelarii prawniczych, instytucji, szkół, uczelni (praca zdalna). Wymusiła też wprowadzenie zmian w systemie opieki zdrowotnej. W sytuacji, kiedy izolacja od źródła wirusa SARS-CoV-2 jest podstawą profilaktyki covidowej, opieka lekarska odbywa się głównie za pomocą porad zdalnych. Jak podaje ARC Rynek i Opinia, Polacy wolą jednak medycynę tradycyjną. Dr n. społ. Adam Czarnecki, wiceprezes instytutu badań ARC Rynek i Opinia zaznacza, że zawód lekarza ma się dobrze, wciąż jest traktowany jako prestiżowy, a wydziały lekarskie są oblegane.

Jego zdaniem, na wizerunek poszczególnych specjalności ma wpływ ocena funkcjonowania całej opieki zdrowotnej. Jednym słowem – jeśli system szwankuje, rykoszetem odbija się to na lekarzu, a każdy incydent związany z trudnościami z uzyskaniem porady lub przyjęcia do szpitala jest oceniany w kategoriach jakości jego pracy. Jest to także skutek braku wsparcia służb medycznych przez rządzących. – Takie oparcie w czasie pandemii COVID-19 mają lekarze z Niemiec, Wielkiej Brytanii, Włoch i z innych krajów europejskich. W Polsce medyków często obarcza się odpowiedzialnością za błędy systemu, jak chociażby formułowanie oskarżeń pod adresem lekarzy, że nie wywiązują się dostatecznie dobrze ze swoich zadań – tłumaczy Adam Czarnecki i dodaje, że mimo takich incydentów praca lekarzy w szpitalach czy na szpitalnych oddziałach ratunkowych jest oceniana przed pacjentów dobrze.

NAJSŁABIEJ W POZ

Jak pokazują wyniki badania, w covidowej rzeczywistości najniższe oceny zebrała podstawowa opieka zdrowotna. W społeczeństwie wytworzył się pogląd, że w obawie przed zakażeniem lekarze POZ niechętnie podchodzą do swoich obowiązków i unikają bezpośredniego kontaktu z pacjentem. – Szczególnie osoby starsze są podatne na medialne doniesienia o tym, jak to wielu chorych zostało źle potraktowanych, błędnie zdiagnozowanych, a co za tym idzie – było leczonych niewłaściwie, co

nierzadko skończyło się zgonem – komentuje wyniki badań Adam Czarnecki i nadmienia, że te opinie nie są do końca miarodajne, ponieważ nie uwzględniają faktu, że lekarze POZ na froncie covidowym znaleźli się dopiero w październiku. To świadczy o tym, że wpływ na ich wizerunek mają także odgórne, często nietrafione rozwiązania systemowe. W krajach, gdzie instytucja lekarza rodzinnego jest doceniona i odpowiednio finansowana, ten wizerunek jest bardziej pozytywny.

Najlepsze wyniki uzyskali lekarze pracujący w prywatnym sektorze leczenia. Jednak i tutaj opinie są zróżnicowane, najwyższe notowania dotyczą strictly prywatnych gabinetów, gdzie opieka nad pacjentem jest zindywidualizowana, ale już same spółki medyczne na ich tle wypadły nieco gorzej. Autorzy badań są zgodni, że decydują o tym rozwiązania organizacyjne, czyli sposób zajęcia się pacjentem, czas oczekiwania na przyjęcie, zrozumiałego komunikowania się z nim, informowania o diagnozie i leczeniu, możliwości zrealizowania e-recepty.

TELEMEDYCYNĄ, ALE JAKĄ?

Powstaje pytanie, czy telemedycyna to wybór, czy przymus? – Choć na rynku usług medycznych w wielu sektorach telemedycyna funkcjonuje od lat, jest to nowa jakość, ponieważ w tak dużym zakresie nigdy dotąd nie była stosowana i lekarze długo się przed nią bronili, zatem zarówno lekarze, jak i pacjenci muszą się jej uczyć – tłumaczy Adam

Polacy o lekarzach



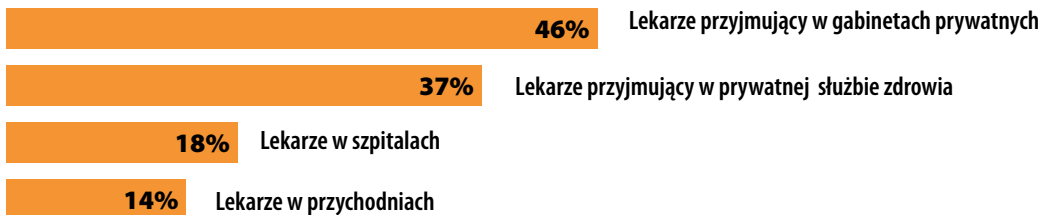
28%

Polaków ocenia bardzo
wysoko pracę lekarzy
specjalistów

22%

Polaków ocenia bardzo wysoko
pracę lekarzy rodzinnych/
pierwszego kontaktu

Ocena lekarzy pracujących w różnych typach placówek (odsetek najwyższych wskazań)



Opinia Polaków o pracy ochrony zdrowia w trakcie pandemii



Czarnecki. Zdaniem ekspertów pandemia COVID-19 kiedyś się skończy, a telemedycyna zostanie. Aby spełniała swoją rolę w systemie, nie szkodziła pacjentowi i nie ujmowała wizerunkowi lekarza, musi ewoluować. Na razie aż 50 proc. respondentów w swoich wypowiedziach stawia na lekarzy pracujących w szpitalach i szpitalnych oddziałach ratunkowych, których uważa za bohaterów. Jednak na zadane im pytanie, czy wszyscy lekarze zasługują na takie uznanie, tych pozytywnych odpowiedzi było znacznie mniej. Wyraźnie widać, że obraz środowiska lekarskiego

jest różnorodny i daleki od ideału. Tylko około połowa badanych docenia heroizm, jakim wykazuje się personel medyczny w walce z koronawirusem. Dostrzegalne jest w tych badaniach, że lekarze publicznej ochrony zdrowia pracujący w przychodniach są oceniani pozytywnie na poziomie 14 proc., na drugim miejscu znalazły się usługi medyczne świadczone przez prywatne spółki (37 proc. zadowolonych), na trzecim gabinety prywatne (46 proc. usatysfakcjonowanych). – Na podstawie wyników tych badań widać, że różnica między postrzeganiem publicznej opieki zdrowotnej

i prywatnej jest duża i działa na niekorzyść tej pierwszej. Analizując te dane, można przypuszczać, że jest to kwestia zorganizowania pracy, w wielu przypadkach podejścia do pacjenta, a także zbytnej rutyny w działaniach, które w obecnej, covidowej sytuacji już się nie sprawdzają. Jestem jednak optymistą, trudne sytuacje pobudzają kreatywność, a w medycynie, zwłaszcza tej tele-, jest szerokie pole do działania – konkluduje Adam Czarnecki. ■

¹ Badanie zostało zrealizowane metodą CAWI na panelu ePanel.pl we wrześniu, próba N=1021. W badaniu wzięli udział Polacy w wieku 18-65 lat, próba była reprezentatywna ze względu na wiek, wykształcenie, region zamieszkania i wielkość miejscowości.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Cichy front

Z dr hab. n. med. **Agnieszką Mastalerz-Migas**, konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny rodzinnej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Pandemia nadszarpnęła wizerunek lekarza rodzinnego, również za sprawą lekarzy innych specjalności, którzy mówią, że oni narażają życie, a ich koledzy w POZ pracują z telefonem pod kołderką.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i lekarz rodzinny zawsze byli w systemie przystawowym chłopcem do bicia. Obciążano ich winą za większość jego wad. Obecnie, kiedy trzeba było przejść na pracę zdalną, te stereotypy się pogłębiły. Przyjęta wiosną strategia walki z pandemią zakładała, że POZ nie będzie zajmować się koronawirusem, lecz ma zapewnić opiekę wszystkim pozostałym pacjentom. Przejście na zdalny tryb pracy gwarantowało im oraz personelowi bezpieczeństwo i zapobiegało rozprzestrzenianiu się epidemii.

Takie rozwiązania przyjęto na całym świecie. Od początku jednak zakładaliśmy, że nie może dojść do całkowitego zamknięcia placówek POZ, musi być możliwość wizyty bezpośredniej i ten tryb sprawdził się podczas wiosennego lockdownu. Kiedy okazało się, że zakażeń było niewiele, pojawiły się głosy, że przejście na zdalny sposób pracy nie było potrzebne, dostępność do lekarza uległa pogorszeniu i należało wrócić do pełnego otwarcia przychodni.

GL Czyli chodzi o nadużywanie teleporad?

Teleporady leżą u podłoża tego konfliktu. Kontrole przeprowadzone w sierpniu i wrześniu wykazały, że na ponad 9 tys. kontrolowanych przez NFZ podmiotów, nieprawidłowości wykryto w kilkuset i chodziło głównie o niemożność dodzwonienia się do przychodni. Kilkadziesiąt placówek było całkowicie zamkniętych. To niewielki odsetek, który nie może rzutować na jakość pracy całego sektora, ale na jego wizerunek już tak. Mimo że zdecydowana większość kolegów pracuje z oddaniem, odium krytyki pozostało. Wygłaszanie obraźliwych opinii jednego lekarza na temat drugiego, w sposób anonimowy i hejterski, jest niedopuszczalne. Świadczy o braku szacunku, elementarnej wiedzy o pracy POZ i jej autor powinien wytłumaczyć się przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej. POZ udziela ponad pół miliona porad dziennie. To jest ogrom pracy.

GL Jaka w takim razie jest prawda o pracy lekarzy rodzinnych?

Brutalna prawda jest taka, że jeśli przed pandemią jakaś placówka POZ nie zapewniała dobrej opieki, to w czasie pandemii niewiele się zmieniło, a jeśli – to na gorsze. Są to często błędy organizacyjne, nie dotyczą jakości pracy personelu medycznego. Od września lekarze rodzinni zostali włączeni do walki z COVID-19, wzięli na siebie diagnostykę nowych zakażeń, leczenie przypadków łagodnych i umiarkowanych w domach. Jest to jednak praca cicha, nie tak spektakularna jak w szpitalach czy na SOR-ach. Lekarze rodzinni, chociaż nie intubują i nie stoją przy respiratorach, także działają na pierwszej linii frontu, 90 proc. zakażonych jest objętych opieką domową z ich strony.

GL Co trzeba zmienić w sposobie myślenia i działania w POZ?

Teleporada jest rozwiązaniem w sytuacjach, kiedy nie jest konieczna bezpośrednia wizyta lekarska. Jest ułatwieniem i zwiększa bezpieczeństwo (obecnie jest udzielanych 70-80 proc. teleporad i 20-30 proc. wizyt osobistych), ale też ma słabe strony – utrudnienie w dostępie, niemożność kontaktu. Często to problem rejestracji – za mało personelu, za mało linii telefonicznych, brak rejestracji elektronicznej. To jest wąskie gardło, przez które obecnie bardzo trudno przejść.

Potrzebne jest przeorganizowanie pracy w poradnianiach recepcjach, uruchomienie dodatkowych telefonów, umożliwienie komunikowania się drogą mailową i przeszkolenie personelu, który potrafiłby prawidłowo zebrać wywiad i ocenić, czy pacjent wymaga natychmiastowej wizyty osobistej, czy może poczekać na planową teleporadę. To trudno stwierdzić, kiedy personel w rejestracji jest niemedyczny. Wiele informacji można przekazać automatycznie, np. o zasadach kwarantanny, sposobie udzielania porad, e-receptach, Internetowym Koncie Pacjenta. Kontakt zdalny z pacjentem wymusza unowocześnienie obecnych systemów komunikowania się. Ale na to potrzebne są pieniądze i dobra wola świadczeniodawców. W dobie pandemii to ogromne wyzwanie. ■



BADANIE OPINII

Kadry w kryzysie

Jakie są największe wyzwania dotyczące zarządzania personelem lekarskim w czasie pandemii?

TEKST DR HAB. **BEATA BUCHELT**, PROF. UNIWERSYTETU EKONOMICZNEGO W KRAKOWIE

Obecna sytuacja epidemiczna uwiaryściła wieloletnie zaniechania dotyczące prowadzenia właściwej polityki zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia.

Po to, aby dziś nie doświadczać problemów z niedoborem lekarzy w Polsce, należało od co najmniej 20 lat zwiększać liczbę miejsc na studiach medycznych. Wiadomo było, że populacja lekarzy starzeje się, a liczebność młodej kadry nie zapewni wskaźnika zastępowalności 1:1. Problem niedoboru kadr systematycznie narastał również dlatego, że po wejściu Polski do UE polscy lekarze zaczęli emigrować. Podejmowali też decyzje o odejściu z zawodu do innych branż, np. do biznesu farmaceutycznego lub sektora prywatnej ochrony zdrowia (typowe powody takich działań to: niskie pensje, brak możliwości rozwoju zawodowego, nieodpowiednie warunki pracy).

PROBLEM ZNANY, ALE IGNOROWANY

Kryzys kadrowy był nieunikniony także z uwagi na wzrost zapotrzebowania na świadczenia medyczne związany z procesem starzenia się społeczeństwa oraz pojawianiem się nowych chorób cywilizacyjnych. Pandemia znacząco go przyspieszyła. Aktualnie niedobory, w szczególności lekarzy, ujawniają się wszędzie i stanowią „wąskie gardło” w walce z SARS-CoV-2.



Pandemia w Polsce osiąga poziom krytyczny. Brakuje personelu medycznego, w tym przede wszystkim lekarzy, a chorych potrzebujących hospitalizacji przybywa.

O tym, że taki problem może wystąpić, zwłaszcza w kontekście zdarzenia krytycznego, np. pandemii, informowaliśmy jako badacze w swoich publikacjach naukowych od lat. Nasz głos był jednak ignorowany. Osobiście natomiast od wielu lat zwracałam uwagę na to, że istnieją narzędzia zarządzania, które mogą pozwolić podmiotom medycznym na pozyskiwanie i utrzymywanie profesjonalistów medycznych. Niestety podmioty publiczne bardziej skupiły się w pierwszej kolejności na aspektach materialnych niż na kapitale ludzkim.

OSAMOTNIENI

Już na początku pandemii można było przypuszczać, że tzw. pierwsza fala zachorowań wpłynie negatywnie na zasoby ludzkie w ochronie zdrowia. Chcąc jednak lepiej rozpoznać to zjawisko, Centrum Polityk Publicznych Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie zleciło wykonanie adekwatnej ekspertyzy. Dr hab. Iwona Kowalska-Bobko, prof. UJ, skupiła się na aspektach makroekonomicznych, a ja na tych związanych z zarządzaniem w podmiotach medycznych. W badaniach ankietowych

wzięło udział 1256 lekarzy. Stało się tak dzięki ogromnemu wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej.

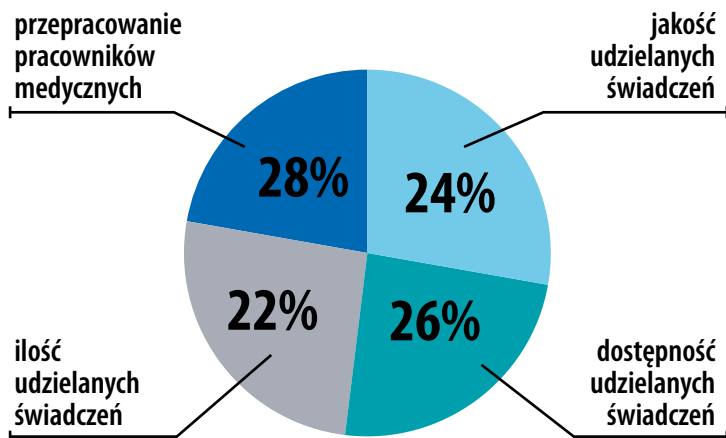
Co pokazały wyniki badań? Niedobór zasobów ludzkich w ochronie zdrowia powoduje przede wszystkim przepracowanie personelu medycznego. Na to zwróciła uwagę największa część respondentów (28 proc. wskazań). Braki kadrowe wpływają też na dostępność udzielanych świadczeń, ich jakość oraz ilość (zob. rys. 1). Z takimi problemami weszliśmy w stan rozwijającej się pandemii.

Uwidocznione w badaniu przepracowanie medyków wpływa na ich kondycję psychiczną. Strach przed nieznanym/obcym wirusem kreuje stres, który z kolei obniża odporność psychiczną, co nierzadko prowadzi do depresji czy wypalenia zawodowego. W konsekwencji pojawia się nieobecność chorobowa, co z kolei wpływa na zmniejszenie liczby medyków na rynku pracy. Aby temu zapobiec, należy bardzo dobrze zdiagnozować stresory, które wpływają na postawy i zachowania pracowników.

W tym kontekście respondentom zadano pytanie o to, jakie emocje i stany psychologiczne towarzyszyły

FAKT

Niedobór zasobów ludzkich w ochronie zdrowia powoduje przede wszystkim przepracowanie personelu medycznego.



Rys.1. Skutki braków kadrowych w systemie ochrony zdrowia w Polsce
Źródło: oprac. własne na podstawie badań ankietowych realizowanych w ramach ekspertyzy.

im podczas pandemii. Lista zawierała 22 propozycje, z czego najczęściej wskazań dotyczyło: obaw o zdrowie i życie bliskich (61 proc.); niepokoju (52 proc.); przeciążenia psychicznego, silnego stresu, napięcia psychicznego (30 proc.); obawy o zdrowie i życie własne (26 proc.); złości i bezradności (po 22 proc.).

Istnieją trzy możliwości wspierania personelu medycznego w tak trudnym pod względem psychicznym czasie. Po pierwsze, można brać udział w sesjach terapeutycznych oraz szkoleniach rozwijających wiedzę i umiejętności radzenia sobie ze stresem. Po drugie, adekwatna pomoc może być oferowana przez pracodawców. I wreszcie, po trzecie, to społeczeństwo może wspomóc swoich medyków.

Praca z pacjentami covidowymi pogorszyła stan psychiczny 35 proc. respondentów. Najchętniej skorzystałby oni z: konsultacji psychologicznych poza miejscem pracy (26 proc.), indywidualnych e-konsultacji (22 proc.) oraz z konsultacji zorganizowanych w szpitalu przez psychologa zatrudnionego w miejscu pracy (18 proc.). W tygodniu mogliby poświęcić do 2 godzin na psychoterapię. Aż 72 proc. badanych przyznało, że jeśli zostaną pozostawieni bez takiej pomocy, planują na własną rękę skorzystać z konsultacji psychologicznych.

Jak pracodawcy starali się w tej kryzysowej sytuacji wspierać swoich pracowników? Średnio 5,5 proc. respondentów wskazało, że pracodawcy oferowali im pomoc psychologiczną w miejscu pracy lub poza nim (e-konsultacje). Najczęściej dbali oni o zapewnienie bezpieczeństwa epidemicznego (55 proc.), przeprowadzenie testów na SARS-CoV-2 u personelu medycznego (36 proc.) oraz poprawę organizacji pracy w kontekście obsługi pacjenta covidowego (22 proc.). Lekarze wyrazili również swoje oczekiwania względem pracodawców, których realizacja wpłynęłaby na wzrost ich satysfakcji. Te najważniejsze to:

- możliwość rozwoju specjalistycznego (nabywanie i/lub rozwój nowej wiedzy i umiejętności medycznych) poprzez szkolenia organizowane poza miejscem pracy (finansowanie takich szkoleń przez pracodawcę) oraz dobre wyposażenie stanowiska pracy (sprzęt medyczny) – po 44 proc. wskazań;
- pełne zabezpieczenie środków ochrony osobistej – 35 proc. wskazań;
- dobra atmosfera w pracy – 34 proc. wskazań.

AKCEPTACJA SPOŁECZNA

Ostatnią istotną kwestią, na którą należy zwrócić uwagę w kontekście szeroko pojmowanego wsparcia dla medyków, jest towarzyszące początkowi

pandemii zachowanie społeczeństwa. W ankiecie oczywiście znalazło się pytanie dotyczące oceny pozytywnego wsparcia personelu medycznego przez społeczeństwo i respondenci bardzo pozytywnie odnieśli się do tej kwestii. Niestety w ankiecie znalazły się też odpowiedzi związane z doświadczeniem tzw. hejtu. Około jedna trzecia lekarzy zadeklarowała, że spotkali się z tym zjawiskiem. Hejt przede wszystkim jednak dotyczył ich samych, a na trzecim ich dzieci. Przejawem hejtu były przede wszystkim dysfunkcyjne zachowania oraz obelżywe wyzwiska. W tym kontekście istotnym było ustalenie, jakie konsekwencje powinny spotkać jednostkę, która hejtu się dopuszcza. I tak, 67 proc. respondentów uznało, że hejterzy powinni być ścigani z mocy prawa, 47 proc. było zdania, że dane takich osób powinny być upublicznione i wreszcie 43 proc. badanej populacji stwierdziło, że takie osoby powinny być karane robotami publicznymi na rzecz społeczności lokalnej.

Pandemia w Polsce osiąga poziom krytyczny. Brakuje personelu medycznego, w tym przede wszystkim lekarzy, a chorych potrzebujących hospitalizacji przybywa. Niestety zastosowane rozwiązania systemowe prowadzą medyków tylko do roli *homo economicusa*. Tymczasem personel medyczny to w przeważającej części świetnie wykształceni ludzie o dużym morale pracy, zdolni do wielu poświęceń i traktujący swój zawód jako powołanie. Dlatego wymagają specyficznej opieki HR-owej, w której znaleźć powinno się także miejsce na rozwój osobisty, pomoc psychologiczną i budowanie dobrej atmosfery pracy. Myślę, że skoro w rozwiązaniach problemu pozyskiwania i retencji pracowników medycznych na poziomie makro nie zauważono, że za tym zawodem kryje się człowiek, wiedza, jaka uzyskana została w ramach przeprowadzonego badania, może posłużyć menedżerom podmiotów medycznych do prowadzenia bardziej efektywnej polityki personalnej w podległych im placówkach. ■

15%

respondentów wskazuje, że albo wyemigruje (9%) albo odejdzie z rynku pracy (6%). 29% respondentów chce ograniczyć aktywność zawodową.

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Są granice wytrzymałości

Z prof. **Krzysztofem Kuszą**, prezesem Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



GL W dobie pandemii COVID-19 oddziały anestezjologii i intensywnej terapii znalazły się w zapaści.

Tak naprawdę znajdują się w zapaści od kilkunastu lat, tylko w sytuacji nadzwyczajnej, jaką jest pandemia, stało się to bardziej odczuwalne. Liczba stanowisk w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii wynosi w Polsce 3600, a więc 9,2 łóżka na 100 tys. mieszkańców, co nie może spełniać oczekiwań. Dla porównania w USA jest 34,7 takich łóżek na 100 tys., w Niemczech – 29,2/100 tys., a we Włoszech – 12,2/100 tys.

Piastując swego czasu stanowisko konsultanta krajowego w tej dziedzinie, proponowałem rozwiązanie problemu, ale bez skutku. Nie chodzi tylko o brak stanowisk, ale o kadry, sprzęt, przestrzeń i finansowanie świadczeń. Dzięki determinacji zespołów lekarzy i pielęgniarek staramy się uruchamiać dodatkowe miejsca, ale niezbędne są rozwiązania systemowe. Mam na myśli prawdziwe stanowiska, które odpowiadają standardom określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia, zgodnym ze światowymi, a nie prowizorki, które się teraz próbuje tworzyć na użytek pandemii.

GL Rząd zapowiedział wzrost liczby stanowisk z respiratorami w każdym województwie.

Nie znam opisu świadczenia zdrowotnego, które nazywa się łóżko respiratorowe. Nie wiem, jakie kryteria przyjęcia ma spełniać chory, z jakim rodzajem i stopniem ciężkości niewydolności oddechowej, jakich świadczeń i kto ma udzielać na tym stanowisku, jak jest ono wyposażone. Może należałoby dla tego świadczenia po prostu opisać jedną do trzech JGP i odpowiednio je wycenić. Ponieważ nie określono, jak rozumieć stanowisko respiratorowe, trudno wywnioskować, z czym będziemy mieć do czynienia. Jednak wytyczne resortu zdrowia wydane na czas pandemii mówią, że jeden lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii wystarczy na 10 stanowisk intensywnej terapii, więc może

coś się za tym kryje? Jeśli tak, to chciałbym, aby ten, kto je wydał, założył kombinezon, maskę FFP3, gogle, przyłbicę i przez cały dzień przebywał na oddziale, gdzie już po godzinie dwutlenek węgla w powietrzu wydychanym wzrasta do wartości 60 mm słupa rtęci, powodując zaburzenia w mózgowym przepływie krwi, pobudzenie, zdenerwowanie. Zapowiadany wzrost liczby stanowisk z respiratorami nie oznacza wzrostu liczby stanowisk intensywnej terapii, a więc one są gdzieś obok nas.

GL Jacy chorzy trafiają na intensywną terapię?

Kryteria przyjęć do oddziału się nie zmieniły, jednak to nie są chorzy wyłącznie z COVID-19, na których teraz skupia się cała uwaga, ale pacjenci, u których uraz, choroba lub wiele współistniejących ze sobą chorób wywołały niewydolność zagrażającą życiu. Co istotne, wymagają oni jeszcze większego wysiłku terapeutycznego niż ci, którzy są zakażeni tylko koronawirusem i mają cewikowe zapalenie płuc przebiegające jako ARDS.

GL Co jest najślabszym ogniwem tego systemu przyjęć?

Kadry, które coraz bardziej się kurczą. I nie chodzi tylko o specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, ale o pielęgniarki, sanitariuszy i inny personel pomocniczy. Ostatnio w naszej placówce 16 osób odesłano na kwarantannę. To m.in. skutek chaosu organizacyjnego, z jakim mamy do czynienia, i nieprzestrzegania przez sanepid przepisów, które stanowią, że pracownik ochrony zdrowia, który ma lub miał kontakt z osobą zakażoną, jeśli w teście nie wykryto u niego koronawirusa, jest z kwarantanny potencjalnie zwolniony. Potencjalnie, gdyż sanepid interpretuje przepisy według własnego uznania.

Miesiąc temu otrzymałem pismo-list polecony z sanepidu, że jestem skierowany na kwarantannę, którą odbyłem w kwietniu. To tragifarsa. Nawet wobec personelu medycznego, którego brakuje, z automatu stosuje

się przymus izolacji. Także automat informuje o nakazie odbycia kwarantanny i nie wiadomo, czym te decyzje są podyktowane, skoro wynik testu jest ujemny. Pracownikowi medycznemu można codziennie przed przystąpieniem do pracy wykonać test na obecność SARS-CoV-2, a nie zamknąć go w domu. Jesteśmy kadrowo na granicy wytrzymałości. Trudno w tej sytuacji zachować normy zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek oraz zimną krew, a od tego zależy bezpieczeństwo i ludzkie życie, także tych, którzy leczą.

🔗 Jakie znaczenie w leczeniu chorych z covidową niewydolnością oddechową ma wentylacja oszczędzająca płuca?

Kluczowe, ponieważ zapobiega zniszczeniu pęcherzyków płucnych, chroniąc je przed VILI (ventilator induce lung injury). Ciężka niewydolność oddechowa prowadzi do nieodwracalnego zwłóknienia i uszkodzenia tych narządów, stosowanie się do wytycznych PTAiIT w tym zakresie jest obowiązującym standardem. Wynikają one z eksperckich zaleceń światowych towarzystw intensywnej terapii i anestezjologii opartych o zasady EBM i wierzę, że niezależnie od okoliczności są wdrażane. Z inicjatywy Surviving Sepsis Campaign co cztery lata grupa ekspertów opracowuje, uaktualnia i publikuje te zalecenia.

🔗 Czy u chorych wentylowanych mechanicznie można stosować leki przeciwwirusowe i osocze ozdrowieńców? To jest kwestia sporna wśród lekarzy.

Ale nie specjalistów intensywnej terapii. Do naszych oddziałów trafiają przede wszystkim chorzy z wtórnym uszkodzeniem narządów na skutek głębokiej hipoksemii, a wskutek niej – głębokiej hipoksji ustrojowej i na tym etapie wtórnej niewydolności wielonarządowej stosowanie leków przeciwwirusowych czy też osocza ozdrowieńców nie ma sensu, chyba, że będą to chorzy z objawami ostro narastającej niewydolności oddechowej i trafią do nas z wyprzedzeniem. Podawanie leków należy więc rozważać na znacznie wcześniejszym etapie, po przyjęciu chorego do szpitala i ocenie ciężkości przebiegu zakażenia covidowego. Jeśli nawet przebiega ono z zapaleniem płuc, ale z zachowanym oddechem spontanicznym i dobrze reagującym na tlenoterapię, można włączyć wspomniane leki, jak również inne zalecane, przy czym nie jest to leczenie przyczynowe, a decyzje podejmuje lekarze innych specjalności. Szansa chorych na przeżycie wzrasta wtedy dramatycznie. Niestety, rzadko trafiają do nas w takim stanie klinicznym.

🔗 To znaczy, że chorzy z COVID-19 trafiają do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii zbyt późno?

Co najmniej o kilka dób i najczęściej są to chorzy z małych ośrodków. Brak w tym zakresie jakiegokolwiek koordynacji. Praktycznie już przy przyjęciu możemy u nich stwierdzić, że spełniają kryteria tylko leczenia paliatywnego. Nadal w środowisku lekarskim panuje przekonanie, że jeśli przekazujemy chorego do OAiIT, to w stanie wymagającym intubacji. W tej pandemii to błąd, często niestety niemożliwy do naprawienia. Powstał rozsądny dokument



pt. „Karta kwalifikacji do OAiIT”, ale tylko raz widziałem, aby ośrodek z zewnątrz go wypełnił.

🔗 Czy dojdzie do tego, że trzeba będzie wybierać, kto ma żyć, a kto umrzeć?

Z racjonowaniem świadczeń zdrowotnych mamy do czynienia na co dzień, co wynika z ustawy o działalności leczniczej, np. kolejki do specjalistów. Skoro więc racjonujemy świadczenia w warunkach normalnych, to w stanie nadzwyczajnym, czyli w pandemii, tym bardziej. Trzeba jednak zrobić wszystko, aby nie racjonować dostępu do świadczeń ratujących życie, ale lekarz nie ma wpływu na to, jaką bazą dysponuje, a ta jest co najmniej dwukrotnie za mała, a więc zgonów będzie więcej.

To samo dotyczy kadr. Mamy około 6-6,5 tys. specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, ale część z nich wyjechała za granicę, część (400-600), mając I stopień specjalizacji, nie ukończyła kształcenia specjalizacyjnego, a więc w Polsce na 100 tys. mieszkańców przypada teoretycznie 15 anestezjologów. Dla porównania w Niemczech – 22 lekarzy tej specjalności.

🔗 Czyli należałoby dążyć do tych standardów.

Niekoniecznie w taki sposób. W Wielkiej Brytanii jest np. 10 anestezjologów na 100 tys. mieszkańców, ale tam pomiędzy podstawowym oddziałem a intensywną terapią są oddziały pośrednie intensywnej opieki medycznej, takie jak HDU, Step-down, intermediate ICU itp. Stanowią one swoisty bufor pomiędzy jednym i drugim miejscem leczenia. Jeśli trafiający tam chorzy zdrowieją, wracają na oddział podstawowy, a jeśli ich stan się pogarsza, to przejmują ich intensywna terapia. To rozwiązanie jest stosowane w całej cywilizowanej Europie, również w Niemczech, gdzie liczba anestezjologów jest duża. W Polsce moja propozycja zorganizowania intensywnej terapii w podobny sposób nie wzbudziła zainteresowania rządzących, mimo że rozwiązałaby wiele problemów w tej specjalności, również kadrowych. Oddział pośredni nie wymaga od personelu medycznego tak wysokich kwalifikacji jak intensywna terapia. Mogą tu pracować lekarze innych specjalności, a kadra pielęgniarska w mniejszym wymiarze. ■

NAUKA

Skutki opóźnień

C oraz częściej słyhać głosy o skutkach pandemii, które nie są bezpośrednio powiązane z zakażeniami SARS-CoV-2 i chorobą COVID-19.

Według raportu United European Gastroenterology (UEG) w Unii Europejskiej rozpoznaje się rocznie ponad 375 tys. nowych przypadków raka jelita grubego, a ponad 170 tys. osób z tego powodu umiera. Wczesne rozpoznanie tego nowotworu wiąże się z dużo lepszym rokowaniem, stąd tak ważne są badania przesiewowe

w jego kierunku. Kilka tygodni temu, podczas UEG Week, międzynarodowej konferencji gastroenterologów, zaprezentowano pracę, w której oszacowano wpływ opóźnień w wykonywaniu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w czasie pandemii na wyniki jego leczenia. Autorzy pracy na podstawie stworzonego modelu obliczyli, że opóźnienie badań przesiewowych o 7-12 miesięcy może spowodować wzrost liczby nowotworów jelita grubego wykrywanych w stadium

zaawansowanym o 3 proc., natomiast wydłużenie czasu o ponad 12 miesięcy – o 7 proc. Opierając się na pięcioletnich wskaźnikach przeżycia, naukowcy wnioskują, że opóźnienia w wykonywaniu badań przesiewowych o ponad rok spowodują wzrost umieralności z powodu raka jelita grubego o 11,9 proc. Wyliczenia te są bardzo niepokojące, dlatego autorzy badania zachęcają do wykonywania badań przesiewowych w kierunku chorób nowotworowych pomimo trwającej pandemii. ■



gazetalekarska.pl

Szczepionka zmniejsza ryzyko

Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) jest odpowiedzialny za ok. 90 proc. zachorowań na raka szyjki macicy. Zakażenie tym patogenem wyprzedza rozwój nowotworu o średnio 10 lat.

Dotychczas udowodniono, że dostępne szczepionki anty-HPV zmniejszają ryzyko rozwoju brodawek narządów płciowych oraz stanów przednowotworowych szyjki macicy. Opublikowane na łamach „The New England Journal of Medicine” wyniki szwedzkiego badania po raz pierwszy potwierdzają skuteczność szczepienia w zapobieganiu zachorowania na raka szyjki macicy. Analizie poddano dane ponad 1,6 mln szwedzkich dziewcząt i kobiet, które w latach 2006-2017 były w wieku

10-30 lat. Raka szyjki macicy rozpoznano u 0,004 proc. kobiet szczepionych i 0,05 proc. nieszczepionych. Wiek zaszczepienia miał znaczenie w redukcji ryzyka rozwoju raka – poniżej 17. r.ż. skumulowane ryzyko wyniosło 4 przypadki na 100 tys. kobiet, a powyżej 17. r.ż. – 54 przypadki. Zaszczepienie się przed ukończeniem 17. r.ż. zmniejszało ryzyko rozwoju raka szyjki macicy o 88 proc. w stosunku do ryzyka u kobiet nieszczepionych, natomiast szczepienie w wieku 17-31 lat – o 53 proc. Dodatkowo ważnym wnioskiem z tego badania jest obserwowany rozwój nowotworu również u kobiet szczepionych. Wskazuje to na celowość prowadzenia badań przesiewowych (cytologii) również w tej populacji. ■

Farba a rak

Szacuje się, że w Europie i Stanach Zjednoczonych 50-80 proc. kobiet i 10 proc. mężczyzn po 40. r.ż. farbuje włosy.

Istnieje podejrzenie, że związki chemiczne występujące w farbach do włosów mają działanie rakotwórcze oraz zaburzają pracę układu hormonalnego. Farby trwałe, uważane za potencjalnie najbardziej niebezpieczne, stanowią ok. 80 proc. udziału w rynku. International Agency for Research on Cancer klasyfikuje zawodowe narażenie na farby do włosów jako czynnik potencjalnie rakotwórczy. W czasopiśmie „BMJ” opublikowano wyniki najnowszego badania oceniającego związek pomiędzy farbowaniem włosów a ryzykiem zachorowania na nowotwór. Analizowano dane ponad 110 tys. kobiet obserwowanych prospektywnie przez 36 lat, które wyjściowo nie chorowały na nowotwór. Osoby farbuujące włosy nie miały zwiększonego całkowitego ryzyka rozwoju nowotworów łitych ani hematologicznych w porównaniu do kobiet nieużywających farb. Wykazano jednak, szczególnie wśród kobiet, które farbowały włosy ponad 200 razy w okresie badania, zwiększone ryzyko zachorowania na podstawniokomórkowego raka skóry, raka piersi i raka jajnika. ■

Prof. Krawczyk doktorem honoris causa



28 października na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach uroczystie nadano tytuł doktora honoris causa prof. Markowi Krawczykowi – rektorowi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2008-2016, wieloletniemu kierownikowi Katedry Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby UCK WUM.

Uroczystość odbyła się w kameralnym gronie i z zachowaniem reżimu sanitarnego w rektoracie świętokrzyskiej uczelni. Przewodniczył jej rektor UJK prof. Stanisław Głuszek. ■

APEL DO ŚRODOWISKA MEDYCZNEGO

Zgłaszajmy nowotwory do KRN

Nowotwory są jednym z głównych problemów zdrowia publicznego i drugą najczęstszą przyczyną zgonów na świecie. Konieczne są skoordynowane działania, w ramach których, poprzez współpracę, wszyscy podejmiemy globalne wyzwania związane z badaniami nad rakiem.

TEKST IRMINA MICHAŁEK, URSZULA SUŁKOWSKA, URSZULA WOJCIECHOWSKA, JOANNA DIDKOWSKA, KRAJOWY REJESTR NOWOTWORÓW

W interesie wszystkich członków środowiska medycznego jest zapewnienie poprawy sytuacji dotyczącej zachorowalności na nowotwory, uznając istotną rolę gromadzenia danych naukowych służących rozwojowi wiedzy dla dobra przyszłych pokoleń i społeczeństw. Naszym celem do 2025 r. powinno być ogłoszenie stuprocentowego wskaźnika rejestrowalności przypadków nowotworów w Polsce.

“

Zachęcamy do elektronicznego wypełniania KZNZ przy użyciu aplikacji Krajowego Rejestru Nowotworów.

Dlatego też – jako zespół Krajowego Rejestru Nowotworów – zwracamy się z gorącym apelem o przestrzeganie ustawowego obowiązku zgłaszania nowotworów i skorzystania z informacji zamieszczonych na stronie onkologia.org.pl. Zróbmy to dla przyszłych pokoleń, naszych pacjentów oraz naukowców pracujących na ich rzecz. Dodatkowo, elektroniczne wypełnienie

Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego zwalnia z obowiązku przesyłania kart w formie papierowej.

Dane z rejestrów nowotworów wskazują, u ilu osób zdiagnozowano raka, jakie stosuje się u nich terapie, jak długo żyją i czy sytuacja epidemiologiczna w zakresie tych chorób poprawia się czy pogarsza. Informacje te mogą pomóc w planowaniu usług onkologicznych i określeniu kierunków dalszych wysiłków w celu poprawy jakości życia pacjentów dotkniętych chorobą nowotworową. Ponadto rejestracja nowotworów umożliwia zbadanie możliwych przyczyn nowotworów, na przykład tego, czy ekspozycja na różne czynniki środowiskowe może powodować wzrost zachorowań.

KRN W PIGUŁCE

Krajowy Rejestr Nowotworów to baza zachorowań pacjentów, u których zdiagnozowano nowotwór, stworzona na podstawie danych otrzymanych bezpośrednio od placówek ochrony zdrowia. W Polsce podmiotem prowadzącym ten rejestr jest Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Rejestr prowadzony jest za pośrednictwem wojewódzkich biur

rejestracji nowotworów, uprawnionych do gromadzenia i przetwarzania danych przekazywanych przez podmioty do tego zobowiązane.

Informacje o pacjentach umieszczane są w KRN po zdiagnozowaniu u nich nowotworów. Dane są przekazywane do rejestru w postaci elektronicznej (niezwłocznie po ich uzyskaniu) lub papierowej (raz w miesiącu, do 15. dnia miesiąca następującego po wystąpieniu zdarzenia obligującego do zawiadomienia rejestru).

BEZPIECZEŃSTWO DANYCH

Większość publikacji danych z rejestru nowotworów obejmuje zagregowane i anonimowe dane, z których usunięto indywidualne identyfikatory pacjentów. Krajowy Rejestr Nowotworów dokłada wszelkich starań, aby przechowywane informacje były prawidłowo zabezpieczone. Podobnie jak w przypadku innych rejestrów medycznych, obowiązują tu przepisy RODO, a dostęp do danych jest ściśle kontrolowany. Urzędnicy zajmujący się problemami onkologicznymi i analitycy mają prawo dostępu do zanonimizowanych danych z rejestru nowotworów i ich wykorzystywania w celu promocji zdrowia.

PROBLEM ZE ZGŁASZALNOŚCIĄ

Rejestr nowotworów powinien zawierać informacje o wszystkich pacjentach chorych na nowotwory złośliwe. Jego kompletność jest najważniejsza szczególnie gdy staramy się zrozumieć zjawiska dotyczące tylko niewielkiej liczby osób, np. pacjentów chorujących na rzadsze nowotwory, lub gdy badamy potencjalne przyczyny nowotworów w małej grupie, np. mieszkańców okolicy, gdzie znajduje się składowisko odpadów.

Niestety, kompletność KRN wciąż jest niewystarczająca, gdyż wiele instytucji zaniedbuje obowiązek zgłaszania przypadków rozpoznanych nowotworów złośliwych, choć Krajowy Rejestr Nowotworów, w oparciu o dane pozyskane z NFZ, stale monitoruje odsetek rejestrowalności nowotworów. Niezmiennie obserwujemy, że odsetek ten w KRN jest niższy niż liczba pacjentów rozliczanych w ramach NFZ z tytułu świadczenia usług medycznych związanych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego.

OBOWIĄZEK PRAWNY

Zgłaszanie wykrytych przypadków nowotworów złośliwych jest obowiązkiem prawnym w Polsce, ciążyącym zarówno na placówkach publicznych, jak i niepublicznych ochrony zdrowia, udzielających usług ambulatoryjnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych. Zgłoszeń dokonuje się na Karcie Zgłoszenia Nowotworu

Złośliwego (MZ/N-1a) w przypadku:

- rozpoznania nowotworu (ICD-10: C00-C97, D00-D09 oraz D37-D48),
- przy wizytach kontrolnych, podczas których zostały stwierdzone istotne zmiany mające związek z:
 - diagnozą (zmiana lub doprecyzowanie rozpoznania, stwierdzenie kolejnego nowotworu),
 - leczeniem (podjęcie i zakończenie leczenia, wdrożenie innego leczenia),
 - postępem choroby (stwierdzenie przerzutów, nawrotu, progresji lub transformacji choroby),
- na podstawie aktu zgonu, jeśli przyczyną zgonu był nowotwór złośliwy.

Obowiązek ten wynika z Ustawy o statystyce publicznej z dnia 29 czerwca 1995 r. (Dz. U. 1995 Nr 88 poz. 439 z późn. zm). Podstawą prawną funkcjonowania Krajowego Rejestru Nowotworów jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1197) wydane na podstawie Ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 Nr 114 poz. 657).

ZGŁASZANIE KROK PO KROKU

Ważne jest, by przy wypełnianiu KZNZ korzystać z informacji, na podstawie których przeprowadzono konsylium, a także wypełnianie maksymalnej liczby pól znajdujących się na karcie. Szczególnie istotne są: rozpoznanie histopatologiczne – opis, kod zaawansowania TNM oraz informacje

o innych klasyfikacjach zaawansowania (FIGO, Clark/Breslow, Astler-Coller, Ann Arbor, oraz Gleason) i wdrożonym leczeniu przeciwnowotworowym.

Dokładne informacje na ten temat można znaleźć w instrukcji wypełniania Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (KZNZ). Po zeskanowaniu kodu QR, zamieszczonego przy tym artykule, nastąpi automatyczne odesłanie do wersji elektronicznej instrukcji i elektronicznego samouczka wypełniania KZNZ. Można skorzystać także ze wsparcia telefonicznej infolinii, która czynna jest w dni robocze w godz. 9-12 pod numerem tel. (22) 570 86 64. Zachęcamy do elektronicznego wypełniania KZNZ przy użyciu aplikacji Krajowego Rejestru Nowotworów, ponieważ wypełnienie karty w formie elektronicznej zwalnia z obowiązku przesyłania kart w formie papierowej.

Budujemy nowoczesną platformę gromadzenia i analizy danych z Krajowego Rejestru Nowotworów oraz onkologicznych rejestrów narządowych, zintegrowaną z bazami świadczeniodawców leczących choroby onkologiczne (e-KRN+).

Naszym celem jest stworzenie, przetestowanie i wdrożenie modelu całkowicie elektronicznej wymiany danych między bazami funkcjonującymi na platformie e-KRN+ i bazami danych ośrodków leczących choroby nowotworowe. Pozyskiwanie danych do baz e-KRN+ bezpośrednio z baz źródłowych spowoduje zwolnienie lekarzy pracujących w zintegrowanych z e-KRN+ ośrodkach medycznych z uczestniczenia w zasilaniu danymi rejestrów onkologicznych. Model integracji systemów medycznych z bazami rejestrów onkologicznych wytworzony w projekcie będzie wdrażany systematycznie po jego zakończeniu w ośrodkach świadczeniodawców leczących choroby onkologiczne niebiorących udziału w projekcie. ■



Instrukcja dla lekarza



Elektroniczny samouczek KRN

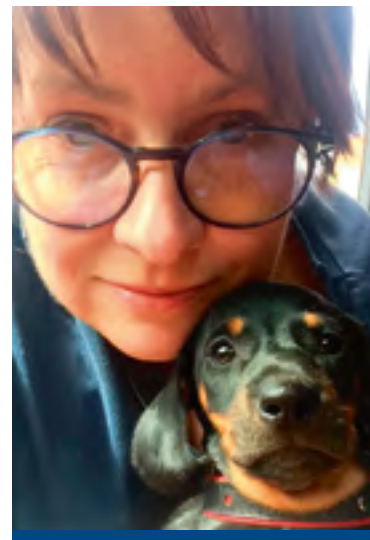


Budujemy nowoczesną platformę gromadzenia i analizy danych z Krajowego Rejestru Nowotworów oraz onkologicznych rejestrów narządowych, zintegrowaną z bazami świadczeniodawców leczących choroby onkologiczne (e-KRN+).

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Jak głębokie jest błoto?

To było na dyżurze. Ktoś podesał mi zdjęcie dwóch psów – owczarka szwajcarskiego [duży, biały, na długich łapach] i Jack Russell teriera [niski, krępy, niewywrotny, z rudą łatą na jednym uchu].



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Zdjęcie zostało zrobione podczas listopadowego spaceru, tuż po przejściu czworonogów przez pole rozmokniętego błota.

Owczarek miał ubłocone łapy (takie czarne skarpetki, nic ważnego) i pozował do fotografii z uśmiechniętym pyskiem. Terier wyglądał na strapionego perspektywą nieuchronnej, po powrocie do domu, kąpeli – uszargane miał nawet uszy. Zdjęcie opatrzone zostało podpisem: „Jak głębokie jest błoto? Zależy, kogo spytasz. Przez te same doświadczenia przechodzimy w różny sposób...”. Patrzyłam na nie, a w dyżurce telewizor, głosem któregoś z ministerialnych decydentów, dywagował nad różnym stopniem poświęcenia medyków w obliczu walki z pandemią koronawirusa i ich niewystarczającym zaangażowaniem w tworzenie

szpitali tymczasowych. Spiker zaś komentował zawziętości legislacyjne rozporządzeń, które finansowo dzielą pracowników ochrony (a może teraz znów „służby”?) zdrowia na tych, którzy walczą z wirusem bardziej lub mniej.

Potem był serial o szpitalu w Leśnej Górze. Tam wszyscy – od Pani Salowej, z zapałem przecierającej szpitalne kłamki środkiem dezynfekcyjnym, przez doktorów trenujących zakładanie kombinezonów ochronnych na czas, po Pana Dyrektora podglądającego, z wypiekami na twarzy, poród chorej na covid pacjentki – ramię w ramię „walczyli z pandemią”. A nawet gdy już przestali walczyć, to dzielny ginekolog – czeski imigrant Vaclav Homolka – wraz z jedną z bohaterek filmu wzięli udział w tanecznym wyzwaniu „2 metry challenge”. Ich zadanie polegało na wykonaniu układu

tanecznego w reżimie dwumetrowego dystansu społecznego, a nagrodę stanowiły pieniądze na sprzęt dla ich macierzystej placówki. Leśnogórcy lekarze tańczyli radośnie na srebrnym ekranie, a ja przecierałam oczy ze zdumienia. Bo to i śmieszne, i straszne zarazem, gdy w obliczu dokonującego się w Polsce właśnie załamania systemu opieki zdrowotnej, ktoś ośmiela się bawić obrazem szpitala marzeń statystycznego Kowalskiego – miłym, łatwym i przyjemnym w użyciu, jak pachnąca pomarańczami pastylka suplementu diety „podnoszącego odporność”.

Przecierałam więc te swoje krótkowzroczne i astygmatyczne oczy, choć niezbyt długo, bo zawołano mnie do porodu. Nie wiem, czy pacjentka była zakażona, bo w szpitalu, w którym pracuję, bezobjawowym pacjentom nie przeprowadza się testów. Potem już do rana – tego jestem pewna – nie walczyłam z pandemią. Robiłam to samo, co przez ostatnie lata, choć może w nieco innych kostiumach i dekoracjach, zadowolona z tego, że jakiś szalony urzędnik nie zdecydował o tym, bym musiała wykonywać pracę, do której nie zostałam przygotowana.

Oglądałam się wprawdzie raz za razem przez ramię, czy nie podgląda

“

W większości oddziałów i szpitali jednoimiennych po prostu pewnego dnia pojawili się zarażeni pacjenci. Nie słyszałam o tym, by jakkolwiek pielęgniarka, lekarz czy ratownik medyczny, zwolnili się z tego powodu z pracy.



Może najwyższy czas zacząć mówić o tym, że to jednak przede wszystkim ci, którzy trwają przy swoich, niekoniecznie „covidowych”, pacjentach. To ci, którzy mają świadomość swoich ograniczeń.

mnie jakiś Pan Dyrektor, sprawdzający, czy zadziałały epidemiczne procedury. Nie podglądał, na szczęście, bo procedury działały tylko częściowo – infrastruktura szpitala, przez lata doraźnie łataną i modernizowaną, nie daje możliwości przystosowania jej do sytuacji, w której się znaleźliśmy.

Następnego dnia przeprowadziłam, na przypadkowej i całkowicie niereprezentatywnej grupie krewnych i znajomych, badanie ankietowe, w którym zapytałam: „kto najbardziej walczy z pandemią?”. Wszyscy ankietowani byli zdania, że sprawa jest prosta – każdy, kto w ramach wykonywania swoich obowiązków zawodowych musi udzielać pomocy osobie zakażonej, zasługuje na szacunek, który rządzący mogą wyrazić tylko w jeden sposób – uczciwie go opłacając. Należy tu jednocześnie zwrócić uwagę, że niewielu z tych, którzy „walczą najbardziej”, miało „komfort” podjęcia decyzji o pracy z chorym na COVID-19.

W większości oddziałów i szpitali jednoimiennych po prostu pewnego dnia pojawili się zarażeni pacjenci. Nie słyszałam o tym, by jakkolwiek pielęgniarka, lekarz czy ratownik medyczny, zwolnili się z tego powodu z pracy. To samo dotyczy wielkiej rzeszy pracowników laboratoriów, którzy z dnia na dzień obarczeni zostali ciężarem tytanicznej wprost pracy. Bardzo krzywdzące jest więc deprecjonowanie ich roli w stosunku do tej, tożsamej przecież, pełnionej przez osoby zachęcone perspektywą lepszych zarobków. Tu fala pandemicznego błota sięga wszystkim tak samo wysoko...

W oficjalnym przekazie medialnym równie krzywdzące jest spychanie wszystkich pozostałych – tych jedynie w niej brojących – na ciemną stronę mocy. To ci wykonujący inne zawody i specjalizacje medyczne, którzy się nie angażują, unikają kontaktu z chorym, nie realizują wydawanych przez wojewodów nakazów pracy, nie zgłaszają się do pracy w tymczasowych szpitalach. Może najwyższy czas zacząć mówić o tym, że to jednak przede wszystkim ci, którzy trwają przy swoich, niekoniecznie „covidowych”, pacjentach. To ci, którzy mają świadomość swoich ograniczeń – tych wynikających z wieku i życiowej sytuacji, ale i odmiennego wykształcenia. Nie każdy bowiem posiadający dyplom

lekarski, choć to może trudno dostrzec z ministerialnego fotela, posiada ten sam zasób umiejętności medycznych. Świadomość tego, że ich brak może zagrażać zdrowiu, a nawet życiu chorego, to tylko dowód zawodowej dojrzałości i odpowiedzialności.

Postscriptum.

Rano, po dyżurze, wymknęłam się chytliwym do domu. Trochę byłam zawstydzona tym, że nie walczyłam, ale i tym, że nie mam ochoty (ani partnera), by wziąć udziału w jakimś tanecznym wyzwaniu. Po drodze spotkałam koleżankę anestezjologa, też trochę markotną. Może to dlatego, że ostatnią dobę „walczyła mniej”, znieczulając i lecząc chorych niezakażonych koronawirusem... ■

REKLAMA



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Chaos i dramatyczna walka

Wiosną sprawa była jasna. Postawiliśmy na lockdown. Strach przed paraliżem ochrony zdrowia sprawił, że byliśmy w Europie jednym z krajów, które najszybciej zatrzasnęły granice, wprowadzając jednocześnie gospodarkę w stan głębokiej hibernacji.

Strategia ta, choć niepozbawiona wad, okazała się skuteczna i pozwoliła złagodzić konsekwencje dramatycznego braku środków ochrony osobistej, rażąco niskiej wydolności sanepidu i ograniczonych możliwości testowania.

Dzięki stosunkowo niewielkiej liczbie zachorowań udało się osiągnąć legendarne wypłaszczenie krzywej. Niestety, zamiast powołać sztab ekspertów i jak najlepiej przygotować się do spodziewanej jesiennej fali pandemii, rząd wpadł w samozachwyty. Nie kto inny jak premier sam przypiął sobie order za przynależność do elitarnego grona państw, które najlepiej poradziły sobie w walce z pandemią, a na początku lipca, przypadkowo tuż przed drugą turą wyborów prezydenckich, zapewniał, że „koronawirus jest już w odwrocie i nie trzeba się go bać”. Najpewniej sam święcie w to wierzył. Jak inaczej wytłumaczyć cały ten luz z końca wakacji i początku roku szkolnego? Podobnie jak zaskoczenie, miesiąc później, mocno już wzbierającą falą zachorowań.

To, czego świadkami jesteśmy od października, to chaotyczna walka z nawałnicą ciężkich zachorowań. Jej hasło „wszystkie ręce na pokład” tylko z pozoru albo jedynie przez chwilę krzepi. Skrywa bowiem napędzane bezmiarem beładnych decyzji i podszyte tworzoną na kolanie prawem, pospolite, antywirusowe ruszenie.

Przychodzi na myśl mityczna szarża z szablami na czołgi. Tak jak wówczas niemieckie Tygrysy nie były z papieru, tak teraz wirus ani myśli posłuchać pana premiera i zrobić w tył zwrot. Zbroimy w szabelki kogo się da. Mają je już nie tylko zakaźnicy, pulmonolodzy i interniści. Wymachują nimi chirurdzy, laryngolodzy tudzież okuliści. Trochę na oślep, to oczywiste. I ze szkodą dla pozostawionych w domach niecodziennych pacjentów.

Niezależnie od powszechnie znanych słabości systemu, mieliśmy kilka miesięcy, by bardziej rozumnie przygotować się na spełniający się właśnie czarny scenariusz. Można było opracować sieć covidowych szpitali, przygotować mieszane zespoły lekarskie tak, by w żadnym nie zabrakło sprawnie posługujących się stetoskopem, potrafiących zinterpretować ekg. i wyniki badań. Można było wprowadzić zawczasu odpowiednie rozwiązania legislacyjne, podnoszące bezpieczeństwo pracy i regulujące wynagrodzenia. Można było, gdzie to tylko możliwe, skierować strumień finansowanych przez NFZ świadczeń, a w ślad za nim pacjentów, do prywatnych szpitali, łagodząc w ten sposób skutki koronawirusowej blokady publicznych placówek. Można było, choćby w największych aglomeracjach, otworzyć, wzorem Niemiec, laboratoria, które dzięki automatyzacji są zdolne do analizowania tysięcy próbek na dobę. Można było wzmocnić kadrowo i logistycznie sanepid, korzystając z zasobów liderów branży call center. Co zrobiono? Podsycono polsko-polską wojenkę, zajmowano się rekonstrukcją rządu, ustawą futerkową, aborcją...

Nic dziwnego, że teraz wszystko musi być szybko, na już, a najlepiej na wczoraj. W terenie rej wodzą wojewodowie, podejmując decyzje z rygiorem natychmiastowej wykonalności. Skutek jest niczym granat rzucony na oślep w szpital. Które skrzydło teraz sparaliżuje? Rząd z dumą opowiada o szpitalach tymczasowych. Kiedy piszę ten felieton, prawie wszystkie dopiero powstają. Jeden, ten na Narodowym, już działa, choć lepiej powiedzieć, że robi wrażenie. Bo tak naprawdę wrażenie to słowo klucz. A wraz z nim jeszcze dwa, pojawiające się we wszystkich przekazach słowa: łóżka i respiratory. Rzecz jasna te wolne. Mają służyć za dowód, że system działa. Ale to nieprawda. Karetki czekające przez wiele godzin na szpitalnym podjeździe to prawda. I chorzy umierający w domach na zawał, udar lub raka to prawda. Wreszcie lekarze, pielęgniarki i ratownicy – ofiary zakażenia lub wypalenia przez bezsilność – to prawda. ■

“

Zamiast powołać sztab ekspertów i jak najlepiej przygotować się do spodziewanej jesiennej fali pandemii, rząd wpadł w samozachwyty.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (104)

Strategiczne Rysy 3.0

Nieustanne starania polskich polityków, aby być w centrum uwagi, znowu się powiodły. Wypłaszczona półrocznym lenistwem Gubałówka profesora naszego poprzedniego, wspięła się, zgodnie z prorocstwami malkontentów, na wysoki Rysów szczyt.

Ludzie dzielnie umierają, goniąc statystyki światowych rekordzistów pierwszej fali.

Tymczasem minister Adam Niedzielski nowe przysłowie sobie kupił: i przed oraz po pandemii, naród słoganami chce ogłupić.

Pod maską zakrywającą nos i usta kryje się bezgłośny krzyk. Mięśnie bolą od zmęczenia kolejnym dniem porad. Struny głosowe odmawiają posłuszeństwa. Ręce opadają na widok pliku listów, ankiet i wytworów chorej, urzędniczej wyobraźni. Sztuczna inteligencja aplikacji zagarnia tysiące ludzi do chowu klatkowego, nie dając w zamian wsparcia, posyłając patrole policyjne, skrupulatnie szukające okazji do karania mandatami. Edukacji zero. Żałosna дума Szpitala Narodowego. Propagandowe slajdy zamiast komunikacji. I na dodatek podwyżka dla lekarzy, pielęgniarek, ratowników i laborantów, która okazała się nieroztropną pomyłką rządowej elity.

Prawdę mówiąc, coraz rzadziej słucham konferencji prasowych z udziałem najwyższych dostojników resortu, partii i państwa. Złożone w modlitewnym transie ręce migają do wyborców komunikaty, zagubionych w chaosie własnych myśli i poczyni, królów życia. Najgorsze jest chyba to, że w ich oczach już nie tylko jest wiara w to, co mówią, ale fanatyzm. A po drugiej

stronie lustra są nadal tacy, którzy kupują ten pijarowy spektakl i biją brawo. Wśród nich są lekarze, nasi koledzy z pracy, ba, samorządowi przyjaciele, naukowe autorytety, którzy z jakimś tępym zapatrzeniem podtrzymują narrację swoich politycznych pryncypałów. A za tym idzie gadanie bzdur do radia i telewizji, jakieś tweety nieetyczne, oskarżenia bez dowodów, żenujące dywagacje i uśmiech samozadowolenia. Patrząc i słuchając z trwogą, także jako lekarz, zastanawiając się, jakie zasugerować rozpoznanie, wysyłając, odmienionych dzięki naszej, zbyt łaskawej dotąd tolerancji zła, do specjalisty. W telefonie słyszę wciąż niedowierzenie koleżanek i kolegów, że „przecież to taki przyzwoity człowiek był i co mu się stało?”. Pytam zatem: co Ci się stało, Panie Kolego? Uderzam w zarysowany agresją dwubiegunowy stół i nasłuchuję z obawą o swój los, które nożyce odezwią się pierwsze.

W kolejce do szarż na Miodowej czeka już podobno generał, który kule nosił. To ciekawe, jak krótki może być żywot polityka i jak kariera wykuwa się w służalczości. Tymczasem wszystkie strategie nie powiodły się. Opóźnienie decyzji pandemicznych nastąpiło latem, gdy igrzyska prezydenckie zdjęły maski z ust i przesunęły je, niczym opaski, na oczy. Trojański koń szkół zrobił swoje. Minister edukacji hasał bez umiaru, gdy panie i panowie rozdawali karty nowych stanowisk. A potem przyszedł wrzesień i załamanie „pogody dla bogaczy” idących żwawo zdobywać tatrzańskie przełęcze i wspinać się po grani tam, gdzie bez aparatu tlenowego trudno jest oddychać. I wtedy, jakby na bezdechu, słyszę zdanie, że z ochroną zdrowia jest źle. ZAUWAŻYŁ! Pierwszy od 30 lat minister zauważył, że było i jest źle. A potem zwyczajnie pogroził palcem i obiecał pacjentom, że niebawem wezmą się za nas. Jeszcze tylko ten las trupów. Jeszcze tylko miesiąc, dwa do szczepionki. Jeszcze tylko kilka programów o zatrutych kopertach i zamkniętych drzwiach i już, już będzie lepiej. Zarysy Nowego.

Uderzam w zarysowany agresją dwubiegunowy stół i nasłuchuję z obawą o swój los, które nożyce odezwią się pierwsze. ■

“

Uderzam w zarysowany agresją dwubiegunowy stół i nasłuchuję z obawą o swój los, które nożyce odezwią się pierwsze.

HISTORIA I MEDYCyna

Pionier z Krakowa

Znakomity klinicysta, dociekliwy naukowiec, a przede wszystkim wspaniały człowiek. Prof. Tadeusz Tempka, bo o nim mowa, był pionierem w dziedzinie hematologii na skalę nie tylko ówczesnej Polski, ale także świata.

TEKST DR HAB. MED. **ARTUR JURCZYSZYN**
 PROF. UJ, KATEDRA I KLINIKA HEMATOLOGII UJ CM
PIOTR PŁATEK, LEKARZ STAŻYSTA, SZPITAL
 SPECJALISTYCZNY IM. LUDWIKI RYDYGIERA
 W KRAKOWIE

W tym roku obchodzimy 135. rocznicę jego urodzin oraz 70. rocznicę powstania, założonego przez prof. Tempkę, Polskiego Towarzystwa Hematologów i Pierwszego Ogólnopolskiego Zjazdu Hematologów.

GORĄCZKA WOŁYŃSKA

Tadeusz Tempka urodził się w 1885 r. w Krakowie. Był niezwykle zaangażowany w naukę, więc dla nikogo nie było zaskoczeniem, że ukończył studia na Uniwersytecie Jagiellońskim, uzyskując dyplom doktora wszech nauk lekarskich z najwyższym w tamtym czasie wyróżnieniem – ametystowym pierścieniem od Cesarza Franciszka Józefa I.

Od samego początku jako lekarz cechował się nieskazitelną etyką i starannością. Po skończeniu studiów pracował jako wolontariusz na oddziale wewnętrznym w szpitalu Św. Łazarza w Krakowie. Z nastaniem I wojny światowej został wcielony do armii austro-węgierskiej. Pełnił tam funkcję lekarza wojskowego. Podczas swoich obserwacji w okopach zgromadził ciekawe dane na temat tzw. gorączki wołyńskiej, a w 1917 r. opublikował pracę, w której opisał wiele nietypowych przypadków przebiegu tej choroby krwi.



W SPRAWIE AGRANULOCYTOZY

Po powrocie z frontu został asystentem w I Klinice Chorób Wewnętrznych UJ, którą wtedy kierował prof. Witold Orłowski. To pod jego opieką Tadeusz Tempka uzyskał habilitację na podstawie pracy, w której udowodnił, że chlorek wapnia działa

Prof. Tadeusz Tempka

wzmacniająco na mięsień sercowy i można go podawać zarówno naprzemiennie z preparatami naparstnicy, jak i razem z nimi. Swojej przyszłości nie związał jednak, jakby się mogło wydawać, z kardiologią. Skupił się na hematologii.

W 1923 r., podczas V Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich w Wilnie, wygłosił główny referat kongresu pt. „Pierwotne skazy krwotoczne ze stanowiska patogenetycznego i hematologicznego”. Trzy lata później opublikowana została jedna z ważniejszych prac hematologicznych tamtych czasów, której autorem był nie kto inny jak Tadeusz Tempka. W pracy pt. „W sprawie tzw. agranulocytozy”, czyli braku postaci ziarnistych białych ciałek krwi, udowodnił, że sama agranulocytoza nie jest jednostką chorobową, a zespołem klinicznych objawów. Nie ma wątpliwości, że to odkrycie otworzyło drzwi do lepszego poznania patogenetyki niektórych chorób krwi.

W 1925 r. prof. Witold Orłowski odszedł z I Kliniki Chorób Wewnętrznych UJ, a jego obowiązki przejął Tadeusz Tempka (oficjalnie kierownikiem został w 1928 r., już jako prof. nadzw. UJ). Jak się okazało, była to świetna decyzja. Klinika pod jego wodzą została nie tylko jednym z ważniejszych ośrodków naukowych hematologii w Polsce, ale również w Europie.



Mimo licznych próśb i zapytań o możliwość współpracy, odrzucił propozycję okupanta. Nie marnował jednak czasu. Zaczął pisać pierwszy polski podręcznik hematologii.

To tam, razem ze swoim młodym oraz ambitnym zespołem do diagnostyki chorób krwi, wprowadził nowatorskie badanie cytologicznych punktatów szpiku pobieranych za pomocą metody Arinkina. Był drugi na świecie, niedługo po rosyjskim klinicyście, który swoim nazwiskiem nazwał ten zabieg. Prof. Tempka dzięki temu nowoczesnemu badaniu udowodnił, że w niedokrwistości złośliwej dochodzi do zmian nie tylko w układzie erytroblastycznym, ale również białokrwinkowym. Potem pojawiły się kolejne odkrycia.

PIONIERZY

Tadeusz Tempka wspólnie z Bronisławem Braunem jako pierwsi opisali pałeczki olbrzymie, które nazywa się również komórkami Tempki-Brauna. Profesor wykazał również obecność czynnika Castle'a i przechodzenie go do śliny, co pozwoliło wprowadzić nowe metody leczenia niedokrwistości złośliwej. Ponadto udowodnił, że podczas leczenia anemii Addisona-Biermera za pomocą preparatów wątroby zmniejsza się patologiczna hemoliza erytrocytów. Nie mniej ważnym badaniem dla rozwoju hematologii i nauk medycznych było opisanie przez Tadeusza Tempkę razem z Mieczysławem Kubickim prawidłowego spleenogramu z badania bioptycznego śledziony. Dzięki tym wszystkim osiągnięciom klinika, którą kierował prof. Tempka w latach 20. oraz 30. XX w., była zaliczana do grona pionierów nowoczesnej hematologii klinicznej.

ODRZUCIŁ PROPOZYCJĘ OKUPANTA

16 czerwca 1939 r. otrzymał powołanie na kierownika II Kliniki Chorób Wewnętrznych UJ. Miał on pełnić tę funkcję od 1 września 1939 r., jednak wybuch II wojny światowej uniemożliwił realizację tego planu. Na początku listopada w wyniku akcji „Sonderaktion Krakau” wielu krakowskich profesorów i wykładowców zostało aresztowanych przez Gestapo i osadzonych w obozie koncentracyjnym w Sachsenhausen. Wśród nich był również Tadeusz Tempka, który w lutym 1940 r. wrócił do Krakowa. Wówczas zdecydował, że nie będzie pracował w swojej klinice, kierowanej wtedy przez Niemca prof. Ludwiga Heilmeyera. Mimo licznych próśb i zapytań o możliwość współpracy, odrzucił propozycję okupanta. Nie marnował jednak czasu. Zaczął pisać pierwszy polski podręcznik hematologii. 1200-stronicowe dwutomowe dzieło pt. „Choroby układu krwiotwórczego” zostało wydane w 1950 r. Na podstawie tego podręcznika kształciły się kolejne pokolenia polskich hematologów.

KRAKOWSKA SZKOŁA HEMATOLOGII

Stanowisko kierownika II Kliniki Chorób Wewnętrznych objął wraz z końcem wojny, a 14 lutego 1946 r. otrzymał tytuł profesora zwyczajnego. Wraz ze swoim zespołem stworzył ośrodek naukowy, nazywany Krakowską Szkołą Hematologii. Do najwybitniejszych lekarzy oraz naukowców, których prof. Tempka wykształcił, należą: Julian Aleksandrowicz, Mieczysław

Kubiczek, Józef Bogdał, Leon Cholewa, Zygmunt Hanicki, Józef Japa, Stanisław Kirchmayer, Jan Karol Kostrzewski, Adam Sokołowski, Tadeusz Struzik, Leon Tochowicz, Ignacy Urasiński. II Klinika Chorób Wewnętrznych UJ na trwałe zyskała pozycję w krajowym i zagranicznym piśmiennictwie hematologicznym.

Już pięć lat po zakończeniu II wojny światowej powstało Polskie Towarzystwo Hematologiczne. Prof. Tadeusz Tempka był jednym z jego założycieli i jednocześnie prezesem. Pełnił tę funkcję aż do 1969 r. Był również pomysłodawcą Ogólnopolskiego Zjazdu Hematologów. Pierwszy taki kongres odbył się w 1950 r.

NIE TYLKO HEMATOLOGIA

Chociaż prof. Tempka był pionierem i wybitnym naukowcem z zakresu hematologii klinicznej, nie należy zapominać o jego wkładzie w rozwój innych dziedzin medycyny, szczególnie balneologii. W swoich pracach wskazał lecznicze właściwości krynickich wód mineralnych, szczególnie w chorobach układu pokarmowego. Prowadził także badania z zakresu balneoklimatologii dotyczące wielu miejscowości uzdrowiskowych, m.in. Krynicy, Iwonicza, Morszyna, Niemirowa, Żegiestowa czy Jaworzyny Śląskiej. W uznaniu jego zasług dla krynickiej oraz polskiej balneologii nazwano imieniem „Tadeusz” źródło nr V.

Profesor wyróżniał się nie tylko w Polsce, ale także poza granicami naszego kraju – był członkiem w Czechosłowackim Towarzystwie Lekarskim im. Purkynego oraz przedstawicielem na Polskę Société Européenne d'Hématologie. Zmarł 14 III 1974 r. Osiągnięcia, których był autorem, na zawsze wpisują go w panteon wybitnych lekarzy i naukowców. ■

Bibliografia:

„Pol. Arch. Med. Wewn.”, „Prof. dr n. med. Tadeusz Tempka – wspomnienie pośmiertne”, Kirchmayer S.
„Uczni polscy XIX-XX stulecia”, T. 4, S. 2, Śródka A.
„Hematologia” (9/1975), „Tadeusz Tempka 1885-1974”, Kowarzyk H.
„Polski Słownik Biograficzny”, Śroka S.

FAKT

Tadeusz Tempka wspólnie z Bronisławem Braunem jako pierwsi opisali pałeczki olbrzymie, które nazywa się również komórkami Tempki-Brauna.

AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Pod wpływem

Jeśli powiedzieć można, dość bombastycznie, że pod wpływem Witkacego w sztuce polskiej otworzyły się nowe wymiary, to pamiętać też trzeba, że sam Witkacy dokonał tych artystycznych transgresji również pod wpływem: alkoholu i halucynogennych środków. Oraz pod uważnym okiem lekarza.



Obraz:
Stanisław Ignacy
Witkiewicz,
„Portret podwójny
Kazimierza
Sosnkowskiego
i Michała
Choromańskiego”,
1930, Muzeum
Pomorza
Środkowego,
Słupsk

W połowie lat 20. ubiegłego wieku Witkacy założył własny biznes. Firma Portretowa S.I. Witkiewicza miała w zakresie swych usług wykonywanie pięciu typów portretów, od tak zwanych „wylizanych”, które uwypuklić miały najlepsze cechy portretowanego, po zupełnie karykaturalne wizje, których ambicją było – według teorii malarza – osiągnięcie czystej formy.

Wśród dostępnych wariantów typ C wyróżniał się jako szczególny. Zarezerwowany był dla przyjaciół i zwolniony z opłat. Witkacy nie tylko nie krył, że portrety typu C powstawały pod wpływem silnego koktajlu alkoholowo-narkotycznego, ale wręcz przekuł tę sytuację w swego rodzaju artystyczną

metodologię. Portrety rysował, zażywając różne kombinacje kokainy, eteru i pochodnych morfiny, często w czasie domowych balang. Zażyte narkotyki Witkacy skrupulatnie dokumentował na samych portretach, umieszczając w rogu literowe skróty, oznaczając na przykład kokainę jako „Co”. Te artystyczne eksperymenty odbywały się pod okiem zaprzyjaźnionego lekarza, Teodora Białynickiego-Biruli. Lekarz występuje tutaj zatem w roli dość intrygującej: jako asystent artysty w jego narkotycznej podróży, jako nadzorca jego wizji.

Portret podwójny Kazimierza Sosnkowskiego (ekswojskowego i artysty) oraz Michała Choromańskiego (literata) to sztandarowy przykład portretu pod wpływem: linie są tu nieco

rozedrgane, kontury niepewne, żółta kreska otacza dwie twarze, jakby w poszukiwaniu jakiegokolwiek zarysu, wyodrębnienia ich z pulsującego tła. Czy to dobry portret? Witkacy nie chciałby znać czyjejkolwiek opinii na ten temat.

W swoich eksperymentach zadbał bowiem nie tylko o obecność lekarza, ale również o swoje ego, pisząc w regulaminie swojej firmy: „Wykluczona absolutnie jest wszelka krytyka ze strony klienta. Portret może się klientowi nie podobać, ale firma nie może dopuścić do najskromniejszych nawet uwag, bez swego specjalnego upoważnienia. Gdyby firma pozwoliła sobie na ten luksus: wysłuchiwanie zdań klientów, musiałaby już dawno zwariować”. A tak, Witkacy szalał bezkrytycznie. I pięknie. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 11/2020

1. Zmiana etykiety APAP na Polopiryna.

Sasnał uchwycił w tej pracy najbardziej powszechne leki trzymane w apteczkach. Obecność Polopiryny nie byłaby zatem tutaj nieuzasadniona.

2. Dodanie znaku czerwonego krzyża na zamku apteczki.

Czerwony krzyżyk, znaczący apteczki, znajduje się po drugiej stronie drzwiczek obiektu.

3. Dodanie figurki samolotu na jednej z półek.

Jeden z obrazów Sasnała, przedstawiający samoloty właśnie, został sprzedany na aukcji w nowojorskim domu aukcyjnym Christie's za ponad 1 mln zł.

4. Usunięcie fiolek z górnej półki po prawej stronie.

Ponoć Sasnał po znalezieniu apteczki ograniczył się do niewielkich ingerencji w zastany obiekt. Zachował taką liczbę fiolek, jaką zastał.

Obraz: Wilhelm Sasnał, bez tytułu (Apteczka),
2000, MOCAK, Kraków



NAGRODZENI Z „GL” 11/2020: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje

Henryk Mazurek z Rzęśnika. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Krzysztof Batycki (Radom), Alicja Jędrzejczyk (Szczecin), Jakub Ociepa (Wrocław).**

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 10 stycznia 2021 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL12** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,



Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

SPORT

Ruch to zdrowie!



Bieg po Plantach w Krakowie, tradycyjna inicjatywa sportowa organizowana przy okazji konferencji „Kardiologia Prewencyjna 2020”, w tym roku zmieniła formułę na zdalną. Organizatorzy wspólnie z wybitnymi lekarzami i przedstawicielami administracji publicznej, poprzez motywujące filmiki w mediach i mediach społecznościowych, zachęcali do podjęcia miesięcznego wyzwania na rzecz zdrowego serca. ■



Pomoc dla twórców

Od nowego roku rozpocznie działalność Fundusz Wydawniczy Naczelnej Rady Lekarskiej. Zespół pod przewodnictwem wiceprezesa Andrzeja Cisko w składzie: Bożena Hoffman, Halina Ey-Chmielewska, Marek Stankiewicz i Jarosław Wanecki (sekretarz) cztery razy w roku będzie rozpatrywał wnioski lekarzy i lekarzy dentystów w sprawie dotacji do wydawnictw z zakresu sztuk pięknych (literatura, albumy malarstwa i fotografii, nagrania koncertów) oraz historii medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem prac o samorządzie lekarskim. Szczegółowe informacje na temat regulaminu, wniosków i warunków, które trzeba spełnić, aby raz na cztery lata otrzymać pomoc finansową, znajdują się na stronie internetowej NIL w zakładce „działalność”. Najbliższe posiedzenie zespołu odbędzie się w połowie marca 2021 r. W związku z powyższym wnioski do pierwszej weryfikacji Fundusz Wydawniczy będzie zbierał do końca lutego.

Jarosław Wanecki
sekretarz Funduszu Wydawniczego NRL

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

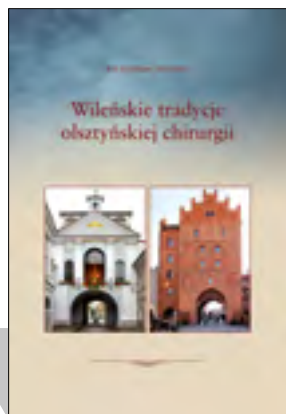
NASZA CZYTELNIJA



Epidemiologia w medycynie klinicznej i zdrowiu publicznym

Wiesław Jędrzychowski

Wprowadzenie do epidemiologii i medycyny zapobiegawczej. Podręcznik pomocny zarówno w nauczaniu przed-, jak i podyplomowym. To także dobre narzędzie dla nauczycieli wykładających nie tylko epidemiologię, lecz również higienę i zdrowie publiczne. Autorem publikacji jest wieloletni kierownik Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ i Collegium Medicum w Krakowie.



Wileńskie tradycje olsztyńskiej chirurgii

Jan Zygmunt Trusewicz

Autor zabiera nas w podróż po historii olsztyńskiej medycyny, w tym przede wszystkim opowiada o trudach powstania i rozwoju chirurgii w tym mieście po II wojnie światowej. Podkreśla też ogromną rolę głównych, wileńskich bohaterów tego dzieła – Jana Janowicza, Floriana Piotrowskiego, Jana Rymiana i Mieczysława Pimpickiego.

KULTURA

„Recepty miłosne” Gronkiewicza

TEKST IRENA KACZMARCZYK



Oryginalnym tytułem opatrzył Jerzy Gronkiewicz swój najnowszy tom wierszy – „Recepty miłosne”, w którym przepisał potencjalnym pacjentom prawie dwieście poetyckich porad, dotyczących czerpania radości z życia intymnego.

Jerzy Gronkiewicz jest specjalistą chorób wewnętrznych, ale mógłby też z powodzeniem zasiadać w gabinecie psychologa, seksuologa i niezłego eksperta od damsko-męskich relacji intymnych. Autor potrafi mówić o miłości. Subtelnie, ale bez pruderii. Romantycznie, ale realistycznie

i bez zahamowań. Wszak „wszystko co ludzkie, nie jest mu obce”.

Erotyka, miłość, seks są motywem przewodnim prawie wszystkich pomieszczonych w tomie wierszy. I chociaż jest to w sumie zbiór monotematyczny, ale ani przez moment czytelnik nie doznaje uczucia znużenia podczas lektury. Poeta dba o zróżnicowanie formy tekstów, ich emocjonalny ładunek, zmienność nastroju i obrazowania. Tom emanuje zmysłowością, odcieniami przeżyć, uniesień, zwątpień, namiętności, jak również rodzajowych scenek i humoru. A wszędzie na plan pierwszy wysuwa się kobieta.

Nie dziwi śpiewność i melodyka wielu wierszy w tomie. Poeta bowiem gra na gitarze i śpiewa własne teksty na scenach lokalnych (okolice Jasła), jak też prezentował je w Piwnicy pod Baranami podczas Międzynarodowej Symfonii Poetów, Pisarzy i Artystów w 2019 r.

Jerzy Gronkiewicz nie pretenduje do awangardowych twórców. Pozostaje wierny klasycznej formie. Jego poezja jest tylko z pozoru prosta. Dotyka istotnych życiowych i niepodważalnych prawd. „Recepty miłosne” poeta lekarz dedykuje zakochanym. ■



Niewidzialny front Tomasz Rezydent

Reportaż piszącego pod pseudonimem młodego lekarza o pracy na pierwszej linii walki z koronawirusem. Autor, pracujący w szpitalu jednoimiennym, z perspektywy własnych doświadczeń opowiada o tym, jak wyglądały pierwsze miesiące pandemii w naszym kraju. W tym subiektywnym, ale jakże rzeczywistym obrazie rzeczywistości nie zabrakło też m.in. komentarzy na temat tego, co w tamtym czasie działo się mediach.



Koronawirus SARS-CoV-2 – zagrożenie dla współczesnego świata

Redakcja naukowa:

Tomasz Dzieciatkowski,
Krzysztof J. Filipiak

Książka opisuje aktualny stan wiedzy na temat koronawirusa SARS-CoV-2 oraz wywoływanej przez niego choroby COVID-19. W publikacji znajdziemy informacje na temat diagnostyki, epidemiologii zakażeń i leczenia poszczególnych chorób współistniejących u pacjentów w związku z zachorowaniem na COVID-19.

KULTURA



PhotoArtMedica 2020



www.photoartmedica.pl



„Zamysłony”, dr John Cuddihy (Irlandia), PhotoArtMedica 2020 – Złoty Medal Fotoklubu RP

POEZJA

Im eshkachech Yerushalayim

czasu jest dużo
ale jest sypki i kruchy
półprzezroczyste drobinki na pstrokatym tle
łatwo wpadają w szczeliny klawiatury
rozsypują się w nadmiarze słów

wiadomości bez świadomości
kakoфонia
gadających głów obrazów
z siódmej strony muru
różnobarwne punkty widzenia
układają się w znak
zapytania
więcej słyszę i coraz mniej
rozumiem

może dlatego wędrujemy:
żeby dotykać

wszyscy mamy korzenie
w tamtej ziemi
zapuszczane
z każdym obrotem kart brewiarza
z każdym psalmem
wszyscy czerpaliliśmy kiedyś
z ich nadziei

możemy teraz
cieszyć się z bar micwy
pod ścianą płaczu
w cieniu półksiężyca
zapłakać nieopodal
pod murem więzieniem milionów
wylać olej nardowy na kamień
pamiętający kształt ciała
wypić kawę na via dolorosa

możemy nawet
jeśli przyjdzie nam ochota
kaszmirowym szalem za kilka srebrników
otrzeć mu krew i pot z twarzy

nie otworzy się niebo
nie ustanie zgłęb miasta miast
nie usłyszymy też słów
bo jesteśmy już głusi

ja jestem

pamiętam kształty pamięcią niejasną
fakturę kamienia szorstką jak słowa
po dwóch stronach doliny jozafata
miasto żywych spogląda na osadę
umarłych obserwujących złoto kopuły
kadziło mirrę i olejek różany

starsi bracia mają ciemne oczy
starsi bracia pierwsi schodzą w mrok

byli już wszędzie tam gdzie my będziemy
ten korytarz jest pusty – mówią – teraz
sami będziemy budować swoją bazę

na dnie pomiędzy stojąc czuję
anioł falując skrzydłami poruszy wodę
sadzawki prawdziwego miasta
do którego znów nie zdążę

oni wiedzą choć młodszym
nie mówi się jeszcze
echo oddalających się kroków
cichnie Głos:

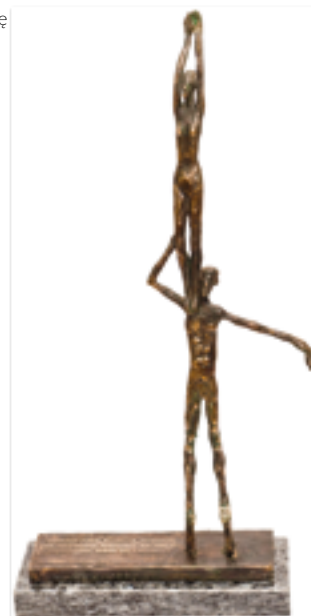
*A oto nie będzie Mnie z wami
Po skończeniu świata*

*Opiekujcie się
Sobą nawzajem*

*Im eshkachech Yerushalayim
Tishkach yemini
Tid'bak leshoni lechiki
Im lo ezkereichi
Im lo d'aleh et Yerushalayim
al rosh simchati...*

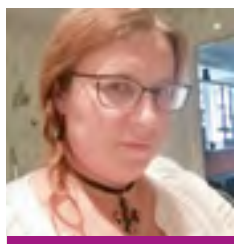
Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



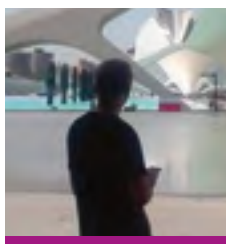
O AUTORACH

Laureaci IX edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. II miejsce w kategorii POEZJA.



MONIKA KUNSTMAN

Absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Specjalistka w dziedzinie pediatrii. Pracuje na oddziale noworodków w Krakowie oraz w Wadowicach. Autorka m.in. nominowanej do nagrody IBBY w 2008 r. „Kroplówki z marzeniami” oraz powieści „Wenflon z niezapominajką”. Piśmiennie publikuje jako Marta Madera. Laureatka konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w 2015 r. w kategorii Poezja.



MAREK GAWLIK

Absolwent Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Specjalista w dziedzinie pediatrii. W Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Wadowicach kieruje oddziałem neonatologicznym. Wielbiciel przyrody i kultury Półwyspu Iberyjskiego. Laureat konkursu „Przychodzi wena do lekarza” z 2018 r.

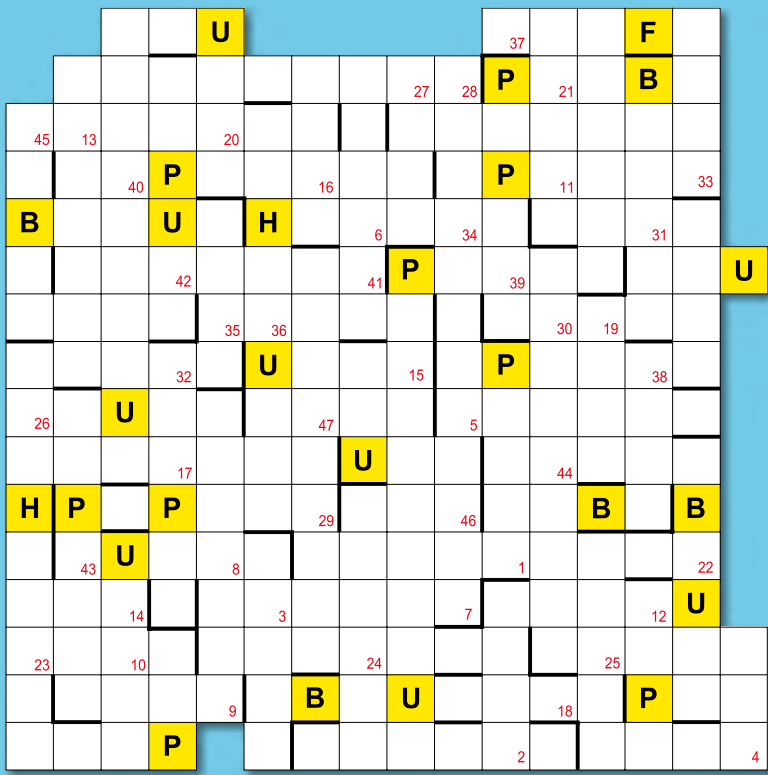
Objaśnienia 80 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, F, H, P i U. Na ponumerowanych polach ukryto 47 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Ernesta Hemingwaya. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 30 grudnia 2020 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.

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





* miasto z kliniką Mayo * słowackie tak * niepowodzenie, kompromitacja * odchylenie kończyny w bok * płytnie w Londynie * zachowanie eleganckie * przemiana glukozy w pirogroniany * Webera, zespalający przy złamaniu uchyłka łokciowego * krewny po kądzieli * przegowane z wołowatych * miasto na wyspie Bougainville'a * rozkawałkowywanie * ciepły lub móżgu * kanonada, salwa * trop * pediatra, poseł pochodzenia syryjskiego * autonomia granicząca z Mongolią, Chinami i Kazachstanem * kurtyzana Zoli * meniscus * obraz terenu * dawny wolny etat * ukochany Eos obdarzony nieśmiertelnością bez wiecznej młodości * okres godowy kozic i danieli * ocena, werdykt * dla wegetarian z bobowatych * czepia się psiego ogona * kolor uprzywielejonny * imię lekarza, kompozytora „Kormoranów” * delfin amazoński * przed skarpetami * tam szalała grypa * pierwiastek używany w badaniach MR (łac.) * szczur faraona * gołęń wołowa * costa * postulaty, wymagania * angielski bliźniak * klub Lewandowskiego * pszenica zwana szpalcem * skłonność do złamań * wyspa Napoleona i wina Aleatico * autor podróży Guliwera * praska dzielnica z Instytutem Kardiologii * imię żony Gorbaczowa * toksyczność (łac.) * Bolesław Jałowy lub Stefan Banach * miejsce pierwszej masowej egzekucji w 1939 r. * cieśnina łącząca Adriatyk i Morze Jońskie * afrykańskie i indyjskie * miasto we Friuli-Wenecja Julijska * minister spraw zagranicznych * użyty pod Ypres * starożytna Jugosławia * maszyna do wykopków * ładunek radioizotopowy * otwór w ścianie * opłata za przejazd * kość łokciowa (łac.) * nasz pakt * Erik, twórca teorii rozwoju psychospołecznego * berło królewskie * dymnica, polne ziele * złe i dobre Kalego * numer identyfikacji podatkowej * szef oddziału * Zygmunt III * grecki Faunus * jajnik lub jądro * pierwszy kosmonauta USA * ... ne va plus * digitus * japoński poemat * saudyjska wyspa przy Szarm el-Szejk * urina * stolica Mozambiku * wiśniowy Czechowa * substancja toksyczna w przebiegu gorączki (łac.) * jadłodajnia dla plebsu w starożytnym Rzymie * twórcza „Avatara” * ciekła forma leku (łac.)

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 258 („GL” nr 10/2020)
Człowiek póty żyje, póki ma nadzieję.

Nagrody otrzymują:

Justyna **Dmytruszyńska** (Wrocław), Agnieszka **Krasiukianis** (Łódź), Kazimiera **Margańska** (Przemysł), Patrycja **Młocicka** (Bydgoszcz), Agnieszka **Wasilewska** (Łódź).

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

WYDAWCA



Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 178 100 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 skróć, adustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

