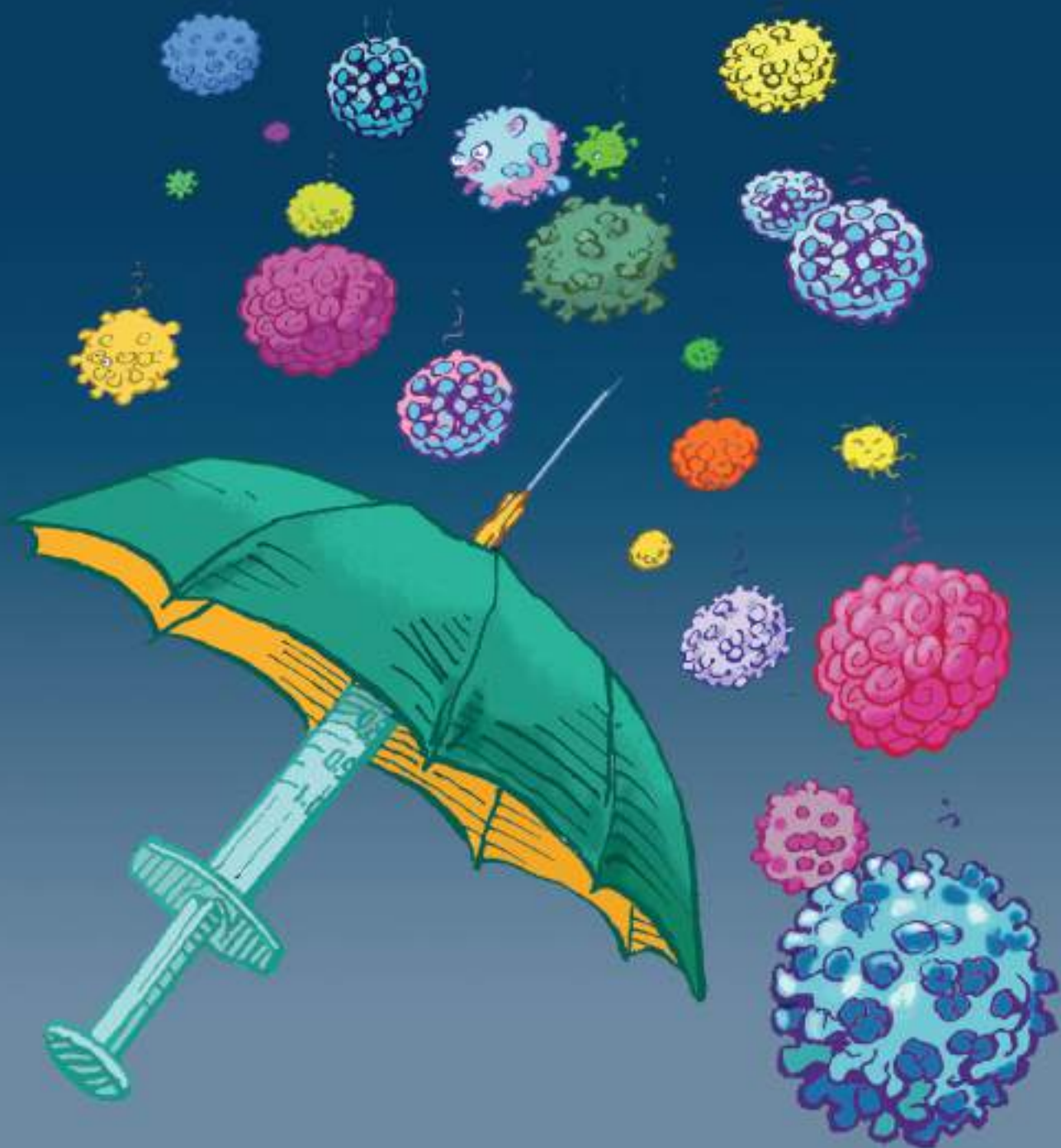


Miesięcznik  
Okręgowej  
Izby Lekarskiej  
w Warszawie  
im. prof. Jana  
Nielubowicza

# puls

PAŹDZIERNIK 2020 (nr 306)



- › #NIEZAPOMINAJ
- › Pora na gesty?
- › Nie lekceważmy grypy!

- › Słowa na zdrowie  
Okłaski  
prof. Jerzy Bralczyk

- › Między epidemią a codziennością
- › Poradnie POZ zamknęły się przed pacjentami?
- › Rocznica urodzin Jana Nielubowicza



izba-lekarska.pl



oilwarszawa



oilwarszawa



oilwarszawa



**Biuro OIL w czasie epidemii działa w godzinach podanych na stronie internetowej izby.  
Zachęcamy do zdalnego załatwiania spraw. Szczegółowe informacje (pobierz kod) →**  
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18; NIP 522-00-02-357; tel.: 22-542-83-48; biuro@oilwaw.org.pl

**Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej** Łukasz Jankowski, tel. 22-542-83-82

**Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyków** Dariusz Paluszek, tel. 22-542-83-55

**Wiceprezesi ORL** Jarosław Biliński, tel. 22-542-83-45; Krzysztof Madej, tel. 22-542-83-46

**Wiceprezes ORL – przewodniczący Delegatury Radomskiej** Mieczysław Szatanek, tel. 48-331-36-62

**Sekretariat**, tel. 22-542-83-40, 22-542-83-42, faks 22-542-83-41

**Sekretarz ORL** Marta Moczyłowska, tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41

**Zastępca sekretarza ORL** Piotr Pawliszak, tel. 22-542-83-31, 22-542-83-44, faks 22-542-83-41

**Skarbnik** Jan Krzysztof Kowalczyk, tel. 22-542-83-85

**Pełnomocnik ds. operacyjnych** Piotr Winciunas, tel. 22-54-28-345

**Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej**

Ewelina Bobek-Pstrucha,  
tel. 22-542-83-22, 22-542-83-24, 22-542-83-27

**Okręgowy Sąd Lekarski,**

przewodnicząca Magdalena Rychłowska-Pruszyńska,  
tel. 22-542-83-20, 22-542-83-21

**Okręgowa Komisja Rewizyjna,**

przewodnicząca Elżbieta Latoszek-Banasiak,  
tel. 22-542-83-90

**Dyrektor biura** Anna Ścibisz,

tel. 22-542-83-47

**Główna księgowa** Helena Jemioł,

tel. 22-542-83-36

**Księgowość,**

tel. 22-542-83-35, 22-542-83-79, 22-542-83-54

**Kasa**, tel. 22-542-83-34

czynna w poniedziałek i wtorek od godz. 9.00 do 15.30,  
w środę – od 9.00 do 17.00,  
w czwartek i piątek – od 9.00 do 15.30  
(przerwa codziennie od godz. 13.30 do 14.00)

**Składki,**

tel. 22-542-83-38, 22-542-83-39, 22-542-83-78,  
22-542-83-96

**Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu,**

tel. 22-542-83-16, 22-542-83-14

**Komisja ds. Praktyk Lekarskich,**

tel. 22-542-83-18, 22-542-83-19

**Okręgowa Komisja Wyborcza**, tel. 22 542-83-48

**Komisja ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze  
w Ochronie Zdrowia,**

tel. 22-542-83-30

**Komisja ds. Stażu Podyplomowego,**

tel. 22-542-83-32

**Komisja Bioetyczna przy OIL w Warszawie,**

tel. 22-542-83-12

**Komisja ds. Lekarzy Dentyków,**

tel. 22-542-83-55

**Komisja ds. Nauki i Kształcenia,**

tel. 22-54-83-33

**Komisja Współpracy z Zagranicą,**

tel. 22-542-83-90

**Komisja Lekarzy Seniorów,**

tel. 22-542-83-30

**Komisja Młodych Lekarzy,**

tel. 22-542-83-80

**Komisja ds. Kultury, Sportu i Turystyki,**

tel. 22-542-83-33

**Rzecznik praw lekarza,**

tel. 22-542-83-29

**Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków,**

tel. 22-542-83-90

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego**

**Lekarzy i Lekarzy Dentyków,**

tel. 22-542-83-71, 22-542-83-75, 22-542-83-76,  
22-542-83-77, faks 22-542-83-65, odz@oilwaw.org.pl

**Rada Funduszu Samopomocy**, tel. 22-542-83-33

**Mediator**, tel. 22-542-83-29

**Zespół ds. Wypalenia Zawodowego**, tel. 22-542-83-80

**Zespół ds. Matek Lekarek**, tel. 22-542-83-80

**Zespół ds. Szczepień**, tel. 22-542-83-33

**Grupa Balinta**, tel. 22-54-83-80

**Koło Lekarzy Katolików**, tel. 22-542-83-30

**Dział Informacji Medialnej**, tel. 22-542-83-83

**Marketing i reklama,**

tel. 22-542-83-53, 668-37-31-00,  
marketing@oilwaw.org.pl

**Delegatura Radomska**

(26-600 Radom, ul. Rwańska 16),  
tel. 48-331-36-62, faks 48-331-17-30  
poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek  
w godz. 7.30–15.30, środa w godz. 8.00–16.00

**Fundacja Pro Seniore,**

tel. 22-542-83-30 proseniore@oilwaw.org.pl

**LEKARZU,  
ZBIERZ 200 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH  
I WEŹ UDZIAŁ W LOSOWANIU 3000 ZŁ!**



Biorąc udział w punktowanych szkoleniach, dbasz o swój rozwój, a przy okazji możesz wygrać pieniądze na kolejne kursy.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zachęca lekarzy, którzy w ostatnim zakończonym okresie rozliczeniowym uzyskali min. 200 punktów do rozliczenia się z nich i wzięcia udziału w losowaniu 3000 zł.

Zachęcamy do udziału także w naszych kursach online oraz do zgłaszania własnych pomysłów na szkolenia.

- Najbliższe losowanie odbędzie się w I kwartale 2021 r.
- Termin składania dokumentacji szkoleniowej w ODZ upływa 31 grudnia 2020 r.

Izba przypomina, że kształcenie ustawiczne stanowi obowiązek każdego lekarza. Właściwe udokumentowanie realizacji tego obowiązku w macierzystej izbie lekarskiej może pomóc np. w staraniach o przyznanie dodatków finansowych i o udział w programach takich jak Fundusz Stypendialny NRL oraz Program Stypendialny ORL w Warszawie.

Szczegóły:





## SPIS TREŚCI

- ▶ IZBA DLA LEKARZY (str. 1, 38)
- ▶ NA DZIEŃ DOBRY (str. 4)
- ▶ DZIŚ I JUTRO (str. 5)
- ▶ KONFERENCJA
- 6 #NIEZAPOMINAJ**
  - Renata Jeziótkowska
- ▶ BOLĄCZKI SYSTEMU
- 8 Pora na gesty?**
  - Michał Niepytalski
- 21 Lekarz – system – epidemia**
  - oprac. Anetta Chęcińska
- ▶ OPINIE
- 10 Urok niepotrzebnych gestów**
  - Paweł Walewski
- 14 Prawda i kompetencja w polityce**
  - Paweł Kowal
- 16 Co z tą szczepionką?**
  - Małgorzata Solecka
- ▶ SŁOWA NA ZDROWIE
- 11 Oklaski**
  - prof. Jerzy Bralczyk
- ▶ BEZ ZNIECZULENIA
- 12 Porzucić nieefektywne rozwiązania**
  - Marek Balicki
- ▶ WYNURZENIA I IDEOLOGIE...
- 13 Lekarskie stado**
  - Jarosław Biliński
- ▶ STATYSTYKI
- 15 Przybliżona ekstrapolacja**
  - rozmowa z Tomaszem Dzieciatkowskim
- ▶ SZCZEPIENIA
- 18 Nie lekceważmy grypy!**
  - rozmowa z Ewą Duszczyk
- 20 Sezon grypowo-covidowy**
  - Łukasz Durajski
- ▶ KSZTAŁCENIE
- 24 Trzeba zwiększyć prestiż kluczowych specjalizacji**
  - rozmowa z Jarosławem Bilińskim
- 26 Lekarski start**
  - rozmowa z Maciejem Nowakiem
- ▶ CHOROBY ZAKAŻNE
- 28 Między epidemią a codziennością**
  - rozmowa z Grażyną Cholewińską-Szymańską
- ▶ SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW
- 30 E-dentysta, czyli szkolenie w sieci**
  - Dariusz Paluszek
- ▶ PRAWO
- 32 Wiertło w przetyku**
  - Aleksandra Powierża, Karolina Podsiadły-Gęsikowska
- 34 Nowelizacja rozporządzeń dotyczących epidemii COVID-19**
  - Filip Niemczyk
- ▶ HISTORIA
- 40 Rocznica urodzin Jana Nielubowicza**
- ▶ MEDIA
- 42 #W\_ETERZE**
- 46 #SPRAWDZAM**
  - Małgorzata Solecka
- ▶ ZABIEGI WIZERUNKOWE
- 44 Mówimy „liczy się gest”**
  - rozmowa z Maciejem Orłosiem
- ▶ PO GODZINACH
- 50 Kierunek Indie**
  - rozmowa z Januszem Surą
- ▶ OKIEM WUM (str. 36)
- ▶ OKIEM NFZ (str. 47)
- ▶ W TELEGRAFICZNYM SKRÓCIE... (str. 48)
- ▶ BIULETYN ORL (str. 54)
- ▶ WSPOMNIENIE (str. 55)

graf. na okładce: K. Rosiecki



www.miesiecznik-puls.org.pl



Co najmniej co czwarty\* z nas narażony jest w ciągu życia na wystąpienie zaburzeń psychicznych.

Lekarze są w czołówce zawodów wysokiego ryzyka popełnienia samobójstwa.

Nie lecz się sam.  
Pozwól sobie pomóc.

W ramach Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego NZOZ Centrum Terapii DIALOG organizuje dla **wszystkich lekarzy i studentów medycyny z Warszawy**

## Bezpłatne konsultacje u lekarzy specjalistów psychiatrów i psychologów

cały październik

Aby skorzystać z naszej wiedzy i doświadczenia w ramach bezpłatnych konsultacji zadzwoń: tel. **(22) 436 83 50** (hasło: lekarz)

### NASZE UPRAWNIENIA

Wpis na listę Kuratorium Oświaty w Warszawie jako Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 44P i uprawnienia do diagnozowania i wystawiania opinii m.in. o dysleksji, dysgrafii i dyskalkulii.

Wpis na listę Wojewody Mazowieckiego jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej z pełnymi uprawnieniami Podmiotu Leczniczego.

Ośrodek akredytowany do prowadzenia szkoleń lekarzy starających się o specjalizację z psychiatrii.

\*] wg badania IZOP: [www.izop.edu.pl](http://www.izop.edu.pl)

**dIALOG**<sup>®</sup>  
CENTRUM TERAPII

**OD 2006 ROKU POMOGLIŚMY JUŻ PONAD 100 000 PACJENTÓW**

NZOZ Centrum Terapii DIALOG to wysokospecjalistyczne przychodnie psychiatryczno-psychologiczne, w których ponad 90 lekarzy psychiatrów (w tym profesorów) oraz ponad 120 psychologów - psychoterapeutów 7 dni w tygodniu od 7:30 do 22:00 w ramach Specjalistycznych Poradni pomaga w każdym miesiącu kilku tysiącom pacjentów.

Szczegóły na [www.psychiatrzy.warszawa.pl](http://www.psychiatrzy.warszawa.pl)

Jesteśmy dostępni **online** oraz w **7 przychodniach**:

- 📍 **WOLA** Warszawa, ul. Górczewska 137
- 📍 **ŚRÓDMIEŚCIE** Warszawa, ul. Słomińskiego 19
- 📍 **URSYNÓW** Warszawa, ul. Stryjeńskich 19
- 📍 **MOKOTÓW**  
Warszawa, ul. Bukowińska 12 i 26B  
Warszawa, ul. Konduktorska 4
- 📍 **GOCLAW** Warszawa, ul. Bora-Komorowskiego 33





Fot. K. Bortyzel

**RENATA JEZIÓŁKOWSKA**  
redaktor naczelna

# Wyczytane z dłoni?

Mówi się: władzy trzeba patrzeć na ręce. Popatrzmy. Gdy ręce składają się do okłasków dla lekarzy bohaterów, mamy nawet całkiem sympatyczny obrazek. Co z tego? W sumie nic. Bo widzimy, że decydenci te same ręce umywają od kompleksowych działań i reform mogących zmienić ochronę zdrowia w Polsce.

**M**oże ktoś własnymi (lub cudzimi) rękami napisałby projekt jakiejś sensownej ustawy? Później może wystarczająca liczba osób podniosłaby rękę i nacisnęła przycisk. Nie tylko marszałek powiedziałby „dziękuję”. A przy pieczętowaniu trybu legislacyjnego byłby odrębny podpis...

Interpretację gestów decydentów można sprowadzić do zgadywanki, bo czasem trudno ocenić, czy demonstrują bądź mówią coś naprawdę, czy na niby. Gdyby gesty nie bywały puste, a słowa nie okazywały się jedynie zlepkami głosek, nie gdybalibyśmy w sprawie lepszego systemu ochrony zdrowia w Polsce. To byłby fakt. Byłby...

Samorząd lekarski nie decyduje o systemie, ale w miarę możliwości stara się brać sprawy we własne ręce. Nasza izba ruszyła z akcją #NIEZAPOMINAJ, w ramach której przygotowała spot z pełnymi goryczy lekarskimi „brawami”. Jej szczegóły i związane z nią wątki przybliżamy na kolejnych stronach „Pulsu”. W kontekście akcji przypominamy o ogłoszonym przed rokiem Narodowym Kryzysie Zdrowia i zorganizowanym trzy lata temu proteście głodowym lekarzy rezydentów. Od tych wydarzeń praktycznie nie zmieniło się nic. Swoją drogą warto pamiętać, że 1 października obchodzony jest Międzynarodowy Dzień Lekarza.

Październik to miesiąc szczepień. W tym numerze naszej gazety piszemy o nich i o chorobach zakaźnych sporo. Oczywiście, promujemy szczepienia ochronne m.in. akcją szczepień przeciwko grypie dla tysięcy lekarzy z OIL w Warszawie, wyglądem okładki „Pulsu” i siedziby izby. Okna budynku przy ul. Puławskiej 18 na warszawskim Mokotowie wykleiliśmy plakatami przedstawiającymi zdjęcia ludzi w różnym wieku i hasła utożsamiające szczepienia z troską o zdrowie. Szczepimy – chronimy. Można to w pewnym stopniu porównać do używania parasola, gdy pada deszcz.

W październikowym numerze „Pulsu” opisujemy bolączki systemu, rozmawiamy o statystykach, kształceniu – stażu i specjalizacjach. Przedstawiamy punkty widzenia lekarzy odnoszące się do roli w systemie i funkcjonowania w okresie epidemii. Niestety, przewija się też wątek prób dzielenia środowiska lekarskiego, na co reagujemy. Reagujemy i wypowiadamy się w wielu ważnych dla medyków i pacjentów kwestiach. W stosunku do mediów używa się określenia „czwarta władza”. Władza ta często pyta, w słuchuje się w lekarskie spostrzeżenia i komentarze, zaprasza do rozmów, co w wielkim skrócie i tylko w części podsumowujemy w rubryce #W\_ETERZE. My, czyli Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie – izba imienia prof. Jana Nielubowicza. Tę wybitną postać wspominamy w tekście dotyczącym 105. rocznicy urodzin naszego patrona.

Z izbowymi sprawami, wydarzeniami, relacjami i informacjami dotyczącymi wsparcia dla lekarzy i inicjatyw na ich rzecz na bieżąco można zapoznawać się na naszej stronie internetowej i w mediach społecznościowych. Zachęcamy do śledzenia naszego profilu na Facebooku, Instagramie i Twitterze oraz do włączania się w życie izby. Naszą aktywność podsumuj tak: My nie z tych, co, gdy mówią, że coś robią, to... mówią. ■



**ŁUKASZ JANKOWSKI**  
prezes ORL w Warszawie

# Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

z niepokojem obserwuję nasilone w ostatnim czasie próby rozbijania jedności naszego środowiska przez decydentów.

**K**reowanie konfliktów po to, aby przykryć nieudolność we wprowadzaniu rozwiązań, to znana nam dobrze strategia władzy. Gorzej, jeśli strategia ta jest stosowana w okresie pełnym wyzwań dla systemu ochrony zdrowia, jakim jest pandemia COVID-19, służy zatarciu błędów we wprowadzaniu zmian w systemie, a wdrażane rozwiązania nijak nie przystają do rzeczywistości. Przeważa wciąż strategia „gaszenia pożarów” – przykładem przetrwanie odpowiedzialności między sanepidem, POZ a lekarzami chorób zakaźnych, w sytuacji, gdy żadna z tych grup nie została wyposażona w wydajne systemowe narzędzia do wykonywania zleconych zadań.

Z niepokojem obserwuję też taktykę przeprowadzania konsultacji ze środowiskiem już po wprowadzeniu konkretnych rozwiązań w życie, a potem próby zrzucania odpowiedzialności za fiasko strategii na lekarzy. Pozorny dialog i powoływanie

kolejnych ministerialnych zespołów nie ukryją braku długofalowej strategii walki z epidemią, a na taką strategię wciąż czekamy. Tymczasem jesteśmy zwyczajnie zdezorientowani częstymi zmianami resortowych wytycznych. Zdezorientowani są też pacjenci. Czy za miesiąc odbędzie się planowy zabieg? Czy wrócą szpitale jednoimienne? Jak zostanie zorganizowany „ruch chorych” w przypadku nasilenia epidemii? Na te i inne pytania musimy szukać odpowiedzi, nie znając planów ministerstwa. Pozostaje nam, środowisku lekarskiemu, w tym trudnym czasie trzymać się razem. Nie dajmy się podzielić, nie dajmy się zwieść ministerialnej strategii „dziel i rządź”. Deklaruję, że izba na próby dzielenia środowiska lekarskiego będzie reagowała stanowczo, czego wyraz dawaliśmy również w ostatnich dniach.

Żaden system na świecie nie był dostatecznie dobrze przygotowany na pandemię, niemniej jednak uwydatniła wszystkie systemowe problemy, z którymi borykaliśmy się od lat. Paradoksalnie nie może być lepszego momentu na decyzję o gruntownej reformie systemu. Dlatego ruszamy z akcją #NIEZAPOMINAJ. To kolejna próba skłonienia decydentów do zmian w ochronie zdrowia. Bo jeśli nie teraz, to kiedy? ■



Fot. K. Bartyzel



Dużo zdrowia oraz zdrowych rozwiązań systemowych, które poprawią lekarską i pacjenta rzeczywistość w naszym kraju!

Przede wszystkim tego właśnie Państwu życzę z okazji przypadającego 1 października Międzynarodowego Dnia Lekarza. Każdemu z Państwa życzę również satysfakcji z wykonywanej pracy, realizacji celów, spełnienia marzeń. Całemu środowisku życzę ponadto, by zawsze cieszyło się szacunkiem będącym dodatkową motywacją na naszej lekarskiej drodze zawodowej.

Łukasz Jankowski  
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

OKRĘGOWA RADA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
im. prof. Jana Śniadeckiego

Graf. K. Brydo



Pacjenci wciąż odczuwają skutki niedofinansowania ochrony zdrowia i niewydolności systemu. Rok temu alarmowaliśmy o Narodowym Kryzysie Zdrowia. Mimo epidemii oraz przedwyborczych deklaracji politycy nie podjęli kompleksowych działań mogących zreformować i uzdrowić polską ochronę zdrowia. Słowa i gesty decydentów okazały się puste. W spocie przygotowanym przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie w ramach akcji #NIEZAPOMINAJ lekarze biją brawo, tak jak przed kilkoma miesiącami bili im brawo obywatele i politycy. Ale w geście medyków jest gorzyc, bo od lat ich postulaty są ignorowane.

**W**ielkie brawo” dla polityków. Takim gorzko-ironicznym przekazem lekarze ze stołecznej Okręgowej Izby Lekarskiej przypominają o konieczności wprowadzenia zmian w systemie. Najważniejszym postulatem, a tym samym jednym z podstawowych kroków do poprawy sytuacji pacjentów, jest znaczne zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia. Zarządzanie systemem znajdującym się w zapaści nie może polegać na „gaszeniu pożarów”. OIL w Warszawie zachęca do poparcia pilnych zmian w ochronie zdrowia przez udostępnianie filmu. Ideę i szczegóły przedstawiono na konferencji prasowej 30 września, zorganizowanej w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym im. Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie.

– *My, lekarze i pacjenci, czujemy się zapomniani przez system. Dostrzegamy, jak słabo jest przygotowany do niesienia pomocy. Codziennie widzimy, że chorzy odbijają się od systemu ochrony zdrowia, a lekarze zostali sprowadzeni do roli zderzaków – powiedział prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski. – Te „brawa” dla polityków to gorzkie brawa. Mają ich zmobilizować do realnych zmian. Bijemy brawo w przekonaniu, że najwyższy czas na zmiany. Nasi pacjenci nie mogą dłużej czekać. Jeśli nie teraz, to kiedy?*

– *Czas i miejsce spotkania nie są przypadkowe. Tutaj odbył się protest rezydentów, protest medyków. Wtedy pojawiły się postulaty zmian systemu, które zostały zaakceptowane, ale nierealizowane – zaznaczył rektor Warszawskiego*



Uniwersytetu Medycznego prof. Zbigniew Gaciong. – *Ostatnie miesiące pokazują, jak ważni są medycy. Zwracam się do pacjentów, by dbali o zdrowie nie tylko w kontekście epidemii, ale też chorób przewlekłych. Za własne zdrowie też ponosi się odpowiedzialność.*

O poważnych dla pacjentów konsekwencjach ignorowania przez rządzących tematu zdrowia mówił wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Jarosław Biliński: – *Pacjentów nie interesuje, kto jest ministrem zdrowia ani jakie obowiązują przepisy. Pacjentów interesuje, czy otrzymają pomoc medyczną. Tymczasem dla polityków koronawirus jest pretekstem, by zaniedbywać inne obszary ochrony zdrowia. Spadła liczba odnotowanych zawałów, udarów, nowotworów. Czy to znaczy, że jest ich mniej? Nie. Pacjenci nie zgłaszają się z obawy, że system nie jest przygotowany na inne choroby. Oczekujemy, że politycy poważnie zajmą się ochroną zdrowia. Ostatnie pół roku epidemii zostało przespane.*



## MANIFEST

Rok temu ogłosiliśmy Narodowy Kryzys Zdrowia. Już wtedy wskazywaliśmy, że #polskatochorykraj, a system opieki zdrowotnej stoi na skraju przepaści. W formie postulatów apelowaliśmy o natychmiastowe dofinansowanie go i kompleksowe zmiany.

Chcieliśmy wywalczyć Polakom zasłużoną ochronę zdrowia.

Pandemia koronawirusa (SARS-CoV-2) obnażyła chaos organizacyjny systemu zdrowotnego, kompletny brak przestrzeni i zasobów do radzenia sobie z nagłymi zdarzeniami oraz niedobór podstawowych środków.

To wszystko stwarza zagrożenie dla życia i zdrowia Polaków.

System opieki zdrowotnej czeka wyczerpana praca, a pacjentów – długie oczekiwanie w kolejkach oraz niepewność i brak szybkiej, ciągłej komunikacji z lekarzami.

Następstwa pandemii odczują wszyscy pacjenci w różnych falach. Pilnej pomocy będą wymagały osoby, którym nie wykonano planowych zabiegów medycznych, oraz cierpiące na choroby przewlekłe, dla których dostęp do opieki zdrowotnej jest obecnie bardzo ograniczony.

#NIEZAPOMINAJ – był moment, że wszyscy – pacjenci, lekarze, politycy – zgodnie oceniali, że zdrowie jest najważniejsze, że ochrona zdrowia jest ważna. Że potrzebne są zmiany. Ale skończyło się na brawach.

Czy teraz będzie inaczej?

Film i szczegóły akcji zamieszczone są na naszej specjalnej stronie internetowej [niezapominaj.com](http://niezapominaj.com). ■

Renata Jeziółkowska



# Pora na gesty?

MICHAŁ NIEPYTALSKI

Dla czterech piątych Polaków problemy w ochronie zdrowia należą do najistotniejszych wyzwań stojących przed rządzącymi. Trudno jednak nie odnieść wrażenia, że są to deklaracje powierzchowne, skoro rodacy patrzą politykom na ręce w kwestii ochrony zdrowia tylko wtedy, gdy ci wykonują pokazowe gesty, a wsłuchują się w ich słowa, tylko gdy ci rzucają slogany.

## Zima

**W** lutym po sejmowym głosowaniu posłanka Prawa i Sprawiedliwości pokazuje środkowy palec posłom opozycji. Sprawa długo jest pożywką dla politycznych dyskusji. Joanna Lichocka tłumaczy, że przecierała oko, ale skutkiem skandalu traci stanowisko wiceprzewodniczącej Sejmowej Komisji Kultury i Środków Przekazu, otrzymuje też naganę. W sierpniu wraca na stanowisko w komisji, na początku września zaś Prezydium Sejmu cofa naganę. Palec Lichockiej został jednak zapamiętany. Mało kto pamięta jednak, że afera wybuchła przy okazji głosowania, w którym zdecydowano, by z budżetu państwa dofinansować kwotą 2 mld telewizję publiczną, a nie leczenie onkologiczne.

– *Człowiek ma podejście do przyjmowanych informacji raczej bezrefleksyjne. Jest leniwy poznawczo, tzn. woli nie analizować, nie wybiegać myślami w przyszłość, nie przewidywać konsekwencji. Najłatwiej do nas docierają zachowania wyraziste – gesty, hasła itp. Czy to budzące aprobatę, czy oburzenie* – wyjaśnia prof. Dariusz Doliński, psycholog, członek korespondent Polskiej Akademii Nauk i pracownik Uniwersytetu SWPS.

Gesty pełne aprobaty pojawiają się niewiele później.

## Wiosna

Gdy wybucha pandemia koronawirusa, okazuje się, że polski system ochrony zdrowia jest na nią całkowicie nieprzygotowany. Symboliczne stają się odolne akcje szycia maseczek dla medyków, bo państwo nie było w stanie zaopatrzyć pracowników szpitali i przychodni w profesjonalne środki ochrony osobistej. Braki są wielkie. W innej akcji, mającej stanowić mentalne wsparcie dla przedstawicieli

zawodów ochrony zdrowia, Polacy wychodzą na balkony i biją im brawo. Jest kwiecień. W tym samym czasie, kiedy ludzie na balkonach klaszczą, medycy słyszą nieraz od własnych sąsiadów sugestie, by się wyprowadzili z domów, bo przynoszą zarazę. Hejt staje się codziennością.

Nieco później, na początku czerwca, gdy ciągle jeszcze trwa częściowy *lockdown*, a temat zdrowia publicznego jest kluczowy dla funkcjonowania państwa, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie organizuje debatę dla kandydatów na prezydenta RP. Udział zapowiada tylko połowa z zaproszonych sześciu polityków, ale dzień przed debatą rezygnuje Szymon Hołownia, a za nim Robert Biedroń. – *Trudno zrozumieć, dlaczego politycy ubiegający się o najważniejsze stanowisko w państwie oglądają się na siebie nawzajem, a nie biorą pod uwagę oczekiwań obywateli* – mówi prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski. Ostatecznie w debacie uczestniczy tylko Władysław Kosiniak-Kamysz.

Temat ochrony zdrowia w kampanii wyborczej pojawia się mocniej jedynie w chwili, gdy Andrzej Duda w związku ze szczepieniami przeciwko koronawirusowi deklaruje: – *Absolutnie nie jestem zwolennikiem jakich-*







kolwiek szczepień obo-  
wiązkowych. Powiem pań-  
stwu otwarcie, nigdy nie  
zaszczepiłem się na grypę,  
bo uważam, że nie.

Dla większości dzieci po-  
jęcie zdrowia jest czymś  
zupełnie abstrakcyjnym,  
w swoim krótkim życiu  
zwykle nie miały okazji  
doświadczyć jego utraty. Z owego  
braku zrozumienia istoty zdrowia  
niestety nie zawsze się wyrasta.  
Nawet dla dorosłych perspektywa  
ból, głodu czy braku pieniędzy jest  
znacznie bardziej przerażająca niż  
mało konkretna choroba. Dlatego  
często mówimy o wadze zdrowia, ale  
to nie ochrona zdrowia decyduje  
o tym, na kogo głosujemy.

– Psychologia opisuje zjawisko nazy-  
wane nierealistycznym optymizmem.  
Wiąże się ono z cechą naszej psychiki  
polegającą na nieustannym porówny-  
waniu siebie z innymi, co pozwala na  
ocenę samego siebie. Tzn. jeśli myślę  
o sobie, że dobrze tańczę, jestem prze-  
konany, że tańczę zdecydowanie lepiej  
od większości ludzi – wyjaśnia prof.  
Doliński. Takie porównania robimy na  
każdym kroku, niekoniecznie świadomie.  
– W wyniku porównań dokonujemy  
też oceny prawdopodobieństwa po-  
zytywnych lub negatywnych zdarzeń.  
I okazuje się, że większość ludzi sądzi,  
iż dobre rzeczy z większym prawdo-  
podobieństwem przydarzą się im niż  
innym, a złe raczej innym. Przy czym  
druga tendencja jest szczególnie silna.  
Dlatego właśnie jesteśmy skłonni  
przewidywać, że negatywne konse-  
kwencje niewydolności jakiegoś sys-  
temu – wymiaru sprawiedliwości,  
ochrony zdrowia itp. – będą ponosić  
inni – tłumaczy psycholog.

Do innych w ogóle odnosimy się nie  
najlepiej.

## Lato

Przy okazji tzw. tarczy antykryzysowej 4.0, czyli pakietu zmian w prze-  
pisach ustaw mających ułatwiać wal-  
kę ze skutkami epidemii, zostaje  
przyjęta zmiana kodeksu karnego.

”

Jesteśmy skłonni przewidywać,  
że negatywne konsekwencje  
niewydolności jakiegoś systemu  
– wymiaru sprawiedliwości,  
ochrony zdrowia itp. – będą  
ponosić inni.

”

Art. 37a k.k. otrzymał  
brzmienie: „§1. Jeżeli prze-  
stępstwo jest zagrożone tyl-  
ko karą pozbawienia wolno-  
ści nieprzekraczającą ośmiu  
lat, a wymierzona za nie kara  
pozbawienia wolności nie  
byłaby surowsza od roku,  
sąd może zamiast tej kary  
orzec karę ograniczenia wol-  
ności nie niższą niż trzy mie-  
siące albo grzywnę nie niższą od 100 stawek dziennych (ustalo-  
nych przez sąd – red.), jeżeli równocześnie orzeka środek karny,  
środek kompensacyjny lub przepadek”.

Abstrakcyjny przepis ma bardzo nieabstrakcyjne znaczenie dla  
lekarzy. Zmusza sędziów do częstszego orzekania kar pozbawie-  
nia wolności w sprawach o błędy medyczne. „Wyczerpujące dane  
naukowe z wielu krajów świata wskazują, że zaostrzenie kar za  
tzw. błędy medyczne nie sprzyja promowaniu bezpieczeństwa pa-  
cjentów, utrwalając system patologicznych represji” – ostrzega  
Prezydium ORL w apelu.

Lekarze na znak protestu wychodzą na ulice, ale presja ich de-  
monstracji nie jest wystarczająco silna, by przekonać rządzą-  
cych do wycofania się z nowelizacji kodeksu karnego.

Zdaniem prof. Dolińskiego to dowód egocentryzacji społeczeń-  
stwa. – Przestaliśmy jako zbiorowość myśleć o interesie spo-  
łecznym. Kiedy mówimy „my”, nie rozumiemy przez to ogółu  
mieszkańców kraju, ale siebie i własną grupę (rodzinę, znajo-  
mym). Wszystko poza tą grupą staje się abstrakcyjne i mniej  
ważne. Dlatego ludzie nie dostrzegają związku między szkodli-  
wymi przepisami kodeksu karnego a kondycją ochrony zdrowia  
– stwierdza naukowiec.

W zegocentryzowanym społeczeństwie problemami lekarzy  
mają się martwić lekarze, górników – górnicy, policjantów  
– policjanci itd.

– Podział na my i oni jest pokłosiem tego, co dzieje się  
w polityce. Jej oddzielenie od codziennego życia jest pozorne.  
Istniejące w niej podziały przenoszą się na inne sfery codzien-  
ności, wywołując przekonanie, że funkcjonowanie społeczeń-  
stwa opiera się na zasadach tzw. gry o sumie zerowej. Przykła-  
dowo, jeśli ktoś się wzbogaci, to znaczy, że ktoś inny musi  
z biednieć. Stąd mniemanie, że jeśli komuś innemu coś się za-  
biera albo dokuczają w inny sposób, ja mogę zyskać – podsu-  
mowuje prof. Dariusz Doliński.

## Jesień

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie organizuje kampanię  
#NIEZAPOMINAJ. W spocie lekarze klaszczą, tak jak przed  
kilkoma miesiącami klaskali im obywatele i politycy. Ale  
w geście medyków jest gorzko, bo od lat wysuwane przez  
nich postulaty są ignorowane. Namawiają, by gestom nadać  
sens i znaczenie. By przestały być puste. ■





Fot. L. Zych, „Polityka”

# Urok niepotrzebnych gestów

PAWEŁ WALEWSKI

Zdrowie? Przecież bezcenne. Ale czy wolno nie spłacać długu wobec tych, którzy je ratują?

**P**oczucie godności w ochronie zdrowia zawsze znaczyło wiele. Choć może niektórzy nie pamiętają (albo nie wiedzą), że był w samorządzie lekarskim taki czas, kiedy upominanie się o szacunek przyjmowało karykaturalny wymiar. Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy w Mikołajkach, rok 2000. Pełen oratorskich popisów wywołujących zażenowanie delegatów. – *Jak to możliwe, że polscy lekarze obradują w tym samym miejscu, co mleczarze?* – pytał jeden z doktorów wzburzony zbiegiem okoliczności, iż w tym samym hotelu Gołębiewski, piętro niżej, toczyło się sympozjum na temat technologii w przemyśle mleczarskim. Ten sam lekarz stanowczo odciął się również od nazywania go służbą zdrowia, gdyż nie jest służącym i wyprasza sobie takie porównania. Inny otrzymał owację, gdy bez skrępowania rzucił przez mikrofon: – *Dostaję gęziej skórki, gdy tytułuję mnie lekarzem.*

Dwie dekady później zjazdy samorządu mają inną temperaturę i inny katalog spraw do omówienia. Ale sytuacja w ochronie zdrowia także jest diametralnie różna od tej, z którą wtedy trzeba było się mierzyć. Starania o prestiż zawodu nigdy nie straciły jednak na znaczeniu, choć warunki pracy – dla jednych lepsze niż kiedyś, dla wielu wciąż niesatysfakcjonujące – nadal są solą w oku całego środowiska.

Ostatnie pół roku wyraźnie to pokazało, bo w czasach pandemii, gdy trzeba w placówkach medycznych sprostać całkowicie nowej, covidowej rzeczywistości, stosunek do lekarzy wyraźnie ewoluował. Od podziękowań wyrażanych gromkimi oklaskami wiosną po groźby i agresywne zachowania

krewkich pacjentów, niezadowolonych z narzuconych przez administrację ograniczeń. Rządzący też dołożyli swoje, montując w kodeksie karnym pułapki, które teraz trzeba odkręcać.

Wdzięczność wobec ofiarnie pracujących medyków, nagradzanych publicznie za poświęcenie, szybko przeminęła, bo była na pokaz. W naszym kraju szczere podziękowania lekarzowi za pracę są przecież niestosowne. Wie to każdy pacjent, który w przeszłości chciał okazać wdzięczność i musiał kryć się z jej tzw. dowodami, by nie być od razu posądzonym o łapówkarstwo. Zdaniem etyków jakakolwiek forma podziękowań była zawsze dopuszczalna tylko wtedy, gdy zawierała element osobisty: jeśli kwiaty – to z własnego ogródka, jeśli obraz – namalowany przez siebie, książka lub album – z wyjątkową dedykacją. A Leszek Kołakowski pisał w swych „Mini wykładach o maxi sprawach”: „*Być wdzięcznym nie oznacza*

*to ustawić się w pozycji żebraczej; przeciwnie, jest w tym potwierdzenie wspólnoty ludzkiego losu*”.

Wynagradzanie za pracę to pensja, wdzięczność za poświęcenie – to już jednak zupełnie coś innego.

Wynagradzanie za pracę to pensja, wdzięczność za poświęcenie – to już jednak zupełnie coś innego. Ugruntowany przez lata w świadomości pacjentów

obraz rachitycznej służby zdrowia, w której personel – od salowych po utytułowanych lekarzy – wyciąga ręce po datki, przyczynił się do przededefiniowania takich pojęć jak łapówka i prezent, ale też ofiarność, misja lub oddanie. W dużej mierze dlatego, że lekarze poddawani są coraz większej presji przepisów, które wymagają od nich zachowań niekoniecznie zgodnych z potrzebami chorych. Konstytucyjna zasada darmowego leczenia dla wszystkich nie obroniła się na wielu frontach – niejednego pacjenta przywróconego do zdrowia wciąż czuje się w obowiązku wynagrodzić swoich opiekunów za pracę, ale jak ma to zrobić, by nie zostać posądzonym o przekupstwo? Oklaskami w otwartym oknie, żeby wszyscy słyszeli (niekoniecznie lekarze, bo oni mogą być właśnie zajęci kolejną operacją)? Oduczono nas wzajemnej wdzięczności, a przy okazji szacunku wobec siebie. Ponoć prób wręczania kwiatów, prezentów i kopert jest coraz mniej. Niestety, coraz mniej jest także zwykłego „dziękuję”. ■



Fot. Flickr/P. Drabik

# Oklaski

Prof. JERZY BRALCZYK

Mamy wiele sposobów głośnego wyrażania aprobaty, uznania, podziwu. Czasami wyrażamy je szczerze, czasem konwencjonalnie; czasem indywidualnie, czasem zbiorowo, zachęceni przez innych – albo dlatego, że tak wypada. W instrukcjach zachowania się publiczności po wystąpieniach przywódców było nawet takie stopniowanie: „oklaski – burzliwe oklaski – burzliwe oklaski przechodzące w owację – burzliwe oklaski przechodzące w owację, wszyscy wstają”. Ale czasem ręce same się składają do oklasków.

**O**wacje (z łacińskiego *ovatio* – ‘triumf’) i *wiwaty* z natury są głośne i burzliwe, wzięty z niemieckiego *aplauz* (a tam z łacińskiego *applaudere*) jest związany z wewnętrznym przekonaniem i nawet nie musi być głośny. Najczęstsze u nas są nasze słowiańskie *oklaski* i włoskie *brawa* – i te, i te dziś głównie w liczbie mnogiej. *Brawo!* jest nadal okrzykiem uznania, na początku głównie teatralnym, potem używanym i w innych okolicznościach, najpierw z koniecznym wykrzyknikiem, teraz już i bez wykrzyknika, a w reklamowej zabawie nawet skierowanym do siebie samego (*brawo ja*). A brawa słyszymy – można powiedzieć, że w formie oklasków. Dodajmy dla pełności obrazu, że w językach romańskich *bravo* łączyło się czasem ze wspaniałością, czasem z poczciwością, czasem z męstwem, a czasem i srogością. Za różne rzeczy do dziś brawa dajemy – a do *br`awury* mamy stosunek raczej ambiwalentny.

*Oklaski* mają też liczbę pojedynczą, choć od dawna nieużywaną. *Poklask* został, zresztą z dźwiękiem mniej się już kojarzy, ale *oklasku* ostatnio nie słyhać. *Oklaski* za to – owszem, często. A biorą się, oczywiście, z *klaskania*.

Dziś *klaskanie* to już tylko wyraz stosunku do tego, co wywołało nasz podziw, uznanie, zachwyt. Kiedyś *klaskano* też z bicza, jeszcze dawniej zębami, woda o brzegi *klaskała*, a ptaki skrzydłami. Teraz *klaszczemy* (czasem *klaskamy*) dłońmi. *Klasków* zresztą też już nie słyhać, tylko *oklaski*. Dawniej, jak mówią stare słowniki, można było i *plaskać*, i *kleskać*, i *klęskać*, i nawet *kląskać* w podobnym znaczeniu, a znaczyło to u Lindego „głośno w plask uderzyć”, a sto lat później „uderzyć głośno w plask”. Nawet bez zamiaru. Zresztą dotąd *klaśnieciem* (z koniecznym dodatkiem *w dłonie*) nazywamy na ogół spontaniczne wyrażenie emocji, najczęściej pozytywnej.

Wyrażamy nasz podziw, nasze uznanie, najchętniej tym, którzy *nie szukają poklasku* (czasem dodajemy *taniego*) za to, co dobrze robią i dobrze, że robią.

Wymienione czasowniki wydają się dźwiękonaśladowcze, są podobne do takich jak *chlastać*, *trzaskać* czy *mlaskać*, czyli są związane z naturą... *Kląskają* jednak już tylko niektóre ptaki, plaskanie z pluskaniem się kojarzy, a *klęskanie* dziwnie przypomina coś niegodnego raczej oklasków, czyli *klęskę*,

wziętą zresztą skądinąd z praindoeuropejskiego rdzenia *klen-* nazywającego ‘pochylenie się’. Zostało *klaskanie*, z prasłowiańskiego *kleskati*, w wyniku którego to *klaskania* powstają *oklaski* i ogólny *poklask*, który już nie musi być słyszany jako brawa. I jeśli chcemy czemuś *przyklasnąć*, także w dłonie bić nie musimy.

A wyrażamy nasz podziw, nasze uznanie, najchętniej tym, którzy *nie szukają poklasku* (czasem dodajemy *taniego*) za to, co dobrze robią i dobrze, że robią. Wtedy nasze oklaski są najbardziej szczerze. ■



Fot. archiwum

# Porzucić nieefektywne rozwiązania

MAREK BALICKI

To może być ciekawy czas. Mam na myśli rozpoczęty właśnie okres urzędowania nowego ministra zdrowia. Wiele rzeczy odbiega bowiem od szablonu.

**P**oprzednik złożył dymisję w momencie, gdy został najlepiej ocenionym ministrem w sierpniowym badaniu opinii publicznej przeprowadzonym przez IBRIS w związku z zapowiadaną rekonstrukcją rządu. Ponad połowa ankietowanych chciała, aby Łukasz Szumowski pozostał na swoim stanowisku. Po zmasowanej krytyce opozycji i mediów związanej z kontrowersyjnymi zakupami Ministerstwa Zdrowia na początku epidemii to jego niewątpliwym sukcesem. Warto dodać, że tak wysoka ocena działań ministra została postawiona po dwupółrocznym kierowaniu jednym z najmniej wdzięcznych u nas resortów, a ostatnie sześć miesięcy przypadło na trudny początek pandemii.

Nowy minister nie jest lekarzem ani politykiem. To dość nietypowe. Zdecydowana większość szefów resortu zdrowia po 1989 r. była jednocześnie lekarzami i politykami. Spośród trzech ministrów nielekarzy tylko Franciszka Cegielska pełniła tę funkcję przez dłuższy czas. Przyszła jednak ze świata polityki. Była posłanką i prezesem jednej z działających wówczas partii.

Adam Niedzielski jest ekonomistą i ma za sobą karierę urzędnika wyso-

kiego szczebla. Ochroną zdrowia zajmuje się dopiero od dwóch lat, po przejściu do NFZ z Ministerstwa Finansów. Z pewnością pomogą mu doświadczenia w zakresie zarządzania strategicznego. Atutem są też świetne relacje z premierem. Czy taki „background” i brak politycznych obciążeń sprawdzi się wobec narastających wyzwań, okaże się wkrótce.

Łatwo nie będzie. Pandemia spowodowała spiętrzenie istniejących problemów opieki zdrowotnej i dodała nowe. Ujawniła słabości wynikające z niesterowności systemu i niejasnego podziału zadań, kompetencji i odpowiedzialności. W sytuacji kryzysowej nie zdały egzaminu mechanizmy rynku wewnętrznego wprowadzone 20 lat temu. Nie do utrzymania wydaje się rozwiązanie, w którym za finansowanie usług odpowiada scentralizowany NFZ, a za funkcjonowanie placówek publicznych – różne jednostki samorządu terytorialnego, które nie mają wpły-

„ Nie do utrzymania wydaje się rozwiązanie, w którym za finansowanie usług odpowiada scentralizowany NFZ, a za funkcjonowanie placówek publicznych – różne jednostki samorządu terytorialnego, które nie mają wpływu na ich finansowanie.

wu na ich finansowanie. Epidemia COVID-19 zwiększyła też nierówności w dostępie do usług zdrowotnych, a głos pacjentów natrafiających na różne bariery jest słabo słyszalny.

Politolodzy zwracają uwagę, że kryzys z natury rzeczy stanowi okazję do porzuce-

nia dotychczasowych rozwiązań, które okazały się nieefektywne, i zastąpienia ich nowymi, blokowanymi wcześniej przez zwolenników starego porządku. Nie oznacza to wcale, że nie będą oni dalej walczyć o utrzymanie sytuacji. Kryzys daje jednak szansę nowego otwarcia w różnych dziedzinach sfery publicznej, gospodarki i polityki, także w opiece zdrowotnej.

Trzymajmy więc kciuki za nowego ministra, aby nadchodzący czas nie tylko był ciekawy, ale również przyniósł potrzebne zmiany. ■





Fot. K. Bartyzel

# Lekarskie stado

**JAROSŁAW BILIŃSKI**, wiceprezes ORL w Warszawie

Podejmijmy pewien wysiłek intelektualny i wyobraźmy sobie, że lekarze są gatunkiem stadnym. Zgodnie z definicją, stado to grupa osobników tego samego gatunku zwierząt (rzadziej różnych gatunków) żyjąca na określonym terytorium, związana mniej lub bardziej zaawansowaną formą organizacji społecznej. Zamiast słowa „zwierząt” wstawiamy więc „lekarzy” i mamy definicję stada lekarzy. Po co zwierzęta gromadzą się w stada? Przyczyny są różne. Zazwyczaj stada powstają na czas rozrodu. U ssaków podstawowym czynnikiem mobilizującym do tworzenia stada jest relacja matka – potomstwo związana ze ssaniem mleka. Wynikłe z tego uzależnienie dziecka od matki sprzyja tworzeniu się trwałych więzi, ale może też skutkować budowaniem coraz bardziej skomplikowanych struktur społecznych. Według Wikipedii: wspólne wychowywanie potomstwa, wzajemna pomoc w niebezpieczeństwie, wspólne polowania zwiększają szanse każdego z członków stada.

**P**omyślmy zatem, czy lekarze są rzeczywiście grupą stadną? Gdyby tak było, prawdopodobnie nie mielibyśmy na co narzekać. Stado bowiem, jak już wspomniałem, zwiększa szanse każdego z jego członków. W lekarskim świecie narzekamy na warunki pracy, przytłaczającą biurokrację, niskie, nieadekwatne do wykształcenia i odpowiedzialności zarobki. Jest nas mniej niż miejsc pracy, jesteśmy rozchwytywani, potrzebni. Z prawa popytu i podaży wynika zatem, że my powinniśmy stawiać wymagania, które muszą być spełnione, żebyśmy podejmowali pracę. Skąd zatem w Polsce tak duże niezadowolenie z systemu, warunków, finansów? Dlaczego lekarze jeszcze nie wypracowali sobie odpowiedniej pozycji w społeczeństwie i właściwego traktowania przez rząd?

Sprawa ciągnie się od czasów PRL. Wśród dokumentów Bolesława Bieruta znaleziono tajny dekret, pochodzący z Moskwy, nakazujący stosowne zachowania wobec społeczeństwa, aby łatwo nim było sterować i zawsze można je szybko spacyfikować (Instrukcja NK/003/47/Ścisłe tajne/AA/OC113/Moskwa, 3.IV.1947 r.). Czytamy w nim: „(...) *Doprowadzić do tego, aby pracownicy na stanowiskach państwowych (z wyjątkiem służb ścigania i pracowników przemysłu wydobywczego) otrzymywali niskie pobory. Dotyczy to w szczególności służby zdrowia, wymiaru sprawiedliwości, oświaty i kierowników różnych szczebli*”. Dokument zawiera wskazówki, jak postępować z ludźmi myślącymi, inteligentnymi itp. Należy im blokować możliwość awansu, utrudniać rozwój, korumpować ich (w pewnym momencie w Polsce łapówkarstwo było powszechne, wręcz

stanowiło dla wielu formę dodatkowego zarobku wobec upokarzająco niskich pensji). Krótko mówiąc nakazywano trzymać w ryzach całe inteligentne społeczeństwo i tak nim manipulować, żeby zawsze mieć „haka” np. na lekarza, bo bierze łapówki (nie do wiary, ale według raportu Euro Health Consumer Index jest to zjawisko nadal powszechne, dotyczy 30 proc. lekarzy!). Jesteśmy w wolnej Polsce, ale czy w głowach niektórych polityków nie przetrwały czasem zapędy komunistycznej władzy? Ciągłe bowiem słyszymy, że nie możemy więcej zarabiać, że nie powinno się rozwiązywać kwestii płac systemowo. Widzimy, że lekarz jest od wszystkiego – wszak jego cena jest porównywalna z ceną innego personelu, po co zatem zatrudniać asystentów, sekretarki?

Tymczasem wystarczy zebrać się w stado i jasno powiedzieć, jakie warunki mają być spełnione, byśmy pracowali w tym systemie. Ostatnim przykładem stadnej walki był protest lekarzy rezydentów. Protest, który coś ogłowił, bo przecież gromadzenie się ma zwiększać szanse każdego członka stada. Teraz trzeba mądrze i konsekwentnie budować stado złożone z wszystkich lekarzy, połączyć małe stada w większe, zjednoczyć się i wreszcie wykorzystać poniżające zasady. Sami bowiem jesteśmy sobie winni, że jest jak jest! Skoro mamy całkiem niezły poziom IQ, dlaczego jeszcze nie jesteśmy silnym, sprawnym stadem?

Dla rządzących idealnie jest, kiedy zarządza stadem baranów. Chyba mamy większe aspiracje? ■



Fot. archiwum

# Prawda i kompetencja w polityce

**PAWEŁ KOWAL**

Adam Vojtěch – polityk, prawnik i piosenkarz, właśnie zrezygnował ze stanowiska ministra zdrowia w rządzie Republiki Czeskiej kierowanym przez Andreja Babiša. Przez długi czas Vojtěch cieszył się opinią dobrego ministra, który radzi sobie ze zwalczaniem epidemii koronawirusa. Do czasu, kiedy liczba wykrytych zachorowań wzrosła na tyle, że musiał odejść, a premier Babiš złożył coś na kształt samokrytyki, że zbyt szybko jego rząd zrezygnował z ograniczeń. Vojtěcha zastąpił profesor medycyny Roman Prymula, specjalista epidemiolog.

**P**andemia nie pozwala na spokój w gabinetach ministrów zdrowia. Co się liczy najbardziej jako kompetencja ministra zdrowia? Dostęp do „ucha” najważniejszych polityków i zdolność przekonywania do podejmowania szybkich, czasami trudnych decyzji w gabinetach władzy? A może umiejętność zarządzania, doświadczenie w kierowaniu szpitalami, wielkimi firmami farmaceutycznymi? Gdy w Polsce Morawiecki doszedł do wniosku, że czas zastąpić na stanowisku ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego – lekarza, Adamem Niedzielskim – nielekarzem, w Czechach Babiš postąpił odwrotnie. Który z premierów miał rację? Medycyna i, szerzej, ochrona zdrowia to w nowoczesnym świecie duży obszar zagadnień. Doprawdy trudno znaleźć kogoś, kto będzie miał doświadczenie w prowadzeniu zarówno poradni medycyny rodzinnej, jak i apteki oraz hospicjum, a także znał zasady działania wielkich specjalistycznych klinik itd. A jeśli byłby to profesor, jaką powinien mieć specjalność? Lepiej, by był kardiologiem, okulistą czy specjalistą medycyny sportowej?

Może więc ministrem zdrowia w okresie reform albo pandemii powinien być jednak polityk z wpływami wśród najważniejszych decydentów? W czasach epidemii rządy wszystkich demokratycznych krajów dbają nie tylko o zdrowie publiczne, ale też o odpowiednią informację o swoich wysiłkach, oczekują od ministra zdrowia propagandy sukcesu, by nie stracić w badaniach opinii publicznej albo w wyborach. Minister Szumowski swe wypowiedzi tak układał, gładził i czytelował, by pasowały do przekazu.

Minister zdrowia w czasach epidemii powinien być twardy, mówić prawdę, podawać obywatelom informacje oparte na wiedzy medycznej. Lekarzem może być, nawet dobrze, by miał doświadczenie w pracy w służbie zdrowia, ale tylko wtedy, gdy jego horyzonty są znacznie szersze niż własna specjalizacja czy szpital, i kiedy potrafi zarządzać, inspirować do działania, ma odwagę powiedzieć prosto w oczy jak jest zarówno decydentom, jak i obywatelom, nawet wówczas, gdy przed telewizorami czekają tylko na dobre wiadomości. ■

REKLAMA

zapraszamy na studia podyplomowe

## Centrum Kształcenia Podyplomowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

- Dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych
- Metodologia badań klinicznych
- Medycyna estetyczna
- Medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo
- Prawo medyczne w ochronie zdrowia
- Psychodietetyka
- Seksuologia kliniczna
- Żywność kliniczna
- SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia

ul. Żwirki i Wigury 61,  
02-091 Warszawa  
budynek rektoratu, pokój 509  
tel.: 22 57 20 519, 22 57 20 510

*studuj z nami*  
[www.ckp.wum.edu.pl](http://www.ckp.wum.edu.pl)

# Przybliżona ekstrapolacja

Statystyki dotyczące wpływu wirusa SARS-CoV-2 na ludzi są opracowywane według skomplikowanych modeli matematycznych. Część ma duży margines błędu, błędnie też mogą być interpretowane przez masowego odbiorcę.

Zawiłości te wyjaśnia wirusolog dr hab. n. med. **Tomasz Dzieciatkowski** w rozmowie z Michałem Niepytalskim.



Graf. licencja OLL w Warszawie

**W kontekście statystyk związanych z koronawirusem media posługują się często sformułowaniami-wytrychami, np. spłaszczenie krzywej, które przeciętnemu człowiekowi mówią niewiele. Dlatego proszę o wyjaśnienie, na jakie dane liczbowe powinno się zwracać szczególną uwagę.**

Jednym z najważniejszych współczynników jest ten dotyczący zakaźności. Wskazuje liczbę osób, które zakażony wirusem może zarazić w optymalnych warunkach. W przypadku koronawirusa ten współczynnik nie jest bardzo wysoki, bo w zależności od odmiany wirusa wynosi 2–3. Dla porównania wirus ospy wietrznej ma współczynnik 9, odry zaś 14. W czasie epidemii liczy się też odsetek zgonów wśród osób zakażonych. Wszystkie te obliczenia opierają się na różnych modelach matematycznych i właśnie matematycy się nimi zajmują.

**Ale matematycy operują na danych, które ktoś zbiera. Czy w Polsce można mówić o właściwym gromadzeniu danych?**

Możemy określić, jaki notuje się procent zgonów wśród osób, u których wykryto SARS-CoV-2. Natomiast nie potrafimy precyzyjnie stwierdzić, ile osób zostało zakażonych wirusem, bo trzeba by przeprowadzić masowe badania. Na skalę populacji. Na to nas, niestety, nie stać i wiedzy z tego płynącej nam brakuje. Z większą pewnością możemy wskazać

liczbę osób, które przechodzą COVID-19 objawowo. I na podstawie danych światowych, znając tę liczbę i statystyki wskazujące, że w taki sposób zakażenie koronawirusem przechodzi od 15 do 30 proc. osób, możemy jedynie ekstrapolować, i to w dużym przybliżeniu, ilu Polaków zakażyło się SARS-CoV-2.

**Czy któryś kraj może stanowić dla nas wzór, jeśli chodzi o takie badania populacyjne?**

Nie. Musiałyby to być bardzo mały i zamieszany kraj. Na początku pandemii tego typu duże badania zrobiły Islandia i Finlandia, ale przeprowadziły je za pomocą metod biologii molekularnej. Tylko że trwałość wyników takich badań jest niewielka, wskazania mogą się zmieniać z dnia na dzień.

**Mówi się, że politycy usiłują manipulować statystykami dla własnych celów. Czy rzeczywiście sposób prezentacji statystyk covidowych może zmieniać obraz sytuacji epidemicznej na bardziej optymistyczny lub pesymistyczny?**

Niestety, takie rzeczy się zdarzają. Przykładowo, jeśli popatrzeć się na dobowe statystyki liczby zakażonych, łatwo zauważyć, że w weekendy i w poniedziałki owe liczby są niższe. Nie wynika to jednak z rzeczywistego spadku wskaźnika zakażeń, tylko z tego, że w weekendy ludzie rzadziej korzystają z usług placówek ochrony zdrowia, więc rzadziej są zlecane badania. Dlatego za-

wsze na liczbę dobowych zakażeń trzeba patrzeć przez pryzmat wykonanych w danym dniu testów. Jeśli stosunek jednego wskaźnika do drugiego jest porównywalny zarówno w weekend, jak i w dni powszednie, trudno mówić o spadku liczby zakażeń.

Kolejne pole do swobodnej interpretacji statystyk daje brak informacji o tym, kto był badany w określonym dniu. Jeśli badane są wyłącznie osoby, które miały kontakt z zarażonym, rzeczywiście mamy grupę w miarę reprezentatywną ze statystycznego punktu widzenia. Ale jeśli w głównej mierze są to osoby z objawami, stosunek liczby wyników badań pozytywnych do negatywnych nie posiada właściwości badania populacyjnego.

**A czemu u nas testów zleca się zbyt mało?**

Dlatego m.in., że system polskich laboratoriów diagnostycznych jest ułomny. Kiedy zaczęła się epidemia, zadziałał mechanizm „wszystkie ręce na pokład”. Powołano bardzo wiele bardzo małych laboratoriów, które mają niską przepustowość, bo w dużej mierze opierają działania na metodach manualnych. Nie ma sieci dużych laboratoriów wyposażonych w sprzęt do automatycznej izolacji czynników i zdolność do analizowania setek albo nawet tysięcy próbek na dobę, np. takich jak istniejące w Niemczech. To efekt co najmniej 20 lat zaniedbań w polskiej diagnostyce laboratoryjnej. ■





Fot. archiwum

# Co z tą szczepionką?

MAŁGORZATA SOLECKA

Spośród tysięcy dzieci do lat pięciu w Polsce szczepi się przeciwko grypie pięcioro, sześcioro. W Wielkiej Brytanii – sto razy więcej. I choć w kontekście grypy jako o grupie ryzyka mówi się o seniorach, warto pamiętać, że dzieci w pierwszym roku życia wymagają hospitalizacji z powodu grypy równie często jak osoby w podeszłym wieku.

**Sz**czepienia przeciw grypie przed sezonem – jak to określają eksperci – twindemii, to w Polsce wyjątkowo gorący temat. W ubiegłym roku zaszczepiło się około 4 proc. populacji, a firmy farmaceutyczne musiały zutilizować 100 tys. dawek szczepionki. Polska od lat (zawsze) jest, jeśli chodzi o szczepienia przeciw grypie, rynkiem wyjątkowo dla koncernów nieatrakcyjnym. Po pierwsze, wyszczepialność notujemy dramatycznie niską (w zestawieniach krajów europejskich jesteśmy wręcz pomijani!), po drugie – cena, jaką uzyskują producenci, dostarczając szczepionkę do Polski, jest niższa niż w krajach zachodniej Europy. Nikomu – poza epidemiologami, kardiologami, pulmonologami, geriatrami (a przede wszystkim prof. Lidią Brydak, od lat walczącą o zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat grypy i wagi szczepienia przeciw niej) – wydawało się to nie przeszkadzać, aż do września 2020 r., gdy szczepionka przeciw grypie stała się jednym z najbardziej pożądaných dóbr.

*– Od połowy sierpnia nie było dnia, żeby w aptece nie zapytało o szczepionkę przynajmniej kilka osób. Najpierw były pytania, kiedy można się zapytać o termin dostawy. Potem – kiedy będzie. Od 10 września, kiedy spodziewaliśmy się pierwszej dostawy, liczba pytających wzrosła, a ludzie coraz mocniej naciskają i są coraz bardziej niecierpliwi. A do naszej apteki do tej pory, do 26 września, dotarło niespełna 50 dawek szczepionki w kilku dostawach – relacjonuje pracownica jednej z bielańskich aptek. – Wróciły lata 80.!*

Starsi pamiętają, młodszy się uczą: w czasach słusznie minionych, w okresie permanentnego niedoboru, dobra luksusowe (czyli w pewnym momencie niemal wszystkie) po pierwsze sprzedawało się „spod lady”. Kierownik sklepu, a nawet szeregową ekspedientkę w hierarchii społecznej stali wyżej niż profesor uniwersytetu, o lekarzu nie wspominając. Po drugie, tworzone listy społeczne i komitety kolejkowe pilnujące porządku w dostępie do dóbr. Po trzecie, towary były reglamentowane. I choć Ministerstwo Zdrowia robi dobrą minę do fatalnej gry, dostęp do szczepionki przeciw grypie rządzi się w tej chwili prawami rodem z PRL.

Czy mogło być inaczej? Sądząc po decyzjach, jakie zapadły we wrześniu w Ministerstwie Zdrowia, nie tylko mogło, ale wręcz powinno. Resort zdrowia wraz z Agencją Rezerw Materiałowych ogłosiły chęć zakupu dodatkowych dawek szczepionki i wszystko wskazuje, że producenci zdołają dostarczyć do Polski nawet pół miliona dawek więcej, niż wynikałoby z zamówień rynkowych. Tym samym narrację, zgodnie z którą „rząd nie ma tu nic do powiedzenia”, bo dostawami szczepionki przeciw grypie rządzi rynek, można włożyć między bajki. Dostawy „rynkowe” sięgają w tej chwili niespełna 1,8 mln dawek. Być może tym kanałem do Polski trafi jeszcze 200 tys. szczepionek, w tej sprawie też resort zdrowia naciska producentów. Osobno Ministerstwo Zdrowia nabyło ponad 100 tys. (dokładnie 114 tys.) szczepionek dla pracowników ochrony zdrowia (szczepienia mają się rozpocząć w połowie października). A pół miliona dawek kupionych przez ARM ma wystarczyć na ewentualne uzupełnienie niedoborów szczepionki właśnie dla osób pracujących w ochronie zdrowia, a także dla seniorów powyżej 75. roku życia, którzy mają w tym sezonie szczepionkę refundowaną w 100 proc. Osoby mające więcej niż 65 lat oraz zakwalifikowane do grupy podwyższonego ryzyka (m.in. z chorobami współistniejącymi oraz kobiety w ciąży) mogą liczyć na 50 proc. refundacji, pozostali płacą minimum 46 zł.

*– Sezon szczepień przeciw grypie trwa w Polsce do grudnia i wszyscy, którzy zechcą się zaszczepić, na pewno będą mogli to zrobić – uspokajał w Sejmie wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, którego posłowie odpytywali zarówno podczas posiedzenia Komisji Zdrowia, jak i na posiedzeniu plenarnym. Kilka telefonów do aptek podważa urzędowy optymizm. – Nie zapisujemy już do kolejki. Mamy na liście prawie 200 osób, niektóre podwójnie i potrójnie. Szczepionek hurtownie nie mają i co gorsze nie potrafią powiedzieć, kiedy będą je miały. Być może dostaniemy pierwszą partię w połowie października, bardziej prawdopodobny jest początek listopada – tę i podobne wypowiedzi słyszymy w warszawskich placówkach. Aptekarze zastrzegają, że jeśli szczepionki pojawią się przed połową października, najpierw zaszczepią siebie i swoich*

pracowników. – *Mamy obieca-  
ne szczepionki od ministra, ale  
w tej chwili byłoby naiwnością  
sądzić, że starczy ich dla wszyst-  
kich – mówią. – Umiesz liczyć,  
licz na siebie.*

To prawda, że problemy z do-  
stępnością szczepionki stanowią efekt śladowego zaintereso-  
wania szczepieniami przeciw grypie w Polsce. Ale od marca  
można było przewidzieć, że owo zainteresowanie wyraźnie  
wzrośnie. Eksperti bowiem od miesięcy tłumaczą, jak ważne  
w sezonie infekcyjnym dla ochrony indywidualnej, ale też dla  
całego systemu ochrony zdrowia, będzie zaszczepienie jak  
największej liczby osób przeciw grypie. Zapotrzebowanie na  
szczepionki zwiększy się więc znacząco, czyli nie o kilka-  
dziesiąt, ale być może nawet o 100 (i więcej) proc.

To i tak plasowałoby Polskę na szarym końcu w statystykach  
wyszczepialności przeciw grypie. Biorąc pod uwagę tylko  
jedną ze szczególnie wrażliwych populacji – osób powyżej  
65. roku życia – cel, jaki postawiła przed swoimi członkami  
Unia Europejska, to 75 proc. zaszczepionych. Blisko celu są  
Irlandia Północna i Szkocja, powyżej 60 proc. seniorów szcze-  
pią Anglia, Holandia, Walia, Irlandia i Portugalia. Polska  
w tej statystyce zajmuje 20. miejsce – głównie dzięki samo-  
rządowym programom polityki zdrowotnej, bo większe i mniej-  
sze gminy od lat prowadzą bezpłatne szczepienia seniorów.

Eksperti podkreślają (z ubolewaniem),  
że poziom wyszczepialności pracowników  
ochrony zdrowia w Polsce nie odbiega  
znacząco od średniej dla całej populacji.

nie ma żadnych wątpliwości, że wirusa grypy przenoszą  
bardzo łatwo.

Eksperti podkreślają (z ubolewaniem), że poziom wyszcze-  
pialności pracowników ochrony zdrowia w Polsce nie odbie-  
ga znacząco od średniej dla całej populacji. Z danych prezen-  
towanych w ostatnich latach wynika, że najchętniej szcze-  
pią się pielęgniarki, ale i tak jest ich mniej niż 10 proc. Potwier-  
dzają to doniesienia z placówek medycznych z ostatnich ty-  
godni. – *W tym roku chęć zaszczepienia zgłosiło około 30 osób,  
niemal wszyscy zatrudnieni. W ubiegłych latach ze szczepie-  
nia zakładowego korzystało może pięć, sześć osób – mówi  
szef niewielkiego podwarszawskiego ZOZ. Polska i w tym  
zakresie znacząco odbiega od innych krajów. Pod względem  
wyszczepialności personelu medycznego przeciw grypie pal-  
mę pierwszeństwa dźwierzą Stany Zjednoczone (około 80 proc.).  
W Europie to poziom niewyobrażalny, choć publikacje nau-  
kowe dowodzą, że wyszczepialność w poszczególnych kra-  
jach w tej grupie systematycznie od kilku lat rośnie. W czo-  
łówce są Belgia, Wielka Brytania i Niemcy. ■*



**HONDA**  
Wyszomirski

**Wy opiekujecie się nami, my zatroszczymy się o Was.**

**20 000 zł rabatu? Jeszcze lepsza oferta dla branży medycznej. Sprawdź nas.**

O szczegóły zapytaj handlowca:

Stanisław Dzwonkowski +48606486485  
stanislaw.dzwonkowski@wyszomirski-honda.pl

Dominik Kryczka +48664980660  
dominik.kryczka@wyszomirski-honda.pl

Honda Wyszomirski  
ul. Puławska 595  
Warszawa  
tel. 22 487 97 00

Honda Wyszomirski  
ul. Terespolska 7  
Siedlce  
tel. 25 633 33 55

www.wyszomirski-honda.pl

REKLAMA



# Nie lekceważmy grypy!

O szczepieniu na grypę w czasach koronawirusa, postawie lekarzy wobec szczepień, a także szczepionkowych mitach mówi dr n. med. **Ewa Duszczyk**, specjalista pediatrii, wieloletni pracownik Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie, w rozmowie z Anettą Chęcińską.

## Dotąd Polacy niechętnie szczepili się przeciw grypie. Czy pandemia koronawirusa zmieni nasze podejście do tej formy profilaktyki?

**G**rypa w Polsce jest chorobą lekceważoną. Czasami mówi się o niej lekko: „grypka”. Jeżeli nasi pacjenci dowiadują się z rodzimych statystyk, że na grypę chorują 4 mln ludzi, a zgonów jest od 100 do 200, uważają, że to niegroźne schorzenie. Tymczasem trzeba przypomnieć, że pacjenci

umierają z powodu powikłań pogrypowych (np. zapalenia płuc albo zapalenia mięśnia sercowego). W takim przypadku w karcie zgonu są wpisane choroby, które były bezpośrednią przyczyną śmierci, a nie grypa. Rocznie w sezonie grypowym na świecie choruje łącznie 10 proc. populacji dorosłych i aż 30 proc. populacji dzieci i młodzieży. Dzieci są roznosicielami wirusa grypy. Z doświadczenia zawodowego oraz rodzinnego wiem, że to groźna choroba, a jej powikłania są niebez-

pieczne. Szczepię się przeciw grypie od około 30 lat. Szczepiłam również moich rodziców, dzięki czemu przedłużyłam im życie przynajmniej o 10–15 lat. Mój ojciec po grypie przechodził ciężkie zapalenia płuc, ale odkąd zaczął się szczepić, powikłania przestały się pojawiać. Szczepienia przeciw grypie w tym roku cieszą się większym zainteresowaniem z uwagi na wirusa SARS-CoV-2 i chorobę, którą wywołuje, czyli COVID-19, ponieważ w sezonie grypowym może dochodzić do współzakażeń, czyli zakażeń oboma wirusami jednocześnie.

## Kiedy najlepiej się zaszczepić i czy powinniśmy się obawiać, że szczepionek zabraknie?

Najwięcej zachorowań na grypę notujemy od stycznia do marca. Dobrze, by osoby w wieku senioralnym, szczególnie cierpiące na choroby przewlekłe, zaszczepiły się wcześniej, czyli we wrześniu, październiku, listopadzie. Wiadomo, że szczepionki trafią przede wszystkim do krajów, w których tzw. wyszczepialność jest wysoka. Jeżeli w Polsce średnio do tej pory szczepionkę przeciw grypie przyjmowało około 4 proc. populacji dorosłych, a dzieci chyba poniżej 1 proc., to nie jesteśmy dla producentów obiecującym rynkiem zbytu. Niemniej jednak szczepionki są zamówione, tyle że warto zainteresować się nimi wcześniej. W aptece, w której się zaopatruję, ich pierwsza dostawa rozeszła się w tym roku na pniu.

## Kto powinien skorzystać ze szczepienia w pierwszej kolejności?

Nie każdy jest tak samo narażony na ciężkie powikłania grypy. Są pacjenci tzw. podwyższonego ryzyka, np. bardzo małe dzieci, których nie można jeszcze zaszczepić, albo seniorzy, czyli osoby powyżej 65 lat. Znacznie ciężiej chorują na grypę ci, którzy mają już inne choroby, np. cukrzycę, choroby układu krążenia, układu oddechowego, a przede wszystkim kobiety w ciąży. Światowa Organizacja Zdrowia zwraca uwagę, że umieralność z powodu grypy jest najwyższa

Fot. archiwum



w grupie kobiet w ciąży, dorosłych chorych przewlekle, ludzi bardzo otyłych i dzieci z przewlekłymi chorobami układu nerwowego i zaburzeniami rozwoju. WHO zaleca szczepienie przeciw grypie kobietom na każdym etapie ciąży, dzieciom od 6. miesiąca życia do 5. roku, osobom mającym więcej niż 65 lat i należącym do grup podwyższonego ryzyka oraz pracownikom ochrony zdrowia. Szczepionki przeciw grypie mają w Polsce status zalecanych, tzn. są pełnopłatne, a refundowane w całości lub części tylko w niektórych przypadkach.

### Aspekt finansowy ma dla wielu osób znaczenie i wpływa na decyzję o szczepieniu. Kto skorzysta z refundacji w tym roku?

Dla osób powyżej 75 lat szczepionki są bezpłatne. Refundacja 50 proc. obejmuje dorosłych do 65. roku życia z chorobami kardiologicznymi, układu oddechowego, metabolicznymi i po transplantacji narządu, a także kobiety w ciąży, dorosłych w przedziale 65–75 lat oraz dzieci w wieku 3–5 lat (w przypadku szczepionki donosowej). Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało również bezpłatne szczepienia dla personelu medycznego mającego bezpośredni kontakt z pacjentami.

### Dzieci nierzadko boją się klucia. Szczepionka donosowa to ułatwienie szczepienia?

Od ubiegłego roku nowością w Polsce jest szczepionka podawana nie w iniekcji, ale właśnie donosowo. Zawiera żywe osłabione wirusy i jest przeznaczona dla dzieci zdrowych – została zarejestrowana do stosowania od ukończenia przez dziecko 2 lat, czyli od 3. do 18. roku życia. Natomiast szczepionki nieżywe są stosowane u dzieci od ukończenia 6. miesiąca życia i mogą być podawane dzieciom z problemami zdrowotnymi. Ale pacjenci boją się nie tylko ukłucia. Wciąż mierzymy się z mitami na temat szczepień, np.: „Szczepienie jest gorsze niż sama choroba” (mnie od tego twierdzenia włosy na głowie się jeżą) albo „Zaszczepiłem się

i zachorowałem niemal od razu”. Cóż, po każdym szczepieniu może pojawić się odczyn niepożądany. U części pacjentów występuje miejscowo (ból, zaczerwienienie, obrzęk) i po 2, 3 dniach ustępuje. Natomiast może się zdarzyć, że pacjent, który się szczepi w sezonie grypowym, akurat napotkał wirusa grypy, zanim zdążył wytworzyć odporność.

Kolejny mit: „Szczepionka osłabia siły odpornościowe organizmu”. Odwrotnie – mobilizuje układ odpornościowy do pracy, a osoby, które od lat się szczepią przeciw grypie, naprawdę rzadziej chorują. Wiadomo, że w sezonie jesienno-zimowym krążą różne wirusy, od wirusów przebiegnięcia do wirusów grypy. Szczepionka chroni tylko przed wirusem grypy, ale pacjenci o tym nie wiedzą. Obecnie stosowane szczepionki są 4-walentne, czyli zawierają dwa wirusy grypy typu A i dwa typu B, czyli po jed-

Nie wiemy, czy w danym sezonie grypa uderzy z wielką mocą, czy będzie dla nas łaskawsza, odnotujemy mniej zachorowań i okażą się łagodniejsze. Szczepienie, jeżeli nie zapobiegnie grypie, to zdecydowanie złagodzi jej przebieg.

nym z linii Victoria i Yamagata. Ich skład jest rokrocznie aktualizowany.

### Bezpośredni kontakt z lekarzem w czasie epidemii bywa utrudniony. Jak poradzić sobie z kwalifikacją do szczepienia w ramach teleporady?

Zasady realizacji szczepień w dobie COVID-19 zostały bardzo dobrze określone przez Polskie Towarzystwo Pediatriczne i przez krajowego konsultanta ds. pediatrii. Teleporada ma nam służyć do zebrania wywiadu, spytania o uczulenia, reakcje na inne szczepienia, ewentualne niepożądane odczyny, natomiast obowiązuje nas kwalifikacja medyczna,

czyli zbadanie pacjenta. Pacjentów umawiać należy na konkretną godzinę, żeby się nie spotykali. Wywiad mamy już zebrany, w związku z tym wizyta nie zajmuje wiele czasu – tylko badanie i szczepienie. Bardzo istotne jest, żeby pacjent zaraz po szczepieniu nie wychodził z poradni, miał zapewnione miejsce, gdzie może 15–20 minut poczekać. Obserwujemy w tym czasie, czy nie wystąpił szybki odczyn i reakcja poszczepienna. Wydaje mi się, że podobne zasady postępowania powinny być stosowane w odniesieniu do dorosłych.

### Czy pacjenci oczekują dobrego przykładu od lekarzy? Pytają, czy personel medyczny jest zaszczepiony?

Lekarz musi dać przykład. Pacjenci nierzadko podkreślają, że lekarze mówią im o szczepieniach, ale sami się nie szczepią. Jeżeli my zasiejemy jakąkolwiek wątpliwość odnośnie do szczepień, jeżeli pacjent usłyszy od nas „niby można się zaszczepić, ale...”, przestajemy być wiarygodni. Dlatego, gdy pacjent mnie pyta, czy się zaszczepiłam, odpowiadam: TAK. Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy, którym kieruje prof. Adam Antczak, mobilizuje lekarzy, pielęgniarki, położne, salowe do poddawania się szczepieniom, m.in. po to, by nie odpowiadali za zakażenie pacjentów.

### Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zachęca lekarzy do szczepienia się przeciwko grypie w ramach akcji „Szczepimy – chronimy”.

Takie działania są bardzo ważne. Popieram je w pełni. Szczepienia są wielkim osiągnięciem medycyny, dzięki nim wielu chorób zakaźnych już nie spotykamy. Musimy również pamiętać, że grypa, tak jak wiele chorób zakaźnych, jest nieprzewidywalna. Nie wiemy, czy w danym sezonie uderzy z wielką mocą, czy będzie dla nas łaskawsza, odnotujemy mniej zachorowań i okażą się łagodniejsze. Szczepienie, jeżeli nie zapobiegnie grypie, to zdecydowanie złagodzi jej przebieg. ■



Fot. archiwum

# Sezon grypowo-covidowy

ŁUKASZ DURAJSKI, przewodniczący Zespołu ds. Szczepień OIL w Warszawie

**G**rypa zyskała niewłaściwe określenie: „zwykła”. Grypa nie jest zwykłą infekcją. To groźna, ostra choroba zakaźna wywołana wirusem. Inkubacja trwa 1–4 dni. Wirus namnaża się w komórkach nabłonka dróg oddechowych. Objawy grypy przypominają wiele innych chorób wirusowych. Grypa i SARS-CoV-2 też są podobne.

Choroba	COVID-19	Choroba	Choroba	Choroba
Wirus grypowy	1-4 dni	1-4 dni	1-4 dni	1-4 dni
Wirus odry	10-12 dni	10-12 dni	10-12 dni	10-12 dni
Wirus świnki	10-12 dni	10-12 dni	10-12 dni	10-12 dni
Wirus błonicy	10-12 dni	10-12 dni	10-12 dni	10-12 dni
Wirus różyczki	10-12 dni	10-12 dni	10-12 dni	10-12 dni
Wirus WNV	3-10 dni	3-10 dni	3-10 dni	3-10 dni
Wirus Zika	3-10 dni	3-10 dni	3-10 dni	3-10 dni
Wirus Dengue	3-10 dni	3-10 dni	3-10 dni	3-10 dni
Wirus Chikungunya	3-10 dni	3-10 dni	3-10 dni	3-10 dni
Wirus Ebola	2-16 dni	2-16 dni	2-16 dni	2-16 dni
Wirus Marburg	2-16 dni	2-16 dni	2-16 dni	2-16 dni
Wirus Hanta	1-3 tygodnie	1-3 tygodnie	1-3 tygodnie	1-3 tygodnie
Wirus West Nile	3-14 dni	3-14 dni	3-14 dni	3-14 dni
Wirus Mumps	12-18 dni	12-18 dni	12-18 dni	12-18 dni
Wirus Polio	3-6 tygodni	3-6 tygodni	3-6 tygodni	3-6 tygodni
Wirus Coxsackie	3-6 tygodni	3-6 tygodni	3-6 tygodni	3-6 tygodni
Wirus ECHO	3-6 tygodni	3-6 tygodni	3-6 tygodni	3-6 tygodni
Wirus Adeno	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus Herpes	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus CMV	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus HHV-8	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus JC	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus BK	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus SV40	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus Adeno	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus Herpes	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus CMV	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus HHV-8	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus JC	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus BK	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni
Wirus SV40	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni	2-6 tygodni

Najczęstsze powikłania pogrypowe występują:

- ✦ w układzie oddechowym – grypowe zapalenie płuc i oskrzeli, wtórne bakteryjne zapalenie płuc, zapalenie oskrzelików, szczególnie u niemowląt i u dzieci, np. zakażenie pneumokokowe, meningokokowe, zaostrzenie astmy,
- ✦ w układzie nerwowym – poprzeczne zapalenie rdzenia, zapalenie mózgu, opon mózgowych,
- ✦ w innych układach:
  - zapalenie ucha środkowego (zwłaszcza u dzieci),
  - zapalenie mięśnia serca i osierdzia,
  - zaostrzenie istniejących chorób przewlekłych (np. zastoinowej niewydolności serca),
  - drgawki gorączkowe,
  - zespół wstrząsu toksycznego,
  - zespół Reya,
  - zapalenie mięśni i mioglobinuria mogąca prowadzić do niewydolności nerek,
  - możliwość częstszego występowania schizofrenii w przypadku zakażenia wewnątrzmacicznego w czasie ciąży,
  - zakażenia meningokokowe.

Dlaczego warto się zaszczepić przeciwko grypie w tym sezonie? Współwystępowanie grypy i COVID-19 utrudnia diagnostykę pacjentów oraz powoduje szybkie wyczerpanie możliwości systemu zdrowotnego.

Jaki będzie skład szczepionki przeciwko grypie w sezonie 2020/2021? Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 4-walentne szczepionki, do produkcji których używa się wirusów spokrewnionych ze szczepieniami:

A/Guangdong-Maonan/SWL 1536/2019 (H1N1)pgm09, A/H Kong/2671/2019(H3N2), B/Washington/02/2019 (linia Victoria), B/Phuket/3073/2013 (linia Yamagata).

Szczepionka 3-walentna, w której składzie jest jedna linia wirusa grypy typu B, powinna zawierać antygeny szczepu spokrewnionego ze szczepem B/Washington/02/2019 (linia Victoria).

## Czy koronawirus jest groźniejszy niż grypa?

	Grypa	COVID-19
<b>Czas między zakażeniem a wystąpieniem objawów</b>	1–4 dni (średnio 1–2 dni)	2–14 dni lub dłużej (średnio 5–6 dni)
<b>Liczba osób, które może zarazić jedna chora osoba</b>	1,4–4	2–2,5
<b>Przebieg choroby</b>	Okolo 0,5 proc. hospitalizowanych	80 proc. – łagodny lub bezobjawowy, 15 proc. – ciężki, 5 proc. – bardzo ciężki (chorzy wymagają mechanicznego wspomaganie oddychania)
<b>Śmiertelność</b>	0,1 proc.	3–4 proc. (wg wstępnych danych)
<b>Grupy ryzyka ciężkiego przebiegu choroby</b>	Dzieci w wieku poniżej 5. roku życia, kobiety w ciąży, seniorzy, osoby z chorobami przewlekłymi oraz w immunosupresji	Seniorzy lub osoby z chorobami towarzyszącymi
<b>Leczenie i profilaktyka</b>	Szczepionka i leki przeciwwirusowe	Leczenie objawowe

Źródło: <https://www.mp.pl/>

# Lekarz – system – epidemia

Po wakacyjnych tygodniach odprężenia, po urlopowej „ucieczce” społeczeństwa od obostrzeń znacząco wzrasta liczba osób zakażonych wirusem SARS-Cov-2 i łóżek zajętych przez pacjentów wymagających hospitalizacji. System ochrony zdrowia stoi przed wyzwaniem, jakim jest jesienne nasilenie (niezależnie od tego, czy nazwiemy je drugą falą pandemii, czy wciąż pierwszą) zachorowań na COVID-19, któremu będą towarzyszyły zachorowania na grypę i infekcje grypopodobne. Po ogłoszeniu stanu epidemii szpitale, zwłaszcza jednoimiennie, zakażne, przeszły chrzest bojowy. Wszystkie placówki ochrony zdrowia musiały dostosować się do epidemicznych procedur, a personel radzić sobie ze zmianami organizacyjnymi oraz zapewnieniem niezbędnych w walce z koronawirusem środków ochrony indywidualnej i sprzętu medycznego. Jak wykorzystano doświadczenia ostatnich miesięcy? Z jakimi trudnościami mierzyli się pracownicy medyczni oddziałów szpitalnych i przychodni? Jak oceniają sytuację, wciąż będąc na froncie walki z epidemią?



Fot. archiwum

**Lek. Jacek Górny,** specjalista medycyny ratunkowej, kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego w Poznaniu

**P**ierwsze miesiące pandemii to było pospolite ruszenie. Od czasu epidemii ospy we Wrocławiu w 1963 r. nikt nie miał takich doświadczeń. Mimo wszystkich problemów czy nawet błędów, które mogły zostać po drodze popełnione, uważam, że zorganizowaliśmy się na tyle dobrze, na ile to było możliwe. Szpitale poradziły sobie w całkowicie nowej dla nich sytuacji. Osobną kwestią pozostaje oczywiście, czy przyjęto właściwą strategię, ale to już temat na inną rozmowę.

W tej chwili można przyjąć, że w szpitalach – staraniami ich dyrekcji i personelu – zapewniono wysokie bezpieczeństwo. Bezpieczeństwo największe uzyskano najszybciej w szpitalach jednoimiennych. Nieco inaczej, szczególnie na początku epidemii, zdarzało się w szpitalach, które nie znalazły się w grupie jednoimiennych. Tam personel medyczny był bardziej narażony na zakażenie, gdyż środki ochrony osobistej docierały do tych placówek w niedostatecznej ilości.

Utworzenie szpitali jednoimiennych, przeznaczonych do leczenia pacjentów zakażonych koronawirusem, miało wpływ na działalność SOR. W szpitalu, w którym pracuję, przed epidemią przyjmowaliśmy na oddział ratunkowy około 150 pacjentów na dobę. W momencie, gdy szpital został placówką jednoimienną, już nie tylko oddział zakaźny, który u nas był zawsze, ale też pozostałe oddziały szpitalne stały się obserwacyjno-zakaźne, od pewnego czasu również SOR ponosi ten ciężar. Zatem, chociaż na SOR pracują lekarze medycyny ratunkowej (14 specjalistów i rezydenci), bliżej nam teraz do oddziału obserwacyjno-zakaźnego z izbą przyjęć. Oczywiście, pacjentów w stanie ciężkim zaopatrujemy, ale mamy mniej pacjentów wymagających zastosowania procedur medycyny ratunkowej. Tych chorych przejęły inne poznańskie szpitale, które mają obecnie o 15–40 proc. więcej pacjentów. W konsekwencji w tamtych placówkach brakuje miejsc. Załóżmy, że pacjent trafił do nas z powodu urazu albo z problemami kardiologicznymi, neurologicznymi, chirurgicznymi. Jeżeli wynik jego testu na koronawirusa nie jest dodatni, nie wolno go nam hospitalizować, musimy go przenieść do innego szpitala. Jak to jednak uczynić, kiedy w tych innych szpitalach oddziały pękają w szwach z powodu przejścia naszych pacjentów sprzed pandemii. W rezultacie lekarze każdego SOR w Poznaniu – w tym naszego w szpitalu jednoimiennym – mają ogromny problem z przekazaniem pacjenta do innego oddziału szpitalnego. Uzgodnienia z innymi placówkami są czasochłonne i bardzo trudne – poszukujemy miejsc dla naszych pacjentów w coraz odleglejszych szpitalach, wszystko spoczywa na barkach lekarzy SOR. Bywa też, choć nie ma ku temu podstaw, że inne placówki obawiają się pacjenta ze szpitala jednoimiennego, mimo negatywnego wyniku jego testu RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.





➤ Reżim sanitarny w szpitalach jednoimiennych i zasady izolacji są na bardzo wysokim poziomie, nie można bowiem dopuścić do zakażenia ani pacjenta, ani personelu. Rzecz jasna izolacja nie zawsze spotyka się ze zrozumieniem u pacjentów. Jak przyjmujemy 15 czy 20 osób z wesela, one bardzo chciałyby zostać razem, a my rozdzielamy je do różnych pomieszczeń do czasu otrzymania wyniku testu. Oczywiście, jeżeli ktoś nas nie posłucha, może dojść do zakażenia, niemniej jednak po to nasz zespół jest liczny, aby takie sytuacje opanować.

Procedury wykonywane na SOR bywają drogie, ale relatywnie tańsze niż te same na innych oddziałach. SOR się opłaca systemowi, gdyż lekarz medycyny ratunkowej w skoordynowany sposób zbiera najważniejsze informacje o stanie pacjenta, zleca pełną diagnostykę i wdraża wstępne leczenie ratunkowe z intensywną terapią włącznie – od drzwi szpitala. Mówimy o życiu i zdrowiu pacjenta, które jest nadrzędnym celem, jednak walka o to dobro kosztuje, a za wzrostem liczby pacjentów nie idzie adekwatne finansowanie. Podczas pandemii przybyło nam zadań administracyjnych, chociażby związanych z przenoszeniem pacjentów do innych placówek.

Na SOR jest coraz więcej pacjentów, którzy powinni być zdiagnozowani w POZ. Część lekarzy rodzinnych w ramach teleporady (a to znaczy, że nie widzieli i nie badali pacjenta) kieruje chorych do szpitala jednoimiennego, tłumacząc, że nie mają narzędzi, aby kierować ich na testy w ramach nowej strategii. Absurdem jest też fakt, że lekarz rodzinny może skierować na wymaz w kierunku SARS-CoV-2 tylko pacjenta z wszystkimi czterema objawami. W efekcie na SOR trafiają niepotrzebnie pacjenci ze słabszymi objawami, niż ci, których ma diagnozować lekarz rodzinny. Musimy te problemy rozwiązywać na bieżąco.

Staramy się, aby w tym trudnym okresie nasze działania przebiegały maksymalnie profesjonalnie. Lekarz medycyny ratunkowej to, można powiedzieć, frontowiec przygotowany do walki. W trosce o bezpieczeństwo swoje i pacjentów wykonujemy nasze obowiązki profesjonalnie, ale pracujemy w stanie bardzo dużego obciążenia psychicznego, które może skutkować u części z nas szybszym wypaleniem zawodowym. ■



**Lek. Jadwiga Kłapa-Zarecka,**  
specjalista medycyny rodzinnej,  
Centrum Medyczne DoktorA

**P**andemia SARS-CoV-2 była szokowaniem dla wszystkich. Na początku staraliśmy się uspokajać pacjentów. Brak danych na temat nowego wirusa na pewno nie pomagał. Jednak lekarze rodzinni to dobrze zorganizowana grupa. Możemy na siebie liczyć. Mamy zaangażowaną i troszczącą się o nas krajową konsultant dr hab. n. med. Agnieszkę Mastalerz-Migas, mamy pomoc praw-

ników z Porozumienia Zielonogórskiego. Od początku *lock-downu* setki lekarzy POZ uczestniczyły w webinarach, podczas których poznawaliśmy nowe algorytmy postępowania. Było wiele niewiadomych, ale mimo chaosu, czułam się dobrze przygotowana.

Moim zdaniem najtrudniejsza była i niestety nadal jest komunikacja z Ministerstwem Zdrowia: zmiany wytycznych nie były konsultowane z naszym środowiskiem, o nowych zasadach postępowania dowiadaliśmy się z mediów. Początkowo mieliśmy zajmować się wszystkimi pacjentami, z wyjątkiem COVID+. Zastosowano system teleporad, by zmniejszyć stopień narażenia na zakażenie koronawirusem. Przyznam, że doceniam to rozwiązanie, choć wprowadzono je nagle i spotyka się z licznymi głosami krytyki. Krajem zachodniej Europy często długie lata zajmowało to, co u nas wdrożono w kilka tygodni. Część pacjentów i lekarzy rodzinnych nie umiała się odnaleźć w nowej rzeczywistości, ale nie mieliśmy wyboru. Zapewniałam pacjentów, że każdy zgłaszający się z problemem wymagającym zbadania, będzie przyjęty. Bywały dni, że 10 proc. teleporad kończyło się wezwaniem na badanie, bywało, że 70 proc. Zdecydowana większość pacjentów naszego POZ jest zadowolonych z tego rozwiązania.

Z początku nie mieliśmy możliwości zlecenia testów w kierunku koronawirusa. A potem... staliśmy się pierwszą linią frontu. Pacjenci nieraz są wprowadzani w błąd przez instytucje publiczne. Powoduje to narastanie frustracji i negatywny stosunek do POZ. Cóż wobec tego znaczą problemy ze zdobyciem środków ochrony indywidualnej, wygospodarowaniem osobnego gabinetu dla pacjentów COVID+, z komunikacją z sanepidem? Ale zespoły pracowników POZ stać na poświęcenie, mamy doświadczenie w „robieniu czegoś z niczego”.

Ponieważ wytyczne nie były opracowywane wspólnie i stosowano zasadę „to wasze, to nasze”, obawiałam się, że może dojść do silnych podziałów i antagonizmów w środowisku medycznym. I tak się stało. Na portalach społecznościowych zaczęły się przepychanki, wzajemne oskarżanie. W mediach pojawiło się wiele krytycznych słów pod adresem POZ i lekarzy rodzinnych. Problem w tym, że patologie i sytuacje jednostkowe pokazano jako standard, codzienność.

Pytałam kolegów, ile czasu zajmuje im „obsłużenie” pacjenta podejrzanego o COVID-19. Odpowiedzi różniły się w zależności od stanu chorego. Niektórzy mówili, że na dwie godziny zablokowali przychodnię, inni na trzy. Są tacy, którzy uparli się z sytuacją w 30 min. Gdy przyjmowałam młodą, sprawną intelektualnie, dobrze słyszącą osobę, podliczyłam: teleporada z zebraniem dokładnego wywiadu i zorganizowaniem warunków do wizyty – 15 min, badanie – 5 min, wystawienie zwolnienia – 2 min, problemy z logowaniem na portalu gabinet.gov.pl – około 12 min, w końcu wystawienie skierowania i druku ZLK-1 – około 2 min.

Później jest trudniej: zaczyna się oczekiwanie na wynik (są opóźnienia), ewentualne przekazanie pacjenta do specjalisty chorób zakaźnych w celu skierowania do izolacji. Dziś do-

wiedziałam się, że to my, w POZ, będziemy decydować o izolacji. To dobre rozwiązanie. Wysyłanie wszystkich pacjentów z dodatnim wynikiem testu na oddział zakaźny (doceniam pracę lekarzy chorób zakaźnych w szpitalach!) było według mnie absurdem. Obawiam się jednak, że zlecenie izolacji będzie się wiązać z koniecznością logowania na kolejnym portalu, czyli wykonywaniem czynności administracyjnych, i jeszcze bardziej wydłuży moją pracę. Uważam, że skierowanie powinno być wystawiane z systemu, w którym pracujemy, a ewentualna izolacja powinna być zlecana już na etapie wypisywania zwolnienia lekarskiego.

Doświadczenia z pandemii? Nauczmy się działać razem. Wypowiadajmy się o sobie z szacunkiem. Współpracujmy. Na Titanicu polskiej ochrony zdrowia można przynajmniej zagrać razem ostatni hymn. Wszyscy jesteśmy na tym samym pokładzie i możemy podać sobie ręce. ■



Fot. archiwum

**Dr n. med. Krzysztof Ozierański,**  
pracownik I Katedry i Kliniki  
Kardiologii Warszawskiego  
Uniwersytetu Medycznego,  
członek Okręgowej Rady  
Lekarskiej w Warszawie

**P**ierwsze miesiące epidemii były okresem zbierania cennych doświadczeń, które obecnie wykorzystujemy w pracy. Na początku wiele mówiło się o trudnościach organizacyjnych, niedoborach sprzętu medycznego i środków ochrony indywidualnej, towarzyszących nam emocjach i obawach, ale to zrozumiałe, gdyż wszyscy zetknęliśmy się z czymś nowym. Miejmy nadzieję, że ten najtrudniejszy czas już za nami.

Obecnie szpitale są dużo lepiej przygotowane do działania w czasie pandemii. Mam wrażenie (oczywiście mówię na podstawie pracy w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym WUM oraz rozmów ze znajomymi z innych szpitali), że oddziały są zabezpieczone: nie brakuje środków ochronnych dla personelu, środków do dezynfekcji. Po licznych spotkaniach pracowników z dyrekcją udało się wypracować koncepcję działania szpitala, która w kolejnych miesiącach epidemii sprawdziła się i pozwoliła placówce dobrze funkcjonować. Dość szybko została utworzona tzw. covidowa izba przyjęć. Byli do niej kierowani pacjenci z podejrzeniem zainfekowania koronawirusem, przede wszystkim na

podstawie trzech objawów: gorączki, duszności i kaszlu, a także osoby z podejrzeniem kontaktu z kimś zakażonym. Po przejściu niezbędnych badań, jeżeli było wskazanie do hospitalizacji, pacjentów przyjmowano na wyznaczony oddział, w tym również tzw. oddział covidowy. U nas każdy pacjent do czasu potwierdzenia wyniku testu jest izolowany. Czas oczekiwania na wyniki testów wynosi kilka godzin (w przypadku „ostrzych” przyjęć, które są oceniane w lokalnym laboratorium) lub standardowo około doby. Na moim oddziale nie było ani jednego chorego z potwierdzonym wynikiem zakażenia SARS-CoV-2, ale w całym szpitalu się zdarzali. Z czasem, gdy przypadków wirusowych było mniej, covidowa izba przyjęć została zamknięta, a w głównej izbie przyjęć wydzielono strefę dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem. Izba covidowa była w pełni zaopatrzona w potrzebny sprzęt, w razie zwiększenia liczby zakażonych będzie uruchomiona ponownie. Wspominam o tym, gdyż rozdział pacjentów pozwolił zachować ciągłość pracy szpitala, co jest kluczowe, szczególnie dla szpitala wielospecjalistycznego o najwyższej referencyjności.

Cały czas przyjmowaliśmy chorych wymagających pilnej diagnostyki i leczenia. Początkowo przyjęcia planowe były najczęściej odkładane na później, choć taka selekcja musi być rozsądna. Pacjenci, którzy mają objawy zaostrzenia choroby przewlekłej lub nową chorobę, a diagnozowanie i leczenie na dystans nie przynosi efektów, oraz osoby wymagające natychmiastowej pomocy powinni być pilnie kierowani do izby przyjęć lub na oddział szpitalny, bez względu na to, czy jest stan epidemii, czy nie.

Zaobserwowaliśmy zmniejszenie się liczby chorych, co było wynikiem obaw pacjentów przed hospitalizacją w okresie epidemii. Co więcej, według najnowszych danych płynących z wrześniowego kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w tym roku było o 30 proc. mniej interwencji na naczyniach wieńcowych niż w analogicznym okresie w ubiegłym roku. Nie dlatego, że jest mniej chorych, tylko dlatego, że wykonujemy mniej zabiegów, a to powoduje, że pacjenci trafiają do nas w cięższych stanach, z zaawansowaną chorobą. Na to trzeba zwrócić szczególną uwagę.

Czy jesteśmy przygotowani na kolejne miesiące epidemii? Wszystko, co trwa dłużej, powszednieje, więc z pewnością nie ma już takich emocji jak na początku. Przekonaliśmy się, z czym mamy do czynienia i jak postępować, poznaliśmy procedury, wykonujemy testy pacjentom.

Warto przypomnieć o profilaktyce. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie organizuje szczepienia przeciwko grypie dla lekarzy. W moim szpitalu również są możliwości zaszczepienia się dla wszystkich pracowników. To bardzo pomaga, gdyż możemy zmniejszyć ogólną liczbę osób podejrzanych o infekcję. W walce z koronawirusem istotna jest też dbałość o dezynfekcję przedmiotów wspólnego użytku i dłoni, zachowanie dystansu społecznego oraz oczywiście noszenie maseczek. ■

oprac. **ach**



Ministerstwo Zdrowia ogłosiło listę miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentyków w jesiennym postępowaniu kwalifikacyjnym. O oczekiwaniach lekarzy w tej kwestii i zapotrzebowaniu systemu ochrony zdrowia na lekarzy specjalistów mówi wiceprezes ORL w Warszawie dr n. med. **Jarosław Biliński** w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

**Zdaniem lekarzy z jednej strony miejsc rezydenckich jest za mało, a z drugiej po każdej rekrutacji sporo zostaje wolnych. Spróbujmy rozwikłać ten paradoks. Zacznijmy od tego, czy miejsc rezydenckich jest wystarczająco dużo?**

**W** Polsce dominuje rezydencki model kształcenia specjalizacyjnego, zatem przynaj-

miej teoretycznie każdy lekarz kończący staż podyplomowy chce się dostać na rezydenturę, czyli powinno być tyle miejsc rezydenckich, ile osób kończy ów staż. W obu sesjach w roku, wiosennej i jesiennej, rzeczywiście liczba miejsc jest mniej więcej wystarczająca. Zresztą walczyliśmy o to od początku istnienia Porozumienia Rezydentów, a także w OIL w Warszawie.

# Trzeba zwi kluczowyc

**Może zatem miejsc jest wręcz za dużo. Po każdej rekrutacji sporo zostaje niewykorzystanych... Przecież są lekarze, którzy wcale nie uważają, że muszą ukończyć specjalizację.**

Według naszych wewnętrznych badań najwyższej kilka procent lekarzy woli, w związku z niskimi płacami na rezydenturze i przywiązaniem do jednego miejsca pracy, zostać wolnymi strzelcami i inaczej zorganizować sobie życie zawodowe. Zazwyczaj dorabiają na dyżurach w miejscach, gdzie brakuje kadry, po kilka dni w miesiącu. Ewentualnie pracują w nocnej pomocy lekarskiej czy w gabinetach POZ bez specjalizacji. Niemniej jednak stanowią margines. Większość chce rezydentury, co więcej, ma już nawet wybrany kierunek specjalizacji, którą pragnie zdobyć. Miejsca zostają, bo nie pokrywają się z oczekiwaniami lekarzy. Lekarze nie decydują się na pierwszą z brzegu specjalizację, bo wolą zaczekać na kolejną rekrutację, podczas której może wreszcie uda im się zdobyć wymarzone miejsce. W tym tkwi sedno problemu.

**Dlaczego Ministerstwo Zdrowia nie zapewnia takiej liczby miejsc na budzących zainteresowanie specjalizacjach, by zaspokoić wszystkie oczekiwania?**

To pole odwiecznego boju między lekarzami a państwem. Lekarze wybierają drogę rozwoju zawodowego ze względu na swe zainteresowania, pasję lub z innych powodów. Państwo zaś potrzebuje specjalistów w określonych dziedzinach, najważniejszych dla ogółu społeczeństwa. Stąd liczba miejsc na pewnych specjalizacjach jest mniejsza niż liczba chętnych. Niestety, musimy spojrzeć na sprawę z tej właśnie, syste-

Fot. K. Bortyzel



# ększyć prestiż h specjalizacji

mowej perspektywy. Nie każdy może być okulistą, chirurgiem plastycznym, ginekologiem czy ortopedą. Państwo bowiem potrzebuje największej liczby lekarzy rodzinnych, internistów, chirurgów, pediatrów. Ale jednocześnie system przyznawania rezydentur nie jest całkiem obiektywny. W zespole eksperckim ds. nowelizacji ustawy o ZLiDL przy Ministerstwie Zdrowia, któremu przewodniczyłem, zaproponowaliśmy model zgłaszania zapotrzebowania na miejsca rezydenckie, który nie będzie oparty tylko na opinii konsultanta krajowego, jak jest teraz, ale też na zdaniu konsultantów wojewódzkich, towarzystw naukowych oraz na raportach z NFZ dotyczących kolejek do lekarzy poszczególnych specjalności. Dopiero wtedy mielibyśmy pełny obraz zapotrzebowania na specjalistów.

## Czy są inne przyczyny braku zainteresowania specjalizacjami uznawanymi przez państwo za priorytetowe?

Specjalizacje z listy priorytetowych z reguły na innych płaszczyznach są deprecjonowane przez system. Zanedbane. Od ich przedstawicieli wymaga się, by byli jednocześnie do wszystkiego. Mają dużo pracy biurowej, zniechęcają przez pracę sprawozdawczą i milionem druków, dlatego dochodzi do paradoksalnej sytuacji – pediatra czy internista nie jest przez pacjentów uważany za lekarza specjalistę.

## Jak te specjalizacje dowartościować?

Dziś istnieje mechanizm ustanawiania priorytetowych dziedzin medycyny. Osoby, które wybierają specjalizacje w tym zakresie, otrzymują wyższe wy-

nagrodzenie niż inni. Jednak te kilkaset złotych dodatku to zdecydowanie za mało, co wynika z prostych kalkulacji budżetów domowych, z tego względu lekarze nie decydują się na nie. My proponowaliśmy, by w specjalizacjach deficytowych wprowadzić zachętę w postaci zarobków o co najmniej połowę średniej krajowej wyższych niż w specjalizacjach niedeficytowych.

W Polsce system jest wypaczony – każdy szarpie w swoją stronę i taka porozciągana koszula nakładana jest na całkiem solidny organizm, którym są ludzie w tym systemie.

Zachęty trzeba zwiększyć znacząco, bo do niepopularnych specjalizacji należą te, które stanowią filary systemu ochrony zdrowia. Istnieje w nich potężna luka pokoleniowa, np. operują chirurdzy na emeryturze, a dopływ świeżej krwi w tej specjalizacji jest znikomy. Podkreślam, że należy zastosować zachęty, bo systemowy przymus nie przyniesie rezultatu. Jak widać, lekarze wolą nie robić specjalizacji wcale, niż wybrać taką, która nie daje im satysfakcji. Tym bardziej że wiedzą, jak trudna jest to praca.

**Czy równowagę między oczekiwaniami lekarzy i potrzebami państwa da się osiągnąć wyłącznie dzięki rozwiązaniom finansowym? Wspomnił pan, że lekarze mają swoje ambicje i zainteresowania. Pieniądze mogą ich skusić, ale dla ich rozwoju zawodowego porzucenie**

**marzeń wcale nie jest dobre. Czy nie można sprawić, by właśnie interna czy pediatria były tymi wymarzonymi specjalizacjami?**

Przede wszystkim trzeba poprawić warunki pracy przez zwolnienie lekarzy z zadań biurokratycznych i innych, które z powodzeniem mógłby wykonywać pomocniczy personel medyczny. Ale

należy też zwiększyć prestiż kluczowych specjalizacji, spowodować, by w odbiorze społecznym np. internista przestał być postrzegany jak specjalista od wszystkiego, czyli od niczego, a zaczął być uznawany za lekarza omnibusa, który prowadzi pacjenta przez cały system ochrony zdrowia. Konieczne jest stworzenie wizerunku internisty, który skojarzy się z serialowym dr. Housem lub z postacią lekarza detektywa prowadzącego medyczne „śledztwo”. Bo przecież w istocie taki

lekarz musi sam wydedukować, w czym tkwi problem pacjenta. Podniesienie prestiżu specjalizacji ma polegać na zaprzestaniu deprecjonowania ich, także w mediach. W przypadku internistów i pediatrów w grę wchodzi również zwiększenie ich uprawnień, choćby w podstawowej opiece zdrowotnej. A także sprawienie, by odpłacalne było dla nich otwieranie gabinetów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, bo zapotrzebowanie na takie usługi jest duże, wręcz wiele kolejek do innych, „narządowych” specjalistów mogłoby z powodzeniem zostać rozładowanych przez internistów. Oczywiście, gdyby było ich więcej. W Polsce system jest wypaczony – każdy szarpie w swoją stronę i taka porozciągana koszula nakładana jest na całkiem solidny organizm, którym są ludzie w tym systemie. A efekt, jaki jest, każdy widzi. ■



# Lekarski start

626 miejsc stażowych dla lekarzy i 199 dla lekarzy dentystów, 48 dodatkowych, uzyskanych w wyniku negocjacji z dyrektorami szpitali – to bilans przygotowań do jesiennej rekrutacji na staż podyplomowy na obszarze działania OIL w Warszawie. Całość podsumowuje przewodniczący Komisji ds. Stażu Podyplomowego ORL w Warszawie **Maciej Nowak** w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

**Liczba osób chętnych do odbywania stażu na terenie działania OIL w Warszawie rośnie z każdym rokiem. Co można zrobić, by zaspokoić potrzeby absolwentów uczelni medycznych? Jak zmienia się liczba placówek z miejscami stażowymi?**

**W** przypadku lekarzy dentystów liczba ta zmienia się z roku na rok, ponieważ niektóre gabinety tworzą miejsca stażowe dla osób, z którymi chcą współpracować, i po odbyciu przez nie stażu miejsca te likwidują. Niemniej jednak nowe ciągle powstają, więc lekarze dentyści problemu ze stażem raczej nie mają. Zresztą podczas rekrutacji stomatologów szczególnie istotna jest

rekomendacja i wiele zależy od stażystów, którzy sami znajdują sobie pracodawcę i dogadują się w sprawie utworzenia przez niego miejsca stażowego.

Inaczej jest w przypadku pozostałych lekarzy. Liczba placówek oferujących im miejsca stażowe jest względnie stała – wynosi około 40 (nie uwzględniam tu podmiotów prowadzących staże cząstkowe). O dalszym zwiększaniu liczby podmiotów zatrudniających stażystów trudno mówić, bo na terenie działania naszej izby nie ma więcej szpitali, które spełniają wymogi prowadzenia stażu.

**Liczba placówek jest względnie stała, ale zwiększa się mam wrażenie dynamika tworzenia miejsc stażowych.**

Liczba chętnych do odbycia stażu w naszej izbie z każdym rokiem rośnie, dlatego pertraktujemy ze szpitalami, by przyjmowały więcej stażystów. Z reguły się to udaje. Dyrektorzy placówek podchodzą do naszych postulatów z wyrozumiałością.

Duża popularność naszej izby wśród lekarzy spowodowała, że w początkowej fazie ostatniej rekrutacji zabrakło kilkudziesięciu miejsc. Jednak właśnie dzięki wspomnianym negocjacjom znaleźliśmy miejsca dla wszystkich, z wyjątkiem dwóch lekarzy, którzy odbędą staż na terenie podległym izbie łódzkiej.

**Rola izby w pomocy lekarzom stażystom nie kończy się na organizacji miejsc stażowych. Jak w tym roku młodzi medycy zostali „wyekwipowani” na nowy etap życia zawodowego?**

Kiedy 21 września absolwenci uczelni medycznych zjawili się w siedzibie izby po skierowania na staż, oprócz karty stażu podyplomowego dostali pewnego rodzaju wyprawkę. W jej skład wchodzi oczywiście egzemplarz „Kodeksu Etyki Lekarskiej”, ale także pakiet środków ochrony indywidualnej (maseczki chirurgiczne, FFP2, gogle i przyłbice) oraz informator w formie ulotki o działalności izby, zawierający informacje o tym, na jakie wsparcie i udogodnienia ze strony OIL w Warsza-

Fot. archiwum

wie mogą liczyć dzięki wpłacanym składkom. Poza tym dla lekarzy i lekarzy dentyistów jest dokument uprawniający do zniżki przy zakupie publikacji wydawnictwa Medical Tribune Polska oraz usług na platformie e-learningowej „Więcej niż LEK”. Lekarze stażyści otrzymali również broszurę zachęcającą do uczestnictwa w programie ubezpieczenia OC w składce. Jest też bon na prenumeratę „Medycyny Praktycznej”.

### Zwykle duże emocje lekarzy stażystów wzbudzają rozstrzygnięcia Komisji ds. Stażu Podyplomowego dotyczące przydziału absolwentów uczelni medycznych do poszczególnych placówek z pominięciem kryterium średniej. Ile jest takich przypadków?

W tym roku przydzieliliśmy zgodnie ze wspomnianą przez pana zasadą zaledwie około 4 proc. miejsc stażowych. To do prawdy niewiele. Należy podkreślić, że każda ze spraw składających się na owe 4 proc. jest rozpatrywana indywidualnie. Jeśli zajdzie taka potrzeba, spotykamy się z przyszłym lekarzem stażystą osobiście (w tym roku oczywiście, ze względu na pandemię, rozmowa ma formę wideokonferencji). Pozytywne rozstrzygnięcie zapada w zdecydowanej mniejszości przypadków i jestem przekonany, że dotyczą osób naprawdę potrzebujących.

### To znaczy?

Większość to lekarze w ekstremalnie trudnej sytuacji zdrowotnej lub rodzinnej. W niektórych przypadkach problemy zdrowotne okazują się na tyle poważne, że oprócz pominięcia kryterium średniej ocen przy rekrutacji na staż konieczne jest powołanie komisji, która oceni, czy stan zdrowia lekarza pozwala mu na wykonywanie zawodu bez ograniczeń.

### Jakie jeszcze uwagi mają lekarze stażyści do systemu rekrutacji?

Trafiały do nas prośby o publikowanie minimalnych progów punktacji wymaganej do przyjęcia do poszczególnych

placówek stażowych po każdym etapie rekrutacji. Tymczasem publikowanie takich list ma sens tylko po pierwszym etapie, bo tylko wtedy oddają rzeczywistość. W kolejnych rozdaniach w grę wchodzi już rozpatrzone odwołania i wtedy progi tracą jakiegokolwiek znaczenie, szczególnie że odwołania dotyczą także tzw. zamian, czyli uzgodnień między absolwentami dotyczących wymiany jednego miejsca stażowego na inne.

### Studenci medycyny mają przekonanie, że każda uczelnia ocenia nieco inaczej, tzn. osoby o porównywalnym poziomie wiedzy z różnych szkół wyższych mogą mieć różne średnie. Czy to realny problem?

Kwestia zróżnicowania średniej ocen między uczelniami podnoszona była od lat. W poprzedniej kadencji Okręgowej Rady Lekarskiej zarówno ja, jak i obecny wiceprzewodniczący Komisji ds. Stażu Podyplomowego Tomasz Imiela, byliśmy jej członkami. Udało nam się wówczas przeforsować pomysł, by ustalić standard obliczania średniej. Przyjęliśmy, że najbardziej uniwersalny będzie standard Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z dość oczywistego względu – najwięcej wniosków o przyjęcie na staż składają absolwenci tej uczelni. I od tego czasu problem rozbieżności średnich między uczelniami nie istnieje. Panuje przekonanie, że na WUM stosowany jest najbardziej restrykcyjny sposób oceniania studentów i egzaminy są najtrudniejsze, więc jego absolwenci mają większe niż inni trudności z dostaniem się na staż do wymarzonej placówki. Nie znajduje to jednak potwierdzenia w rzeczywistości. W corocznych zestawieniach średnich ocen na poszczególnych uczelniach różnice są niewielkie. ■



Fotografii: K. Bartyzel





# Między epidemią a codziennością

– To wszechstronna dyscyplina, która tak dobrze przygotowuje cię do pracy, że gdziekolwiek życie cię rzuci, w jakiegokolwiek miejscu na zawodowej drodze trafisz, poradzisz sobie – przekonuje dr n. med. **Grażyna Cholewińska-Szymańska**, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych na Mazowszu, ordynator III Oddziału Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie, w rozmowie z Anettą Chęcińską.

## Czy choroby zakaźne to specjalizacja popularna?

**N**a pewno bardzo potrzebna. Choroby infekcyjne towarzyszą człowiekowi od zarania dziejów. Zawód medyka od najdawniejszych czasów wiązał się w dużym stopniu z leczeniem zakażeń, które dziesiątkowały ludzi. Współcześnie nasza specjalizacja to nie tylko wąski wycinek chorób zakaźnych, którymi się

bezpośrednio zajmujemy, ale swoisty *background* innych dziedzin medycyny. Zakażenie wirusem, bakterią, pasożytem stanowi podłoże rozwoju wielu chorób. Przecież zapalenie wyrostka robaczkowego jest bakteryjne. Zapalenie płuc albo wirusowe, albo bakteryjne. Obecnie mówi się o etiologii zapalnej zawału mięśnia sercowego. Wiele narządów i układów bywa dotkniętych procesem zapalnym, ale dzisiaj tymi zagadnieniami zajmują się specjaliści innych dyscyplin.

W latach 50. XX w. w Polsce wprowadzono powszechne szczepienia i dzięki nim udało się opanować wiele bardzo groźnych chorób. Wyeliminowano m.in. ospę prawdziwą, tyfus, błonicę, tężec. W związku z tym w latach 70. i 80. zainteresowanie decydentów ochrony zdrowia naszą specjalnością trochę zmalało. Pojawiają się nowe wirusy, nowe patogeny, a stare ulegają mutacji albo dryfowaniu genetycznemu w nowe formy. W związku z tym nie wygasają niektóre stare choroby, np. gruźlica, choroby paciorkowcowe. Zmienia się ich obraz kliniczny i sam patogen.

## Epidemia koronawirusa przypomniła o roli lekarzy chorób zakaźnych?

Co kilka lat świat zamiera w przerażeniu, gdy epidemia, jak ta obecna, zbiera śmiertelne żniwo. Tak było chociażby w przypadkach ptasiej i świńskiej grypy. W 2015 r. wzbudziła lęk epidemia wywołana wirusem eboli, która szczęśliwie do Polski nie dotarła. Ale oprócz wspomnianych nowych patogenów, stale grożą nam niektóre choroby zakaźne, np. wywołane przez wirusa HIV, HCV, a także gruźlica, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. Ostatnio notowana jest wysoka zapadalność na infekcję jelitową wywołaną przez *Clostridium difficile*. Specjalność lekarza chorób zakaźnych jest niezmiernie ważna nie tylko w aspekcie leczenia chorych, ale w strategii ochrony zdrowia publicznego. Kiedy wybucha epidemia, okazuje się, że jesteśmy najważniejszym filarem w łańcuchu komunikacji z Ministerstwem Zdrowia, z sanepidem, z jednostkami samorządu w celu koordynowania wszelkich działań.

## Epidemie zdarzają się co jakiś czas, a codzienna praca? Czy zachęca pani do wyboru tej specjalności?

Zawsze mówię młodszym kolegom lekarzom, którzy uczą się do specjalizacji z chorób zakaźnych: to wszechstronna dyscyplina, która tak dobrze przygotowuje cię do pracy, że gdziekolwiek życie cię rzuci, w jakiegokolwiek miejscu na zawodowej drodze trafisz, poradzisz sobie. Choroby zakaźne wymagają wiedzy nie tylko na temat patogenów, wirusów, bakterii, grzybów, ale również dotyczą-

Fot. archiwum

cej wielu narządów i układów. Ponieważ mam do czynienia z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, muszę dobrze znać się na neurologii. Ponieważ są choroby zapalne układu krążenia, wsierdza, mięśnia sercowego, zapalenia naczyń, muszę znać układ krążenia.

Choroby zakaźne to nie tylko leczenie chorego człowieka, nie tylko ordynowanie leków i zlecenie badań diagnostycznych, ale także szeroka profilaktyka. Dzisiaj widać najlepiej, że ktoś musi zarządzić izolację pacjenta i kwarantannę, ktoś musi go z niej zwolnić, ktoś musi zlecić test, odczytać i zinterpretować jego wynik. Wciąż opowiadamy o maseczkach, o dezynfekcji rąk, udzielamy się w mediach. Zajmujemy się również wakcynologią. Lekarz chorób zakaźnych uzupełnia zespoły leczące w innych dyscyplinach, np. w onkologii, transplantologii, po przeszczepieniu wątroby jest bardzo potrzebny w kontekście zakażenia HCV, HBV, zakażeń krwiopochodnych.

### Jak przebiega ścieżka kształcenia lekarza chorób zakaźnych?

Wiele lat temu szkolenie było dwustopniowe. Najpierw lekarz zdobywał specjalizację z chorób wewnętrznych (I stopień), następnie z chorób zakaźnych (II stopień). Taki system pozwalał dobrze przygotować lekarza do pracy. Natomiast teraz specjalizacja z chorób zakaźnych ma charakter jednoetapowy – pięć lat specjalizacji w ramach rezydentury z chorób zakaźnych. Można wykorzystać krótszą drogę, po jednej specjalizacji, np. internie lub pediatrii. To nie jest drugi stopień specjalizacji, tylko trzyletnia, krótsza ścieżka kształcenia, która kończy się egzaminem specjalizacyjnym z chorób zakaźnych.

### Pandemia wzbudziła zainteresowanie chorobami zakaźnymi? Są chętni na specjalizację?

Chyba za wcześnie, aby to stwierdzić. Minister zdrowia przydzielił na tegoroczną sesję jesienną większą liczbę miejsc. W województwie mazowieckim – 50. Czy będzie tylu chętnych? Na wiosnę 2020 było 20 miejsc i nie zgłosił się nikt. W innych województwach ma miej-

Specjalność lekarza chorób zakaźnych jest niezmiernie ważna nie tylko w aspekcie leczenia chorych, ale w strategii ochrony zdrowia publicznego.

sce podobna sytuacja. Nasza specjalizacja jest dość nisko opłacana, nie mamy szerokiej możliwości prowadzenia prywatnych gabinetów, bo potrzebne jest zaplecze laboratoryjne.

A przecież ta dyscyplina potrafi zafascynować, ale aby to dostrzec, trzeba ją poznać. Większość młodych ludzi, którzy na początku zawodowej drogi podejmują decyzję o wyborze specjalizacji, nie zdaje sobie sprawy, że to ciekawa specjalność. Interesują się więc takimi, które zapewnią im korzyści ekonomiczne, np. specjalizacjami uznanymi przez Ministerstwo Zdrowia za priorytetowe (gwarantującymi wyższe wynagrodzenie podczas kształcenia specjalizacyjnego) lub tymi, które ułatwiają podjęcie pracy zagranicą. Były minister zdrowia Łukasz Szumowski wpisał wprawdzie niedawno choroby zakaźne na listę dziedzin priorytetowych, lecz bez rozporządzeń wykonawczych, nie wiemy zatem, czy w efekcie nastąpi podwyżka wynagrodzeń rezydentów. Niemniej jednak może to być zielone światło i zachęta dla młodych ludzi.

Często spotykam się z opiniami stażystów, którzy w ramach specjalizacji z innej dyscypliny odbywają u mnie staż cząstkowy, że gdyby wiedzieli, jaka to ciekawa dziedzina, zdecydowaliby się na specjalizację z chorób zakaźnych. Zajmujący się tą dziedziną dzisiaj korzystają z zaawansowanych technik diagnostyki laboratoryjnej, stosują metody oparte na genetyce, biologii molekularnej, łatwiej i szybciej postawią diagnozę. To jest coś fajnego, tylko trzeba to młodym lekarzom pokazać.

### Problemy kadrowe nie są obce szpitalom zakaźnym?

80 proc. pracowników sektora chorób zakaźnych przekroczyło pięćdziesiątkę.

Zbliżają się do wieku emerytalnego. Starzejąca się dobrze wykształcona, profesjonalna kadra nie ma następców, powstaje więc przepaść pokoleniowa. Według statystyk NIL w całej Polsce specjalistów chorób zakaźnych jest około 900. W tej grupie są osoby mające 80 lat, które również pracują. Oddziały zakaźne borykają się z dużymi kłopotami natury kadrowo-administracyjnej, pożyczają obcych lekarzy na dyżury, żeby zapełnić grafik 24/7. Wynikają z tego problemy kliniczne, bo lekarze przybywający z zewnątrz na dyżur nie zawsze dobrze znają problematykę chorób zakaźnych. Są kłopoty, roszczenia. Wiadomo, że zaostrzono kary wobec pracowników medycznych, więc sytuacja zmierza w stronę niesatysfakcjonujących rozwiązań. Z perspektywy konsultanta wojewódzkiego nie widzę światła w tunelu, nie widzę skutecznych narzędzi do rozwiązania problemu kadrowego.

W Polsce działają 73 oddziały szpitalne specjalizujące się w leczeniu chorób zakaźnych. Ich rozmieszczenie jest na tyle dobre, że wystarczyłoby łóżek szpitalnych, gdyby nie epidemia.

### Czy będzie druga fala koronawirusa?

SARS-CoV-2 nie jest wirusem sezonowym. Wskaźniki epidemiologiczne osiągnęły pewne *plateau*. Czy jednego dnia mamy 500 czy 900 przypadków, epidemiologicznie oznacza to samo – nie zauważamy tendencji zniżkowej. Krzywa epidemiologiczna jeszcze może się unieść. W przypadku chorób zakaźnych zawsze rejestrujemy „efekt powakacyjny” zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Ludzie wracają z infekcjami górnych dróg oddechowych (np. w wyniku dziesięciogodzinnej podróży klimatyzowanym pojazdem), z biegunkami bakteryjnymi (z powodu zmiany diety, wody). W tym roku inne infekcje zdominował COVID-19. Zakażeń jest nadal dużo, czemu sprzyjają tłumne spotkania, wesela, msze, koncerty, zawody sportowe z dużą liczbą uczestników, nioszenie maseczek, a przede wszystkim brak u Polaków nawyku dezynfekowania rąk. A zatem wciąż trwa pierwsza fala. ■



Fot. P. Bieżański



# E-dentysta, czyli szkolenie w sieci

**DARIUSZ PALUSZEK**

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

W czasie epidemii nauczanie stacjonarne ustąpiło pola edukacji zdalnej. Kursy, seminaria, szkolenia przeniosły się do Internetu. Nic w tym złego, pod warunkiem, że jest to rozwiązanie stosowane czasowo. Wydaje się jednak, że obecnie dążenie do przystosowania metod kształcenia do stanu epidemii sięga dalej. Istnieje duże niebezpieczeństwo, że nawet po ustaniu pandemii koronawirusa e-nauczanie będzie stosowane w skali o wiele szerszej niż dotychczas. Dlaczego? E-szkolenie jest tańsze dla organizatora, wygodniejsze dla kursanta, ale czy lepsze, zwłaszcza gdy chodzi o szkolenie lekarzy i lekarzy dentystów? Czy konsekwencją uczestnictwa w e-kursach, e-wykładach z czasem będzie uzyskanie e-specjalizacji i tytułu e-doktora?

**K**ażdy lekarz i lekarz dentysta musi zdobyć wiedzę i umiejętność praktycznego wykonywania określonych czynności w kontakcie z pacjentem. Dotąd technik zabiegowych nauczyliśmy się, patrząc na ręce mistrza. Byliśmy powoli przygotowywani do różnego rodzaju zadań, aby nasze umiejętności zwiększały się stopniowo, aż do osiągnięcia samodzielności w wykonywaniu zabiegów i operacji. Czy nabywanie praktyki operacyjnej jest możliwe w formule e-kształcenia? Wydaje mi się, a raczej jestem pewien, że nie. Uczestnik zdalnego szkolenia zyska wiedzę ogólną, nie wykona natomiast określonej procedury osobiście, nikt nie wskaże mu błędów, nie udzieli rad, nie poprawi go.

Doskonale wiemy, iż jedni lekarze mają większe zdolności manualne, inni gorsze, wiemy, że jedni z nas doskonale odnajdują się w pracy naukowej, drudzy – przy stole operacyjnym czy fotelu zabiegowym. Tym drugim wiedza praktyczna jest niezbędna. W naszej dziedzinie często chwyt narzędzia, pozycja ciała decyduje o popełnianiu błędów lub o złych nawykach. Ktoś musi to młodym adeptom stomatologii przekazać. Technika e-szkoleń nie rozwinię umiejętności lekarzy, którzy muszą wykonywać konkretne czynności, ingerując w organizm pacjenta. Moim zdaniem e-nauczanie nie poprawi poziomu wykonywania zabiegów, a boję się, że z czasem będziemy notować większą liczbę błędów. Nie mamy możliwości sprawdzenia nabytych zdalnie umiejętno-

Wybierając kurs, warto przyrzeć się ofercie, sprawdzić, czy ma wartość edukacyjną i naukową. Dzięki temu zaoszczędzimy czas i pieniądze.

## Kurs stacjonarny czy zdalny?



Szanowni Państwo,

prosimy o odpowiedź, czy jesteście gotowi uczestniczyć, z zachowaniem reżimu sanitarnego, w kursach stacjonarnych. Informacje zbieramy w celu planowania szkoleń.

Ankieta na stronie internetowej izby. ■

**Komisja ds. Lekarzy Dentystów**



ści, problemem pozostaje również weryfikacja e-szkoleń. Obecnie praktycznie każdy może prowadzić taki kurs. Nie ma systemu kontroli.

Obserwujemy, że lekarze bez tytułów naukowych, z zaledwie kilkuletnim doświadczeniem zawodowym, prowadzą webinaria i szkolenia online. Czy posiadają odpowiednie przygotowanie? Czy innym jest przekazanie wiedzy książkowej, a czym innym nauczanie umiejętności praktycznych, kiedy uczeń musi mieć pewność, że nauczyciel ma doświadczenie i dzieląc się nim, pomoże innym ustrzec się błędów.

Nie jestem zwolennikiem kursów prowadzonych przez młodych lekarzy. Obserwuję w mediach społecznościowych fora dyskusyjne. Czytam o problemach diagnostycznych oraz terapeutycznych i z przykrością stwierdzam, że poziom wykształcenia naszych kadr się obniżył. Młodzi lekarze nauczani są procedur. Oczywiście, działając zgodnie z procedurą, postępują poprawnie, ale często brakuje im umiejętności indywidualnego patrzenia na pacjenta i podejmowania decyzji o wyborze innej techniki, innej ścieżki leczenia. Pacjenta czasem boli, narzeka na nieskuteczność terapii, a lekarz mówi: – *Zrobiłem wszystko zgodnie z procedurą, poprawnie*. Pacjent przestaje się liczyć, liczy się wykonanie procedury.

Innym przykładem są kursy organizowane przez różne firmy, stowarzyszenia. Takie szkolenia mają często charakter komercyjny i poza wiedzą książkową, którą możemy sami zdobyć, czytając podręcznik, nie niosą żadnej istotnej innowacyjności. Dlatego wybierając kurs, warto przyjrzeć się ofercie, sprawdzić, czy ma wartość edukacyjną i naukową. Dzięki temu zaoszczędzimy czas i pieniądze.

Oczywiście, popyt rodzi podaż. Mam jednak nadzieję, że po okresie wysypu ofert e-szkoleń przyjdzie czas opamiętania. Na szczęście pojawia się też coraz więcej głosów w sprawie

Oparcie edukacji tylko na e-kursach może w dłuższym czasie prowadzić do felczeryzacji zawodu, czyli obniżenia poziomu wykształcenia lekarzy.

powrotu do nauczania stacjonarnego. W izbowym Ośrodku Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów zauważono wzrost liczby zgłoszeń o organizacji kursów stacjonarnych umożliwiających lekarzom zdobywanie punktów edukacyjnych, ale webinaria na razie nadal funkcjonują w przestrzeni medialnej.

Konferencje i wykłady online jak najbardziej mają prawo bytu, zwłaszcza gdy są autory-

zowane przez sprawdzonego organizatora, np. instytucję naukową czy samorząd lekarski. Umożliwienie słuchaczom uczestniczenia na odległość w wielu spotkaniach naukowo-edukacyjnych jest jak najbardziej pożądane, szczególnie w okresie pandemii. Internet jest dobrą przestrzenią dla konsultacji, rozmów, wymiany idei i pomysłów związanych z rozwojem stomatologii i szerzej – medycyny. Jednak z pewnością kurs zawodowy, mający na celu wykształcenie umiejętności zabiegowych, które są podstawą pracy lekarza dentystry (a także wielu innych lekarskich specjalności), musi odbywać się w warunkach stacjonarnych. Oparcie edukacji tylko na e-kursach może w dłuższym czasie prowadzić do felczeryzacji zawodu, czyli obniżenia poziomu wykształcenia lekarzy.

Na szczęście również uczelnie medyczne wiedzą, że nie można kształcić lekarzy tylko na zasadzie e-szkolenia. Doskonalenie zawodowe, podyplomowe musi być oparte na kontakcie bezpośrednim z doświadczonym nauczycielem, a także na zdobywaniu umiejętności w praktyce z pacjentem. Za tym samorząd zamierza optować. W przypadku narastania problemu będziemy zmuszeni stworzyć system kontroli e-nauczania w medycynie – samodzielnie lub we współpracy z innymi podmiotami, np. towarzystwami naukowymi. ■

## Formularze w gabinecie stomatologicznym

Na stronie internetowej OIL w Warszawie, w zakładce Lekarze dentyści/Moja praktyka (<https://izba-lekarska.pl/komisje/komisje-stale/lekarzy-dentystow/moja-praktyka/>), zamieściliśmy wzory dokumentów stosowanych w gabinetach dentystycznych w dobie pandemii COVID-19.

Wzory formularzy i opisy procedur do pobrania zostały przygotowane przez Komisję ds. Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie we współpracy z mec. Ewą Mazur-Pawłowską.



Z przyjemnością informujemy, że pod patronatem OIL w Warszawie i Komisji ds. Lekarzy Dentystów ukazała się książka mec. Ewy Mazur-Pawłowskiej „Zgody na leczenie i dokumentacja pacjenta w stomatologii. Dokumentacja elektroniczna i papierowa”. Publikacja zawiera 43 wzory różnych dokumentów związanych z dokumentacją medyczną, m.in. szczegółowe oświadczenia zgody na poszczególne zabiegi wykonywane w gabinecie stomatologicznym. ■

dp



Fotografie: archiwum

# Wiertło w przełyku

## Analiza przypadku

**ALEKSANDRA POWIERŻA** – radca prawny  
**KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA** – adwokat

Na dzisiejszą „Analizę...” zapraszamy szczególnie lekarzy dentystów.

**P**an W. w latach 2014–2015 zgłaszał się do poradni stomatologicznej w K., gdzie lekarz dentysta R. przeprowadzała systematyczne zabiegi w zakresie profilaktyki, stomatologii zachowawczej i leczenia zaburzeń czynnościowych narządu żucia. Podczas wizyty pacjenta 11.06.2015 r. wspomniana dentystka, stosując koferdam, założyła wypełnienie glasionomerowe Fuji IX. W końcowym etapie zabiegu z kątncy turbinowej wypadło diamentowe wiertło i przedostało się do przewodu pokarmowego pana W. Doktor R. natychmiast skontaktowała się telefonicznie z laryngologiem, poleciła pacjentowi zgłoszenie się na ostry dyżur do poradni laryngologicznej i wręczyła mu skierowanie z informacją dla lekarza oraz podobne wiertło (w opakowaniu), by ułatwić zlokalizowanie narzędzia.

Tego samego dnia pan W. został przyjęty do Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w B., gdzie lekarz specjalista laryngolog J. na podstawie badania przedmiotowego nie stwierdziła obecności ciała obcego w jamie ustnej i gardle środkowym. Natomiast badanie radiologiczne uwidocznilo przedmiot przypominający wspomniane wiertło w żołądku. Pacjent został skierowany do specjalisty chirurga.

12.06.2015 r. dr n. med. P. stwierdził prawidłowe przemieszczanie się ciała obcego wzdłuż przewodu pokarmowego i umiejscowienie się go w grupie pę-

tli jelitowych. Następnego dnia w godzinach rannych pacjent razem ze stolcem wydalil wiertło stomatologiczne, a 14 czerwca w stanie dobrym został wypisany do domu.

Pan W. zgłosił roszczenie do ubezpieczyciela dr R., zarzucając jej niedbałość i niedopełnienie procedur starannego działania podczas standardowego zabiegu leczenia zęba, w konsekwencji czego wiertło dentystyczne wpadło mu do przełyku. Wyjaśnił, że w związku ze zdarzeniem spędził trzy dni w szpitalu, gdzie poddano go wielu badaniom i przymusowej głodówce. Ponadto miał podrażniony przełyk. Pacjent stwierdził też, że ani dr R., ani nikt inny z personelu przychodni stomatologicznej nie udzielił mu pierwszej pomocy. Nie została wezwana karetka pogotowia.

W celu ustalenia, czy postępowanie medyczne dentystki R. było prawidłowe, zgodne z aktualną wiedzą medyczną i przeprowadzone z należytą starannością, ubezpieczyciel lekarki zasięgnął opinii medycznej lekarza specjalisty z zakresu stomatologii ogólnej.

Lekarz orzecznik stwierdził, że wszystkie procedury związane z leczeniem stomatologicznym zostały przeprowadzone przez dr R. prawidłowo, zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i z należytą starannością. Wskazał, że lekarz dentysta prawidłowo przeprowadzała zabieg stomatologiczny w osłonie koferdamu, m.in. by uniknąć przedostania się ciała obcego na błonę śluzową jamy ustnej i do przewodu pokarmowego. Niestety, w końcowym etapie wykonywania wypełnienia konieczne jest usunięcie koferdamu. Wypadnięcie wiertła stomatologicznego nie stanowi o błędzie ani o zaniedbaniu, nie można było tego zdarzenia przewidzieć ani uniknąć. Wszystkie kątncy stomatologiczne mają atesty (m.in. CE) oraz są regularnie serwisowane, a wiertła – fabrycznie kalibrowane i również wyposażone w atesty. Opiniujący wyjaśnił, że trudno stwierdzić, czy przyczyną wypadnięcia wiertła było złe skalibrowanie (za mała średnica), czy nagła awaria rotora kątncy, ale obie przyczyny są niezależne od lekarza wykonującego zabieg.

Orzecznik zwrócił uwagę, że w momencie wystąpienia nieprzewidzianego zdarzenia w postaci wypadnięcia wiertła stomatologicznego dr R. postąpiła prawidłowo – natychmiast przerwała zabieg, przywróciła pacjenta do pozycji siedzącej i podjęła próbę usunięcia ciała obcego, czyli poleciła panu W. wyplucie zawartości jamy ustnej, a następnie zbadała jamę ustną i gardło. W momencie stwierdzenia, że próba usunięcia wiertła nie powiodła się, dentystka poinformowała o tym pacjenta i skontaktowała się ze specjalistyczną poradnią laryngologiczną. Skierowała pana W. do konkretnej placówki i wręczyła mu kartę informacyjną oraz podobne wiertło, by ułatwić zlokalizowanie ciała obcego.

Lekarz wydający opinię wyjaśnił, że stomatolog R. dokładała należytej troski i cały czas była w kontakcie telefonicznym z pacjentem oraz jego żoną, a po opuszczeniu szpitala przez pana W. osobiście go przeprosiła za zaistniałą sytuację. Ponadto pacjent został zwolniony z płatności za zabieg wypełnienia zęba.

W podsumowaniu opiniujący wskazał, że w działaniu dentystki nie stwierdza niedbałości i niedopełnienia procedur starannego działania. Po wypadnięciu wiertła lekarka postępowała prawidłowo i, co ważne, szybko. Istotnie, pacjent zmuszony był poddać się hospitalizacji i licznym badaniom dodatkowym, umożliwiającym monitorowanie ciała obcego w przewodzie pokarmowym, a pobyt w szpitalu zawsze wiąże się ze stresem, absencją w pracy itd., ale był to efekt nieprzewidzianego zdarzenia. Poza tym orzecznik stwierdził, że jest mało prawdopodobne, by w wyniku połknięcia ciała obcego doszło do podrażnienia przełyku.

Opiniujący wskazał również, że połknięcie małego ciała obcego, nawet stożkowo ukształtowanego stalowego wiertła stomatologicznego, nie stanowi praktycznie żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia. Zazwyczaj „wpada” ono do przewodu pokarmowego i po kilku dobach wydalane jest w sposób naturalny ze stolcem, co miało miejsce u pana W. Jedynym

zagrożeniem było ryzyko przedostania się wspomnianego przedmiotu do układu oddechowego, co zdarza się niezwykle rzadko i w omawianym przypadku nie miało miejsca.

Orzecznik stwierdził zatem, że wszystkie zarzuty pacjenta wobec lekarza dentyści są bezzasadne. W tym stanie rzeczy nie uznano odpowiedzialności lekarza, nie stwierdzając jego winy.

#### **Pytanie redakcji:**

Lekarze dentyści to bez wątpienia jedna z najbardziej narażonych na roszczenia finansowe pacjentów specjalizacji. Dlaczego tak się dzieje?

#### **Odpowiedź prawnika lekarza:**

Z punktu widzenia pacjenta wizyta u dentysty nie należy do najprzyjemniejszych doświadczeń. Poza tym większość wizyt to wizyty prywatne, pacjenci oczekują zatem natychmiastowej poprawy samopoczucia. Ich wymagania dotyczące poziomu leczenia są tym większe, że płacą za wizytę.

#### **Pytanie redakcji:**

Czyli względy finansowe są główną przyczyną podejmowania decyzji o zgłoszeniu roszczeń?

#### **Odpowiedź prawnika lekarza:**

Jest jeszcze jeden aspekt, o którym nie zrażęcznie mówić, ale nie można go pominąć. Lekarze dentyści bardzo często

podważają kompetencje zawodowe kolegów. Często pacjenci niezadowoleni z procesu leczenia udają się do innego lekarza, a wówczas słyszą: „*Ojjoj, co też ten dr X. panu zrobił! Tego się tak nie leczy...*”. Takie stwierdzenie natychmiast powoduje, że pacjent – niezależnie od tego czy ma podstawy, czy nie – zgłasza się z roszczeniami. To woda na młyn składających roszczenia. ■


W momencie stwierdzenia, że próba usunięcia wiertła nie powiodła się, dentystka poinformowała o tym pacjenta i skontaktowała się ze specjalistyczną poradnią laryngologiczną.

Podsiadły  Powierża  
Kancelaria Adwokacko-Badawcza sp. z o.o.

PRAWNIK  LEKARZA

www.prawniklekarza.pl

## **SĄDY OKRĘGOWE W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM POSZUKUJĄ KANDYDATÓW DO PEŁNIENIA FUNKCJI LEKARZA SĄDOWEGO LUB BIEGŁEGO SĄDOWEGO.**

 **Lekarze specjaliści zainteresowani wykonywaniem czynności  
lekarza sądowego lub biegłego sądowego proszeni są  
o nadsyłanie zgłoszeń listownie do sekretariatu  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym:  
**sekretarz@oilwaw.org.pl****





# Nowelizacja rozporządzeń dotyczących epidemii COVID-19

FILIP NIEMCZYK, adwokat

**13** sierpnia i 1 września 2020 r. ogłoszone zostały dwie nowelizacje rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych zakazów i nakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.<sup>1</sup> Zgodnie z pierwszą zezwolono m.in. na działalność kin, a także organizację spektakli i projekcji filmów na otwartym powietrzu – pod warunkiem, że widzom udostępnione zostanie nie więcej niż 25 proc. liczby istniejących miejsc. Zgodnie z drugą nowelizacją, kwarantanna po powrocie z zagranicy skrócona została do 10 dni. Kwarantannie nadal podlegają osoby, które przekroczyły granicę zewnętrzną UE, miały kontakt z osobą zakażoną, chorą lub podejrzaną o zakażenie, mają objawy, które mogą wskazywać na zakażenie koronawirusem, mieszkają wspólnie z osobą objętą kwarantanną lub izolacją domową.

1 września 2020 r. ogłoszone zostały dwie nowelizacje rozporządzeń ministra zdrowia w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych i kwarantanny albo nadzoru epidemiologicznego<sup>2</sup> oraz w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach.<sup>3</sup> Wprowadzono w ten sposób wiele zmian dotyczących odbywania kwarantanny i izolacji domowej. Zakończenie izolacji domowej następuje po trzech dniach bez gorączki i objawów infekcji układu oddechowego, ale nie wcześniej niż po 13 dniach od dnia wystąpienia objawów, chyba że lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w izolacji szpitalnej przedłuży okres izolacji, ewentualnie taką decyzję podejmie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który udzielił teleporady, nie wcześniej niż w ósmej dobie przebywania w izolacji. Ustalono również, że u osób z deficytami odporności (immunoniekompetyentnych) czas izolacji może zostać wydłużony, adekwatnie do stanu zdrowia, do 20 dni. Wprowadzono również regulę, że w szczególnych sytuacjach, np. w przypadku osób wykonujących zawód medyczny lub w przypadkach uzasadnionych klinicznie, zakończenie izolacji nastąpi po dwukrotnym

uzyskaniu ujemnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, z próbek pobranych w odstępach co najmniej 24-godzinnych, niezależnie od liczby dni, jakie upłynęły od ostatniego dodatniego wyniku testu i od rodzaju objawów klinicznych. Zgodnie z nowymi przepisami, w izolatoriach wizyta pielęgniarska odbywa się nie rzadziej niż dwa razy na dobę, a w jej ramach m.in. ocenia się stan ogólny pacjenta, mierzy temperaturę ciała oraz podaje zlecone przez lekarza leki. Jeśli nastąpi pogorszenie stanu zdrowia lub trzeba podjąć decyzję o wypisaniu pacjenta z izolatorium, odbywa się wizyta lekarska.

8 września 2020 r. ogłoszona została nowelizacja rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny albo nadzoru epidemiologicznego,<sup>4</sup> zgodnie z którą lekarz rodzinny będzie mógł zlecić wykonanie testu pacjentowi, u którego podejrzewa zakażenie wirusem SARS-CoV-2 po wykonaniu badania fizykalnego lub w ramach teleporady, podczas której stwierdził następujące kliniczne objawy wspomnianej choroby: temperaturę ciała powyżej 38°C, kaszel i duszności oraz utratę węchu lub smaku. Istotność zmiany polega na tym, że dla zlecenia wykonania testu nie będzie konieczna wizyta pacjenta w POZ.

## NOWELIZACJA USTAW W CELU ZAPEWNIENIA FUNKCJONOWANIA OCHRONY ZDROWIA W ZWIĄZKU Z EPIDEMIĄ COVID-19 ORAZ PO JEJ USTANIU

14 sierpnia 2020 r. uchwalona została ustawa o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu,<sup>5</sup> mocą której zmodyfikowano zapisy kilkunastu innych aktów prawnych dotyczących organizacji systemu ochrony zdrowia, w tym ustaw o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pielęgniarki

<sup>1</sup> DzU 2020 r., poz. 1393 oraz 1505.



<sup>2</sup> DzU 2020 r., poz. 1506.



<sup>3</sup> DzU 2020 r., poz. 1507.



<sup>4</sup> DzU 2020 r., poz. 1550.



<sup>5</sup> DzU 2020 r., poz. 1493.



i położonej, fizjoterapeuty, o diagnostyce laboratoryjnej, przeciwdziałaniu narkomanii, systemie informacji w ochronie zdrowia, świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2. Z licznych zmian warto wymienić:

- wprowadzenie możliwości odbycia zdalnych egzaminów specjalizacyjnych dla wybranych zawodów medycznych,
- umożliwienie położnym w czasie epidemii, jeśli wyrazi na to zgodę kierownik placówki, udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkim pacjentom (niezależnie od wieku i płci),
- elektroniczną obsługę zapotrzebowań składanych w trybie importu docelowego, który polega na sprowadzaniu z zagranicy produktów leczniczych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu w Polsce, a niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta,
- stworzenie Systemu Obsługi Importu Docelowego, który ma zapewnić elektroniczny obieg zapotrzebowania między lekarzem je wystawiającym, konsultantem potwierdzającym jego zasadność oraz ministrem zdrowia,
- wdrożenie możliwości uzyskania informacji o e-receptce w aplikacji mobilnej,
- przekształcenia organizacyjne Narodowego Funduszu Zdrowia polegające na wzmocnieniu roli centrali oraz prezesa, który m.in. będzie pracodawcą także wobec osób zatrudnionych w oddziałach wojewódzkich.<sup>6</sup>

## PROJEKT USTAWY O MEDYCYNIE LABORATORYJNEJ

24 lipca 2020 r. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło do konsultacji projekt ustawy o medycynie laboratoryjnej.<sup>7</sup> Dotychczas obowiązująca ustawa regulująca status diagnostów laboratoryjnych w systemie ochrony zdrowia pochodzi z 2001 r.<sup>8</sup> Projekt zakłada m.in.:

- uaktualnienie i sprecyzowanie czynności diagnostyki laboratoryjnej oraz wskazanie, że czynnościami diagnostyki laboratoryjnej będą także badania wykonywane na potrzeby organu ścigania lub wymiaru sprawiedliwości,
- wprowadzenie obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego diagnosty, a także aktualizację rozwiązań dotyczących szkolenia specjalizacyjnego i uzyskiwania tytułu specjalisty w danej dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej,
- wprowadzenie przepisów regulujących wykonywanie zawodu przez nałożenie obowiązku wpisu do rejestru prowadzonego przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.

<sup>6</sup> DzU 2020 r., poz. 1497.



<sup>7</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl>



<sup>8</sup> DzU z 2001 r., nr 100, poz. 1083.



## NAJNOWSZE ORZECZNICTWO PRAWNOMEDYCZNE

Z różnych stron kraju docierają informacje o kolejnych wyrokach sądów w indywidualnych sprawach dotyczących przestrzegania nakazów i zakazów wprowadzonych w czasie stanu epidemii. Sąd Rejonowy w Suwałkach<sup>9</sup> orzekł w ostatnich dniach, że ekspedientka sklepu zostanie ukarana grzywną w wysokości 100 zł za czyn z art. 138 kodeksu wykroczeń polegający na tym, że odmówiła obsłużenia klienta, który nie założył maseczki. Sąd pierwszej instancji uznał, że taka odmowa była nieuzasadniona. Inny sąd – tym razem w Kościanie – odmówił wszczęcia postępowania dotyczącego ukarania rowerzysty za brak maseczki. W uzasadnieniu stwierdzono, że nie ma podstaw prawnych umożliwiających wprowadzenie – w drodze rozporządzenia – powszechnego obowiązku zakrywania ust i nosa.<sup>10</sup> Informacje te wskazują na sygnalizowaną nieprawidłowość legislacyjną części przepisów publikowanych w okresie epidemii, polegającą na wprowadzeniu daleko idących ograniczeń swobód obywatelskich w drodze rozporządzenia Rady Ministrów lub ministra zdrowia, zamiast w drodze ustawy. Konsekwencją może być brak możliwości faktycznego egzekwowania tych przepisów, a w rezultacie ich ograniczona skuteczność jako środka do walki z epidemią.

13 czerwca 2019 r. Sąd Apelacyjny w Krakowie<sup>11</sup> oddalił apelację pacjentki-powódki, która domagała się zadośćuczynienia w kwocie 80 tys. zł od szpitala w związku z przeprowadzoną dwukrotnie w ciągu kilku tygodni w 2013 r. operacją usunięcia ciąży pozamacicznej. Powódka twierdziła, że przy pierwszym zabiegu popełniono błąd, skoro konieczne było przeprowadzenie drugiego, a w konsekwencji narażono niepotrzebnie jej życie i zdrowie. Szpital bronił się twierdzeniem, że obie operacje zostały wykonane zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i za pomocą dostępnych metod i środków. W szczególności pierwszy zabieg został przeprowadzony z należytą starannością oraz w sposób jak najbardziej oszczędzający powódkę, z zachowaniem macicy z oboma jajnikami. Wyrokiem Sądu Okręgowego w Tarnowie powództwo zostało oddalone. W uzasadnieniu

<sup>9</sup> <https://www.rp.pl>



<sup>10</sup> <https://www.rp.pl>



<sup>11</sup> Sygn. akt I ACa 666/18.



stwierdzono m.in., że fakt pozostawienia w organizmie powódki ciąży pozamacicznej stanowił powikłanie, nieświadczące jednak o dopuszczeniu się w pozwanej placówce błędu w sztuce lekarskiej. Sąd Apelacyjny zwrócił się o dodatkową opinię biegłego, który stwierdził, że pierwsza operacja została wykonana prawidłowo, a rozpoznanie, iż nastąpiło poronienie trąbkowe, było uzasadnione. Biegły wskazał przy tym, że w jego ocenie pozostawienie – jak się później okazało – jaja płodowego w nieuszkodzonym jajowodzie nie było błędem, lecz stanowiło rzadkie powikłanie zabiegu. Opinia nie pozostawiała żadnych wątpliwości co do tego, że pozwanej szpitalowi nie można przypisać odpowiedzialności – stwierdził w uzasadnieniu Sąd Apelacyjny. ■



Fot. archiwum WUM

# Wbrew większości niczego nie da się zrobić

Z prof. **Zbigniewem Gaciongiem**, rektorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na kadencję 2020–2024, rozmawia Marta Wojtach, rzecznik WUM.

## Z jakimi wyzwaniami przyjdzie zmierzyć się nowym władzom WUM w rozpoczynającym się roku akademickim?

**P**odstawową kwestią jest zapewnienie bezpiecznego, a jednocześnie efektywnego kształcenia studentów w istniejącej sytuacji epidemicznej. Jestem zwolennikiem otwarcia uczelni i to była jedna z pierwszych decyzji rektorskich: powrót studentów na uczelnię od 1 października. WUM jest właścicielem pięciu szpitali klinicznych, przywrócenie działania tych szpitali w możliwie największym, ale bezpiecznym zakresie jest dla mnie obecnie drugim co do wagi zadaniem. Należy pamiętać, że rektor jedynie pośrednio ma wpływ na autonomiczne decyzje szpitali klinicznych. Placówki te nie tylko są istotnym elementem systemu ochrony zdrowia w Warszawie, ale stanowią dla

uczelni podstawową dydaktyczną bazę kliniczną. Trzecim priorytetowym zadaniem dla mojego zespołu na najbliższy czas jest wprowadzenie nowoczesnych metod kształcenia, szczególnie nabywania wiedzy praktycznej, oraz uruchomienie Centrum Symulacji Medycznych.

## W kampanii wyborczej podkreślał pan konieczność zmian na uczelni, których oczekuje społeczność akademicka.

Nadal tak twierdząc, choć obecny statut daje rektorowi bardzo wiele uprawnień. Uważam, że zbyt wiele, szczególnie że WUM to publiczna wyższa szkoła, więc powinien być zarządzany demokratycznie. Niezbędna jest zatem nowelizacja statutu uwzględniająca postulaty Rady Uczelni i całej społeczności akademickiej. Środowisko naszego uniwersytetu oczekuje zwiększenia roli rad

wydziałów, którym chcemy rozszerzyć uprawnienia, m.in. w zakresie podejmowania decyzji dotyczących awansu zawodowego. Dyktatura na uczelni nie ma racji bytu. Nie da się przeprowadzić niezbędnych reform wbrew woli większości. Proponowane przeze mnie zmiany muszą być poddawane szerokiej dyskusji i ostatecznie zweryfikowane choćby w formie referendum, by wybrane rozwiązania zostały zaakceptowane przez większość społeczności, a nie tylko przez 50 senatorów. Nikt nie może czuć się w tej debacie pominięty.

## Od dawna nauczyciele akademicy domagają się rozwiązania kwestii obciążenia tych samych osób zadaniami naukowymi, dydaktycznymi i klinicznymi.

Będę dążył do tego, aby w WUM wypracować model umożliwiający wykla-



dowcom prowadzenie działalności na różnych polach. Uniwersytet potrzebuje wszystkich grup: dydaktyków, naukowców i klinicystów. Pracownicy dydaktyczni realizujący większy wymiar godzin pensum umożliwiają tym samym pracownikom naukowym poświęcenie dłuższego czasu na prowadzenie badań, a wyniki badań, granty i patenty stanowią o kategorii naukowej uczelni, co powiązane jest z wysokością subwencji, z której wypłaca się wszystkie wynagrodzenia. To system naczyń połączonych, w którym wszyscy są równie ważni i potrzebni.

**Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM, łączące trzy uczelniane szpitale: Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus, Centralny Szpital Kliniczny i Dziecięcy Szpital Kliniczny, istnieje od 1 stycznia 2019 r. Czego możemy się spodziewać po połączeniu teraz, kiedy od 1 września decyzje należą do pana i pana zespołu prorektorskiego?**

Po okresie, kiedy konsolidacja była zabiegiem jedynie administracyjnym, konieczna jest unifikacja w zakresie merytorycznym. Mamy już ponadpółtoraroczne doświadczenie, analizujemy je i rozważamy, czy jednak pewien stopień autonomii podmiotów tworzących UCK WUM nie byłby korzystniejszy dla sprawności funkcjonowania centrum. Ze względu na kluczową rolę szpitali klinicznych uniwersytetu w prowadzeniu zajęć dydaktycznych nieodzowna jest pilna rewitalizacja części placówek. Realizacja projektu modernizacji Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus miała być finansowana z budżetu państwa, ale możemy nie otrzymać pieniędzy z powodu stanu finansów publicznych. Choć nadal na owe środki liczymy, jesteśmy przygotowani na każdą decyzję i opracowujemy alternatywne rozwiązania.

**Panie rektorze, wszystkie działania, o których rozmawiamy, podejmuje pan z całym zespołem rektorskim. Powołał pan również dziekanów.**

Oczywiście, pracujemy zespołowo. Grono prorektorów tworzą: odpowiedzialna za kadry prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska, prof. Piotr Pruszczyk zajmujący się obszarem nauki, prof. Marek Kuch, który odpowiada za sprawy kształcenia i studenckie, prof. Wojciech Lisik skupiający się na sprawach klinicznych oraz prof. Paweł Włodarski, który zajmuje się promocją, umiędzynarodowieniem i rozwojem uczelni. Od 1 października stery na wydziałach będą trzymać: prof. Rafał Krenke na Wydziale Lekarskim, prof. Dorołta Olczak-Kowalczyk na Wydziale Lekarsko-Stomatologicznym, dr hab. Joanna Kolmas na Wydziale Farmaceutycznym, dr hab. Mariusz Gujski na Wydziale Nauk o Zdrowiu, dr hab. prof. WUM Dariusz Białoszewski na Wydziale Medycznym. Wymienione osoby mają wszelkie kompetencje do sprawowania powierzonych im funkcji, a także wielkie zasoby energii i prawdziwego zaangażowania w pracę dla naszej uczelni. Pokładam duże nadzieje we współpracy z nimi. ■



**MEDICOVER**

Jesteś lekarzem specjalistą?

Jesteś lekarzem po 2. lub 3. roku rezydentury?

Posiadasz aktywne prawo wykonywania zawodu?

**DOŁĄCZ DO ZESPOŁU MEDICOVER!**

Zgłoś się!  
Oddzwonimy i odpowiemy na Twoje pytania.  
[www.praca.medicover.pl/gazeta](http://www.praca.medicover.pl/gazeta)

REKLAMA



**OIL** w Warszawie to aktywny samorząd skupiony na wspieraniu lekarzy, działający na rzecz poprawy rzeczywistości ochrony zdrowia. Lekarzu, korzystaj z oferowanej pomocy, włączaj się w nasze wydarzenia, rozwijaj z nami swoje zainteresowania. Zachęcamy Cię także do angażowania się w życie izby. Jesteśmy otwarci na nowe pomysły i Twoją energię. „Izba dla lekarzy” to idea, za którą stoją konkretne inicjatywy. Obserwuj nas, działaj z nami, przekonaj się, jak wiele możemy razem zrobić.

## BEZPŁATNA OPIEKA PRAWNA

Członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie mogą skorzystać z programu „Prawnik dla lekarza”, skierowanego bezpośrednio do nich, który umożliwia uzyskanie szybkiej i nieodpłatnej pomocy prawnej. Pomoc prawnika w siedzibie OIL w Warszawie można uzyskać: w poniedziałek w godz. 10–18.00, od wtorku do piątku w godz. 9–17.00, osobiście (ul. Puławska 18, wejście C), przez kontaktowy adres e-mail: [prawnikdialekarza@oilwaw.org.pl](mailto:prawnikdialekarza@oilwaw.org.pl), przez telefon – obsługa telefoniczna w godzinach pracy prawników: 728 988 518.



## SAMORZĄD LEKARSKI

Pomóż nam zmieniać samorząd i realizować jego zadania!

Nie zapomnij o opłaceniu swej składki członkowskiej:  
60 zł – lekarze i lekarze dentyści  
10 zł – lekarze stażyści

Zasady zwolnień ze składek i numery indywidualnych rachunków bankowych do opłat składek członkowskich:  
[www.izba-lekarska.pl/skladki/twoj-numer-konta/](http://www.izba-lekarska.pl/skladki/twoj-numer-konta/)

tel.: 22 542 83 38  
e-mail: [skladki@oilwaw.org.pl](mailto:skladki@oilwaw.org.pl)  
[www.izba-lekarska.pl/skladki/](http://www.izba-lekarska.pl/skladki/)

## POMOC PSYCHOLOGICZNA

Wypalenie zawodowe objawia się uczuciem fizycznego i psychicznego przemęczenia, ciągłym zniechęceniem i poirytowaniem, utratą satysfakcji z pracy, zwiększa ryzyko zaburzeń snu, depresji, uzależnień. Także sytuacja epidemiologiczna, która jest wyjątkową sytuacją kryzysową, skutkuje wieloma różnymi obciążeniami dla lekarzy. Prócz obciążeń wynikających z poczucia odpowiedzialności za pacjentów, rodziny, obaw o własne zdrowie, pojawia się mnóstwo innych emocji i trudności, z którymi trzeba się zmierzyć. Możemy Ci pomóc. Zadzwoń, napisz lub przyjdź do OIL w Warszawie w godzinach dyżuru pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy.

tel.: 660 672 133  
e-mail: [pełnomocnik@oilwaw.org.pl](mailto:pełnomocnik@oilwaw.org.pl)



## KARTY SPORTOWE

BY WYSZŁO CI NA ZDROWIE

Lubisz uprawiać sport?  
Chcesz korzystać taniej z obiektów sportowo-rekreacyjnych?

Zamów kartę Fit Profit lub Fit Sport i ciesz się wolnym czasem!

Zgłoś się:  
<https://izba-lekarska.pl/komunikat/karty-sportowo-rekreacyjne-dla-czlonkow-oil-w-warszawie/>



## WEŹ UDZIAŁ W:

- szkoleniach i konferencjach
- w imprezach organizowanych przez OIL w Warszawie (Sportowe Niedziele, Zimowe Spotkania, Mikołajki, Dzień Dziecka, rajd rowerowy)
- próbach i koncertach chóru Medicantus

## PRZYJDŹ I DZIAŁAJ W:

- komisjach stałych
- komisjach problemowych
- zespołach (m.in. Zespole ds. Matek Lekarek, Zespole ds. Wypalenia Zawodowego)



## BEZPŁATNY DRUK RECEPT DLA LEKARZY SENIORÓW

W siedzibie izby w Warszawie wyłącznie w środę, w godz. 12.00–15.00.  
Informacje u Renaty Sobolewskiej,  
**Biuro Obsługi Lekarza**  
tel.: 22 542 83 30

## RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie nie pozostawi Cię bez pomocy w trudnych sytuacjach życiowych. Do Rady Funduszu Samopomocy można zgłaszać się z wnioskiem o pomoc finansową. Wsparcie obejmuje m.in. pożyczki socjalne i szkoleniowe, odprawę pośmiertną, zapomogi ciągłe i jednorazowe, a także świadczenie z tytułu urodzenia dziecka, czyli izbowe becikowe.

Kontakt z Radą Funduszu Samopomocy:  
tel. (22) 542-83-33,  
e-mail: fundusz@oilwaw.org.pl



## OC W SKŁADCE

Jeżeli chcesz skorzystać z ubezpieczenia OC w składce lekarskiej, przystąp do atrakcyjnego programu ubezpieczeń dla lekarzy i lekarzy dentyistów z OIL w Warszawie.

W razie pytań zapraszamy do kontaktu z INS Services:  
tel. +48 22 494 36 50,  
e-mail: biuro@ins-med.pl

**Uwaga!** Opłacenie składki nie jest równoważne z wykupieniem polisy. Konieczne jest przystąpienie do programu.



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Niełubowicza



„Dzień dobry panu, co panu dolega? Jak się pan dzisiaj czuje? Te dwa krótkie zdania powtarzam codziennie od 51 lat, spotykając się z chorymi, których danym jest mi leczyć. Od wielu lat słowa te uważam za najpierwsze narzędzie mej pracy, początek wywiadu: posługuję się nimi, spełniając moje obowiązki lekarza, który »w ciągu całego życia (...) według najlepszej wiedzy będzie dopomagał cierpiącym i zwracającym się do niego o pomoc«”.

Jan Nielubowicz (1990 r.)

# Rocznica urodzin Jana Nielubowicza

W bieżącym roku przypada 105. rocznica urodzin prof. dr. hab. n. med. Jana Nielubowicza, wybitnego lekarza i humanisty, znakomitego chirurga i pioniera polskiej transplantologii, nauczyciela wielu pokoleń lekarzy, rektora Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1981–1986, współtwórcy odrodzonego samorządu lekarskiego.



Fotografie: archiwum

**J**an Nielubowicz urodził się 28 października 1915 r. w Warszawie. Pochodził z rodziny lekarskiej. Dziadek Władysław Nielubowicz był chirurgiem i dyrektorem szpitala w Kremieńczyku na Ukrainie, ojciec Kazimierz Nielubowicz – chirurgiem i urologiem w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Jan Nielubowicz szkołę średnią ukończył w Wilnie i tam rozpoczął studia medyczne, które kontynuował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Dyplom otrzymał w roku 1939.

W czasie wojny pracował jako lekarz na Wileńszczyźnie. Do Warszawy wrócił w 1945 r. i rozpoczął pracę jako asystent w Klinice Chirurgicznej. Dwa lata później obronił pracę doktorską, a stopień doktora habilitowanego uzyskał w 1952 r. W 1962 otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego, a zwyczajnego w roku 1970.

W 1958 r. wyjechał na stypendium Rockefellera do Stanów Zjednoczonych, dzięki czemu mógł zapoznać się z osiągnięciami chirurgii na świecie. Wiedzę i doświadczenie z zagranicy przeniósł na rodzimym gruncie. Po powrocie, w 1959 r., objął kierownictwo Kliniki Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie i pozostał jej szefem aż do przejścia na emeryturę w roku 1986.

26 stycznia 1966 r. prof. Jan Nielubowicz i prof. Tadeusz Orłowski z zespołami I Kliniki Chirurgii i I Kliniki Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie przeprowadzili pierwszą w Polsce udaną transplantację nerki pobranej od zmarłego dawcy.

Jan Nielubowicz opublikował blisko 600 prac, wygłosił wiele wykładów w kraju i zagranicą. Był promotorem 50 doktoratów i opiekunem 20 habilitacji. Dziesięciu Jego uczniów uzyskało tytuł profesora. Należał do krajowych i zagranicznych towarzystw naukowych. Był honorowym członkiem Brytyjskiego i Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów. Władzał czterema językami zachodnimi, a także rosyjskim i litewskim.

Nauczanie uważał za nieodłączną część pracy klinicznej. Przewodził wykłady i seminaria dla studentów. Dbał, aby wszyscy Jego asystenci odbywali staże szkoleniowe zagranicą.

W odrodzonym samorządzie lekarskim pełnił funkcję przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie I i II kadencji.

Prof. Jan Nielubowicz zmarł 2 lutego 2002 r. w Warszawie.

Jest patronem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Jego imię nosi również ulica na terenie kampusu Banacha Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Zawsze szarmancki, otwarty na drugiego człowieka, obdarzony poczuciem humoru, wymagający i pracowity, szanujący wiedzę i tradycję, elegancki, z nieodłączną muszką pod szyją. Takim zapamiętali Go bliscy, współpracownicy, uczniowie.\*

*„Bardzo wcześnie w swojej karierze naukowej prof. Nielubowicz zrozumiał, że powojenna chirurgia polska wymaga wyrównania zapóźnień, i że postęp leży w szerokim otwarciu na świat, w międzynarodowych kontaktach, w zorientowaniu jej na nowatorską i inspirującą naukę chirurgiczną reprezentowaną zwłaszcza przez ośrodki anglosaskie”.*

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Szczerbań w 1999 r. (laudacja z okazji nadania prof. J. Nielubowiczowi tytułu doktora honoris causa Akademii Medycznej w Warszawie)

*„Był wspaniałym lekarzem, starał się rozumieć nie tylko chorobę, ale przede wszystkim pacjenta. Miał ogromną cierpliwość w tłumaczeniu nieraz trudnych i zawiłych problemów związanych z chorobą i leczeniem. Tego nauczał nas i studentów, dla których był prawdziwym guru medycyny (...) Z muszką nie rozstawał się nigdy. Bez muszki widywałem Go tylko wśród książek i publikacji w mieszkaniu przy Francuskiej albo na działce w Urłach. Profesor był człowiekiem niezwykle eleganckim. W szatni kliniki zawsze wisiał »dyżurny« krawat, na wypadek, gdyby któryś z kolegów zapomniał z pociągu własnego”.*

Prof. dr hab. n. med. Walerian Staszkiwicz

*„Miał niezwykłą zdolność koncentracji w czasie zbierania wywiadu od chorego. Pytania na temat dolegliwości pacjenta przeplatał pytaniami o rodzinę, jaką ma opiekę itp. W rozmowie z chorymi używał dużo pogodnych, a nawet pełnych humoru słów. Niezależnie od nastroju czy zmęczenia umiał pomóc człowiekowi nastawionemu pesymistycznie do swej choroby. Swoim pogodnym stosunkiem do pacjenta umiał go podnieść na duchu”.*

Prof. dr hab. n. med. Stanisław Leszczyński

*„Ojciec miał dwie lewe ręce, nie potrafił wbić gwoźdźcia. A chirurgiem był świetnym. Podkreślał, że rozwiązuje problemy operacyjne umysłem. Technika operacyjną uważał za ważną, ale nie najważniejszą. Jego poglądy na medycynę przeszły ewolucję. Jako młody chirurg sądził, że jest ona sztuką, później – że nauką, a jako stary profesor – że w największym stopniu jest służbą. Dlatego przede wszystkim dbał o dobro konkretnego chorego. Powiedział kiedyś, że medycyna jest jednym z pierwszych i najważniejszych wyrazów ludzkiego humanitaryzmu. Bez niego staje się rzemiosłem, zawodem cyrulika”.*

Wojciech Nielubowicz ■

oprac. ach

\* Obszerny materiał wspomnieniowy ukazał się w „Pulsie” 10/2015 – w 100. rocznicę urodzin patrona OIL w Warszawie. Przypominamy fragmenty.

# #WETERZE

W mediach o zdrowiu mówi się najwięcej w kontekście epidemii. Dziennikarze często poruszają tematy związane z koronawirusem, z jego wpływem na system i dostępność opieki zdrowotnej oraz z obawami dotyczącymi sezonu infekcyjnego. Nasza izba niemal codziennie otrzymuje pytania i prośby o wiedzę. Przedstawialiśmy naszą opinię m.in. w sprawie zmian wytycznych i procedur, których ciężar spoczywał pierwotnie na sanepidzie, następnie na POZ oraz szpitalnych oddziałach zakaźnych. W programach telewizyjnych, radiowych, wywiadach dla gazet i portali odnosiliśmy się również do szczepień przeciwko grypie i niedomogów systemowych. Zgodnie z naszą rolą, jako aktywny samorząd, zabieramy głos w imieniu lekarzy różnych specjalizacji, z różnych podmiotów.

## Epidemia

□ Zmieniające się procedury były tematem artykułu w „**Rzeczpospolitej**”, gdzie cytowano prezesa ORL w Warszawie: „*To podejście o tyle rewolucyjne, że jeszcze kilka dni temu pacjentowi z podejrzeniem COVID nie wolno było nawet przekroczyć progu POZ czy szpitalnego oddziału ratunkowego, by nie narazić innych pacjentów. I próba łatania systemowej niewydolności sanepidu kosztem lekarzy i pacjentów. Pomysł, by w jednej placówce spotykali się chorzy przewlekle i pacjenci z podejrzeniem koronawirusa, uważam za niebezpieczny. Lepiej byłoby wyodrębnić centra infekcyjne, co pozwoliłoby ograniczyć niebezpieczeństwo dla obu grup, ale wymagałoby od Ministerstwa Zdrowia zapewnienia środków ochrony indywidualnej i podbudowy organizacyjnej*”. Wypowiedź opublikowano także w [termedia.pl](http://termedia.pl).



□ Jedną z wypowiedzi w programie **Onet Rano**: – *Mówimy o przerzuceniu odpowiedzialności za testy COVID-19 na lekarzy rodzinnych, ale nie dano im do tego wszystkich narzędzi – wyboru między teleporadą a wizytą. Dlaczego lekarz rodzinny musi zawsze zobaczyć pacjenta, żeby zlecić mu test?*

□ – *Zgodnie z nową strategią, jeżeli po trzech – pięciu dniach od teleporady objawy mogące sugerować zakażenie koronawirusem nie ustąpią, będzie konieczne badanie bezpośrednie.*

– *Sądzę, że autorzy projektu chcieli z ogromnej liczby osób, które będą chorować w sezonie grypowym na przeziębienie lub na grypę, wyekstrahować te osoby, którym objawy nie miną w ciągu wspomnianych trzech – pięciu dni, i którymi system powinien dalej się zajmować – zaznaczył prezes ORL na antenie TVN24 i dodał: – Powinna być jednak gwarancja dla lekarza POZ, że może zareagować od razu w trybie teleporady, gdy sytuacja jest ewidentna. Jeżeli ktoś dziś doznał utraty węchu i smaku, ma gorączkę i źle się czuje, powinien mieć ten test wykonany od razu. I lekarz rodzinny powinien móc mu test zlecić, a nie zapraszać go do przychodni.*

□ – *Teoretycznie od ponad dwóch tygodni lekarze rodzinni mogą kierować na test pacjentów, u których występuje gorączka, kaszel, zaburzenia węchu i smaku oraz duszności. Tworzy się chaos kompetencyjny, przerzucanie się odpowiedzialnością między sanepidem a lekarzami rodzinnymi – powiedział w programie „Wydarzenia” w Polsacie prezes Łukasz Jankowski.*



□ Roli i problemów POZ dotyczył także wywiad na antenie **TOK FM** pod koniec września: – *Liczba telefonów i pacjentów będzie rosła. (...) My cały czas apelujemy do NFZ, żeby rozwiązał ten problem, szczególnie że nadchodzi sezon infekcyjny. Prosimy o wydzielenie centrów infekcyjnych, żeby pacjenci z kaszlem, gorączką czy katarem nie mieszały się na korytarzach przychodni z przewlekle chorymi. Na razie to jednak wołanie na puszczy. W rozmowie pojawił się także wątek ogólnego kształtu teleporad w polskim systemie opieki zdrowotnej: – W krajach zachodnich lekarz może zdalnie zobaczyć pacjenta, w czasie rzeczywistym obejrzeć wyniki jego badań, a nawet zmierzyć ciśnienie. Nazwa teleporada u nas wprowadza w błąd. Tego nie można porównać z wizytą w gabinecie, w naszych realiach to zwykła rozmowa telefoniczna.*



□ Kilka dni później bieżąca sytuacja komentowana była przez nas w programie „Wstajesz i wiesz” w **TVN24**: – *Pojedyncze przypadki braków łóżek dla pacjentów z COVID-19 to sygnał ostrzegawczy dla Ministerstwa Zdrowia, że procedury przekazywania pacjentów trzeba usprawnić. (...) Krytycznie oceniam brak długofalowej strategii walki z epidemią. Jest gaszenie pożarów przez przerzucanie odpowiedzialności. (...) Zwracamy się do Ministerstwa Zdrowia – nie zapominajcie o chorych przewlekle. Niech zmiany w postępowaniu dotyczącym koronawirusa będą nakierowane na dobro pacjenta, a nie systemu.*



□ Z kolei wcześniej, na etapie, gdy w przestrzeni medialnej toczyły się dyskusje o niewydolności sanepidu, prezesa Łukasza Jankowskiego zaproszono do studia TVN24, do programu „Tak jest”. Mówił tam: – *Jeżeli sanepid działa, to działa wyłącznie, utrzymując się na barkach ludzi przepracowanych, ludzi, którym system nie pomaga, a wręcz przeszkadza. (...) Dla mnie to jest kalka tego, co mamy w systemie ochrony zdrowia już od lat. Czyli system utrzymuje się na ciężkiej pracy i na wyrzeczeniach ludzi, a tak być nie powinno.*



*(...) Proszę zwrócić uwagę, że głównym medium, przez które dziś można skontaktować się z sanepidem, jest telefon. Ludzie mówią, że nie mogą się tam dodzwonić, z drugiej strony w sanepidzie odbierają tysiące telefonów, co – wyobrażam sobie – uniemożliwia pracę.*

□ W „Gazecie Prawnej” opublikowany został tekst, w którym przywoływano komentarz izby w sprawie przepisów dotyczących lekarzy: „Już w czasie obowiązywania przepisów ustawy covidowej były problemy, m.in. we współpracy z zatrudniającym lekarza szpitalem. Żeby bowiem przysługiwał mu zasiłek w wysokości 100 proc., musiał być zgłoszony do kwarantanny przez pracodawcę, który potwierdzał, że do zakażenia doszło podczas wykonywania obowiązków. I tu, jak wskazywała Maria Kłosińska ze stołecznej izby lekarskiej, często występowały rozbieżności interpretacyjne. W przypadkach, gdy pojawi się podejrzenie zakażenia, przeprowadzane jest postępowanie (przez pielęgniarkę epidemiologiczną w szpitalu albo przez sanepid), które ma na celu ustalenie okoliczności. Zdarza się, że lekarz czy pielęgniarka nie zgadzają się z wynikiem tej analizy. Medycy obawiają się, że w przypadku choroby zawodowej postępowanie dowodowe będzie jeszcze trudniejsze”.

## Szczepienia przeciwko grypie

□ Wypowiedź prezesa ORL w Warszawie pojawiła się w „Faktach” w TVN: – *Chcemy mieć dziś pewność, że razem z naszymi lekarskimi zachętami idzie realna możliwość dla pacjenta zaszczepienia się przeciw grypie. Dziś wiemy, i pacjenci o tym mówią, że jest problem z dostępnością szczepionek.*

□ Wywiadu radiu RMF FM udzielił przewodniczący Zespołu ds. Szczepień w OIL w Warszawie Łukasz Durajski: – *Nie ma dobrego rozwiązania problemu za małej liczby szczepionek przeciwko grypie. Powiem brutalnie, że nie widzę rozwiązania. Może resort zdrowia zdobędzie jeszcze 200 tys., może pół miliona szczepionek. To jest dramatycznie mało. Włożyliśmy dużą pracę w przekonanie Polaków do szczepień. Brak szczepionek jest dla nas kulą u nogi. Lekarza cytowały m.in. gazeta.pl, podyplomie.pl, pikio.pl, wp.pl, o2.pl.*

□ O akcji naszej izby pisała „Medycyna Praktyczna”: „Część pracowników medycznych nie liczy na refundowane przez państwo szczepionki przeciwko grypie. Są zdecydowani na zakup szczepionki w aptece, na ogólnych zasadach. Zapi-

*sują się na listy oczekujących. – Już po raz trzeci, w ramach akcji »Szczepimy – chronimy«, chcemy, we współpracy z Okręgową Radą Aptekarską, zaszczepić tysiąc lekarzy należących do naszej izby – powiedział nam Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. – Szczepienia mają się rozpocząć w pierwszej połowie października, jeśli tylko będą szczepionki. Można się spodziewać, że również inne izby lekarskie, wzorem poprzednich lat, zorganizują takie akcje”.*

□ Ten sam wątek poruszono także na **podyplomie.pl**: „Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie poinformowała, że choć szczepionki przeciwko grypie są na rynku rozchwytywane, przeprowadzi coroczną akcję szczepień dla lekarzy. – Trwają ostatnie ustalenia. Zapisy wkrótce się rozpoczną i chętni lekarze będą mieli możliwość się zaszczepić – poinformowała Renata Jeziótkowska, rzecznik OIL w Warszawie”.

## Rozwiązania systemowe

□ O konieczności zmian systemowych mówił w „Wydarzeniach” w **Polsacie** Michał Matuszewski, członek Prezydium ORL w Warszawie: – *Potrzebna jest elastyczna organizacja czasu pracy. Chcielibyśmy, żeby opiekun miał rozszerzone uprawnienia urlopowe, żeby mógł pogodzić swoją karierą zawodową z opieką nad osobą starszą. Lekarz odnosił się do porzucania seniorów w szpitalach przez ich opiekunów: – Każdy z nas, lekarzy, spotkał się z taką sytuacją.*



□ **Infodent24**: „Dr n. med. Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie, zadaje ważne pytania na temat przyszłości polskiej stomatologii. Główne zagadnienia to system kształcenia polskich dentystów, ich pozycja na rynku i sposób finansowania leczenia stomatologicznego. Rysujące się coraz wyraźniej scenariusze muszą budzić emocje, bo przeorientowałyby pozycję lekarzy dentystów na zawodowym rynku. W konsekwencji dotknęłyby ich pacjentów i nie byłby to oczekiwany przez nich dotyk”.

□ O współpracy OIL w Warszawie i WUM pisał portal **cowzdrowiu.pl**: „Jednym z kluczowych wyzwań ma być zwiększenie liczby miejsc dla stażystów. Pierwsze spotkanie prof. Zbigniewa Gacionga, nowego rektora WUM, z Łukaszem Jankowskim miało miejsce 18 września. Rozmowy koncentrowały się wokół dalszej współpracy samorządu z warszawską uczelnią medyczną, a także nowych, wspólnych projektów”. Temat przywołał także Medexpress. ■



# Mówimy „liczy się gest”

Czasami spotykamy się z gestami, na które nie liczyliśmy. Bywa, że inni liczą na gesty z naszej strony, do których się nie poczuwamy. O niekomfortowych sytuacjach z tym związanych w „Zabiegach wizerunkowych” z **Maciejem Orłosiem** rozmawia Renata Jeziótkowska.

**Lekarze mierzą się z wymaganiami pacjentów, którzy pewne gesty zaczynają uznawać za standard. Pojawia się np. oczekiwanie, że lekarz poda swój numer telefonu komórkowego. Niektórzy pacjenci próbują nawiązać kontakt przez komunikatory internetowe. Czasami lekarze nawiązują z pacjentami bliższą relację, ale to wyjątki. Jak reagować na oburzenie zawiedzionych pacjentów i gdzie stawiać granice?**

**G**dy relacja lekarza z pacjentem jakiś czas trwa, jest dobra, niekiedy pacjent podchodzi do niej jak do zwykłego kontaktu w życiu prywatnym. Jeśli mamy dobrą relację z kimś, kto jest dla nas ważny, mamy do niego kontakt telefoniczny lub e-mailowy. Pacjent zatem oczekuje kontaktu z lekarzem. Ale to tak nie działa. Wróć do przywoływanego już w naszych rozmowach syndromu lekarza czy nauczyciela. Lekarz ma wielu pacjentów i nie jest w stanie z każdym mieć dobrej relacji

i kontaktu. To trzeba po prostu zrozumieć, przecież nie można przekraczać granic rozsądku. Te granice mogą wyglądać nieco inaczej w sytuacjach ekstremalnych, wyjątkowych.

**Jak dać sygnał, że nie życzymy sobie przekraczania granic prywatności przez pacjenta ani zbytniej z nim zażyłości?**

Uprzejmie, ale asertywnie, czyli tak, żeby wykazać sympatię, ale jednocześnie powiedzieć coś jasno. Postawić granicę. Tak się postępuje w różnych sytuacjach, bo jest to konieczne, wymagane i nikt nie ma prawa się obrażać. Cóż, myślę, że samego siebie też trzeba chronić. To rzeczywiście może nie być łatwe. Choć na pewno w przypadku długotrwałych, wyjątkowych relacji zdarza się, że rodzi się więź z pacjentem i kontakt staje się czymś naturalnym. Ale mówię o wyjątkowych relacjach. Poza tym uważam, że nawet wtedy inicjatywa powinna wychodzić od lekarza. Gdy kon-

takty są standardowe, a pacjent po dwóch wizytach mówi: – *Panie doktorze, czy mógłbym prosić o numer telefonu, bo bym chciał do pana zadzwonić i skonsultować te badania*, po prostu trzeba grzecznie odmówić. Powiedzieć: – *Szanowny pacjencie, rozumiem, że jest taka potrzeba, ale mamy w naszej placówce określone standardy, komunikujemy się za pomocą... (tu trzeba podać, np. online albo przez recepcję). Bardzo proszę, tu jest kontakt do recepcji.* W dobie mediów społecznościowych mogą być jeszcze innego rodzaju próby nawiązania bliższych relacji – za pomocą komunikatorów, np. Facebooka, Instagrama, WhatsAppa. Wszędzie trzeba postawić granicę.

**Trudniej postawić granicę znajomym i rodzinie. Bywa, że spotkanie rodzinne lub towarzyskie staje się miejscem zasięgania porad lekarskich. Niektórzy wychodzą z założenia, że skoro jest na miejscu lekarz, można go pytać o wszystko.**

Kolega, który zapowiada pogodę w telewizji, powiedział, że odczuwa podobny balast. Wszyscy, zarówno rodzina, jak i ludzie, których nie zna, cały czas zagadują go o pogodę. Są przekonani, że to niezwykle oryginalne, gdy bardziej lub mniej żartobliwie zagadują: – *O czym my tutaj..., a, słuchaj, jak wy zapowiadacie, jak przewidujecie pogodę?* Albo mówią, że wczoraj miała być taka, a była inna. I tak w kółko. Oczywiście, to inny kaliber. Niestety, jeśli chodzi o rodzinę, sami musimy sobie ustawić sytuację. Różne scenariusze można sobie wyobrazić. Odwołam się do analogii z prezesem. Prezes dużej firmy właśnie jest na spotkaniu biznesowym, które przeradza się w rozmowę z potencjalnymi klientami lub kontrahentami przy kawie, lampce wina. Prezes jest nagabywany wyraźnie przez dwie osoby, które po prostu nie dają mu żyć, zawisły na nim. I wtedy rolę asystenta jest wybawić go z sytuacji dyplomatycznie, elegancko. Powinien podejść i przypomnieć: – *Panie prezesie, bardzo przepraszam, ale za 20 min rozpoczynamy spotkanie i już musimy jechać.* Albo: – *Panie prezesie, jest ważny telefon do pana, natępnie odciągną preza i zajmą się*

Fot. archiwum



osobami, które go absorbowały. Rolę asystenta może odegrać partner, mąż, żona lekarza, który jest np. na spotkaniu rodzinnym, i ustawić tę barierę (bo jemu samemu nie wypada) na zasadzie: – *Sluchajcie, Jurek pracuje siedem dni w tygodniu po 13 godz., bez przerwy ma dyżury itd. Sam wam tego nie powie, ale on potrzebuje oddechu od zawodowych tematów. Po prostu dajmy sobie spokój, pogadajmy o czymś innym.* To może być powiedziane w obecności Jurka albo pod jego nieobecność. Byłoby dla niego wygodniej, gdyby go przy tej rozmowie nie było. Wtedy mamy ustawioną sytuację nie tylko na to jedno spotkanie, ale również na kolejne. Ludzie nie nagabują lekarzy ze złej woli, tylko czasem nie pomyślą... Mówię o przykładowym rozwiązaniu oczywiście. Można na to też zareagować żartem, miękko, żeby nikt się nie obraził. Ale trzeba się chronić przed natarczywością. No, chyba że ktoś uwielbia tak bliskie relacje z pacjentami.

**Wróćmy do kwestii oczekiwań pacjenta lub jego rodziny wobec lekarza w miejscu pracy. Odbyla się operacja i rodzina czeka, że lekarz przyjdzie i powie, czy operacja się udała. Tymczasem bywa, że operacja jest etapem leczenia albo nic nie wiadomo, albo zaraz lekarz ma kolejną operację. Jak wybrnąć z sytuacji, by i pacjent poczuł się dobrze, i lekarz, choć nic konkretnego nie może powiedzieć.**

Dla pacjenta najważniejsze jest, żeby dostał informację. Gdy po operacji pacjent jest wybudzony i nic się nie dzieje, nikt nie przychodzi, nikt nic nie mówi lub rodzina czeka i nie ma żadnych wieści – to jest najgorsze, co może być. Informacji nie musi udzielić lekarz, który robił operację, to może być ktokolwiek, kto reprezentuje tę placówkę, tego lekarza, ten zespół. Mówi np.: – *Pan doktor, który operował, w tej chwili ma kolejną operację, dlatego nie on przychodzi. Ja w jego imieniu chcę powiedzieć to i to na temat tej operacji, było tak i tak, czekamy na wyniki badań. Jutro, najpóźniej pojutrze będziemy mieli te wyniki i natychmiast pana o nich poinformujemy.* Albo: – *Jest bardzo dobrze, wszystko się udało,* albo: – *Musimy po-*

*czekać, zrobiliśmy, co było trzeba. Proszę spokojnie odpoczywać, najpóźniej pojutrze przyjdziemy (nawet nie mówiąc kto) i opowiemy o efektach operacji.* Myślę, że najgorsze dla pacjenta i jego rodziny jest to, że coś się ważnego dzieje w jego życiu – właśnie np. operacja – a nie uzyskuje o wyniku żadnej informacji.

**Sytuacja mniej ekstremalna dla pacjenta, bardziej prozaiczna. Przychodnia, pacjenci tłumaczą: – Ja tylko po receptę, chciałabym poza numerkami. A lekarz miał już 10 pacjentów, przychodzi pięć kolejnych osób – tylko na chwilę. I ten lekarz poświęca kolejne dwie godziny...**

Jedyny sposób to asertywność i niedopuszczanie do takich sytuacji. Sięgnijmy po przykład sklepu. Ktoś przychodzi, jest godzina 21.00, chce kupić tylko bułki, ale właśnie mu zamknęli sklep przed nosem. Taki klient się wścieka, bo chciał tylko dwie bułki. Ale ludzie zatrudnieni w sklepie właśnie kończą pracę. Gdyby jeszcze ktoś przyszedł „tylko po bułki”, sprzedawcy nie wyszliby przez kolejne pół godziny. A to jest ich czas. Są przecież procedury, jest jakiś tryb. Trudno, klient kupi bułki jutro albo zje kawałek suchego pieczywa. W przychodni wygląda to podobnie – pacjent przyjdzie jutro po tę receptę, kiedy będą wolne numerki. Takie mamy reguły, zasady, trzeba się temu podporządkować. Lekarz nie musi mieć poczucia winy. Znowu pomijam jakieś wyjątkowe sytuacje życiowe, które można sobie wyobrazić, ale lekarze znają je najlepiej.

**Jeszcze jeden wątek relacji pacjenta z lekarzem. Czasami pacjenci, szczególnie przewlekle chorzy, zapraszają lekarzy na śluby, wesela. Takie gesty – zapraszanie do swojego życia, to też jest delikatna sprawa.**

Znowu trzeba działać tak, żeby nikogo nie urazić, ale jednocześnie dać wyrażenie do zrozumienia, że nie jesteśmy w takich relacjach, mamy swoje sprawy, swoje życie. Po prostu wystarczy powiedzieć: – *Niestety, mam już inne plany.* Grzecznie, nikogo nie urażając. To oczywiście trudne, trzeba się wykaazać inteligencją emocjonalną i przekazać taką informację, by nikt się nie

obraził i wszyscy byli zadowoleni. Tzn. ja nie muszę jechać na wesele, a osoba, która mnie zaprosiła, nie czuje się, jakbym ją spoliczkował, mówiąc, że mam swoje życie i jej ślub mnie w ogóle nie interesuje. Trzeba powiedzieć miękko, coś w rodzaju: – *Panie Janku, bardzo dziękuję, to jest dla mnie bardzo miłe, że państwo o mnie pomyśleli, ale niestety nie będę mógł przybyć, bo mam inne zobowiązania. Bardzo dziękuję, życzę powodzenia i mam nadzieję, że wesele będzie udane.* Pokazuję, że jestem zainteresowany i zależy mi, żeby ta impreza była dobra. Pacjent wychodzi z poczuciem, że o coś zapytał, ktoś się zainteresował i odpowiedział, a jego nie spotkał afront.

**A co z gestami takimi jak brawa dla lekarzy od polityków?**

Lekarze nie potrzebują takich gestów. Są miłe, ale pytanie, co dalej? co z tego? Chyba każdy lekarz by powiedział, że zamiast braw wolałby lepszy system, żeby szpitale pracowały na lepszych zasadach, żeby podczas pandemii nie było sprzecznych informacji, regulacji, zaleceń itd.

**Ktoś chce lekarzowi dodatkowo podziękować. Nie mówię o próbach wręczenia pieniędzy czy kosztownych prezentów, ale o drobiazgach w rodzaju laurek od dzieci, zdjęć, kwiatka. Co ma zrobić?**

To jest trochę jak z artystami. Właśnie zakończył się spektakl, aktor świetnie wypadł i dostaje kwiaty. Nikt nie myśli: – *Po co mu kwiaty? Dobrze zagrał, ale to jego zawód.* Ktoś wyraża w ten sposób wdzięczność, podziw. Jak ktoś przynosi skromny kwiatek, można po prostu przyjąć go, podziękować, uśmiechnąć się i powiedzieć: – *Bardzo, bardzo dziękuję, to jest bardzo miłe.* I już, koniec. Bez niepotrzebnych ceregieli, bo po co energię tracić na „*ależ, nie trzeba było*”. To jak z chwaleniem kogoś – jak ktoś nas chwali, nie musimy się krygować, spuszczać oczu, tańczyć w miejscu, tylko po prostu uśmiechnąć się, powiedzieć: – *Bardzo dziękuję, bardzo miłe jest takie docenienie mojej pracy, naprawdę jeszcze raz bardzo dziękuję.* I już. ■





Rys. K. Rosiecki

# #SPRAWDZAM

## Poradnie POZ zamknęły się przed pacjentami?

MAŁGORZATA SOLECKA

Słuchając ministra zdrowia i jego współpracowników, można odnieść wrażenie, że podstawowa opieka zdrowotna w praktyce od kilku miesięcy nie funkcjonuje. Jeśli nie cała, to w dużej części. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia i rzecznik praw pacjenta piętnują zastąpienie osobistych wizyt pacjentów w poradniach teleporadami. I zapowiadają odwrócenie trendu, by poradnie funkcjonowały „normalnie”.

Z jednej strony płyną apele o zachowywanie zasad „nowej normalności”, czyli m.in. minimalizowania zbędnych kontaktów międzyludzkich. Z drugiej – pacjenci są przez instytucje państwa wręcz namawiani, by przypomnieli sobie o tym, jak „normalnie” wyglądał kontakt z lekarzem przed pandemią. Cudzystów w pełni uzasadniony, bo nie miało to nic wspólnego z normalnością. Jeśli poradnie POZ udzielają rocznie ponad 160 mln porad, na statystycznego Polaka – od noworodka po stulatka – wypada ich ponad cztery. Biorąc pod uwagę, że niemała część naszej populacji lekarza POZ nie odwiedza całymi latami, są pacjenci, którzy do gabinetów pukają dziesięć i więcej razy w roku. Czy wszystkie te wizyty – realizowane osobiście – na pewno są uzasadnione? Oczywiście, że nie. Dlatego przez wiele lat eksperci od zarządzania i sami medycy apelowali o szybkie wdrożenie rozwiązań telemedycznych, o e-recepty, o możliwość szerszego cedowania obowiązków lekarza na innych członków zespołu POZ, by kontakt z lekarzem był zarezerwowany dla pacjentów, którzy naprawdę go potrzebują. Dzięki temu lekarz miałby możliwość poświęcenia im większej ilości czasu.

Oczywiście, realizowanie przez poradnię POZ 100 (czy nawet 90) proc. wizyt w trybie zdalnym byłoby sygnałem dalece niepokojącym. Problem polega jednak na tym, że nikt – ani minister zdrowia, ani prezes NFZ – nie ma takich statystyk. Umożliwiając lekarzom POZ zastąpienie wizyt osobistych teleporadami, urzędnicy nie pomyśleli o nałożeniu obowiązku sprawozdawania formy udzielonego świadczenia (NFZ wprowadził go od 1 września). To oczywisty błąd, przeoczenie (decydenci w zakresie ochrony zdrowia nader często zapominają, jak dużą rolę

w racjonalizacji systemu mają dane i informacje, których sami się pozbawiają, a przecież z zarządczego punktu widzenia zawsze lepiej wiedzieć więcej niż mniej), za które odpowiedzialnością próbuje się w tej chwili obarczyć lekarzy.

Ułomne, bo niepełne, statystyki przemawiają zaś na korzyść lekarzy POZ. Jacek Krajewski, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, podkreśla, że według danych NFZ od marca do lipca 2020 r. przychodnie POZ wykonały 85 proc. liczby świadczeń z roku 2019. W tym samym czasie placówki ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonały ich 35 proc. mniej, a szpitale – połowę tego, co rok wcześniej. O ile w przypadku szpitali trudno przypuszczać, by jakieś wizyty były realizowane w trybie zdalnym, w poradniach specjalistycznych jest to jak najbardziej możliwe. Czy na taką samą skalę jak w POZ? Nie wiadomo. Ale czy to na pewno wina lekarzy?

Nie jest winą lekarzy POZ również chaos związany z nową strategią walki z COVID-19, którą zaprezentował nowy minister zdrowia. Ba, ta strategia została zaprojektowana wbrew nim, wbrew ich postulatom (przede wszystkim w zakresie kierowania na testy po badaniu fizykalnym, na podstawie teleporady lekarze mają możliwość kierowania na testy wyłącznie pacjentów z pełnymi objawami COVID-19). To urzędnicy ministerstwa, którzy zdominowali zespół przygotowujący strategię, za zgodą konsultantów krajowych wymyślili, by lekarze zakaźnicy musieli konsultować wszystkich z pozytywnym wynikiem na obecność koronawirusa. I to Ministerstwo Zdrowia – bynajmniej nie lekarze POZ – zaprojektowało system, w którym pacjent (osoba z podejrzeniem zakażenia i zakażona) ma szansę stracić orientację. O kwarantannie decyduje sanepid. O skierowaniu na testy w przypadku wystąpienia objawów – lekarz POZ, bez objawów – sanepid. O izolacji – lekarz zakaźnik. O przedłużeniu izolacji, w przypadku przedłużających się objawów – lekarz POZ. Za stan pacjenta w izolacji domowej odpowiada lekarz POZ. Ale w izolatorium – lekarz zakaźnik. ■

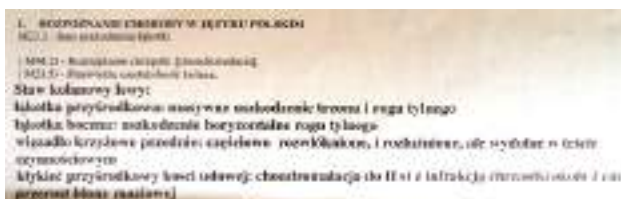
# Koder medyczny

W grudniu 2011 r. powstało Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych zrzeszające wszystkie osoby ze środowiska medycznego, które biorą udział w prowadzeniu dokumentacji medycznej, ewidencji i w rozliczaniu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Powstanie PTKM było odpowiedzią na wprowadzenie w Polsce od 1 lipca 2008 r. nowego sposobu rozliczania świadczeń zdrowotnych w kategorii leczenia szpitalnego – za pomocą systemu jednorodnych grup pacjentów (JGP). Ogólnie polega on na stworzeniu grup świadczeń, których koszt jest zbliżony, a każdą grupę można opisać rozpoznaniem definiowanym międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych (ICD-10) – najczęściej w przypadkach hospitalizacji tzw. zachowawczych, albo wykonaną procedurą zabiegową identyfikowaną kodem z Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9. Oprócz kombinacji różnych rozpoznań i procedur na kwalifikację wpłynąć może także wiek pacjenta, czas pobytu w szpitalu, a nawet typ oddziału, na którym prowadzono leczenie. Do prawidłowego rozliczania świadczeń potrzebna jest duża wiedza. Z jednej strony może nastąpić zniżenie wyceny świadczeń w efekcie zastosowania niewłaściwej kombinacji kodów rozpoznań i procedur, z drugiej – przekłamanie skutkujące karą umowną w przypadku kontroli NFZ. Koder musi być osobą, która nie tylko posiada wiedzę medyczną, lecz potrafi też właściwie zakwalifikować przeprowadzone zabiegi oraz znaleźć kody rozpoznań pasujące do opisu choroby, biegle znać zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie rozliczeń, zasady sprawozdawania świadczeń i umieć interpretować przebieg leczenia pod kątem JGP.

Koder medyczny musi również na bieżąco śledzić zmiany przepisów. Czasem płatnik dokonuje kosmetycznej wydawałoby się zmiany w grupie – usuwa jedną procedurę, a okazuje się, że szpital wykorzystywał właśnie tę procedurę do rozliczania świadczeń. Wtedy koder musi wkroczyć, przedstawić nowe, najkorzystniejsze rozwiązanie problemu. Bo zgodnie z przepisami sprawozdawczość powinna odzwierciedlać zdarzenia, które są opisane właśnie w dokumentacji medycznej pacjenta.

Przykład z życia: pacjent przyjęty do szpitala z powodu obrzęku i bolesności kolana. Przed wieloma laty przeszedł uraz skrętny tego kolana i wtedy wykonano rekonstrukcję więzadła krzyżowego przedniego. Obecnie stwierdzono:



W zabiegu artroskopowym wykonano:

- usunięcie masywnego uszkodzenia łątki przysiadkowej,
- szycie rogu tylnego łątki bocznej,
- ablację więzadła krzyżowego przedniego,
- mikrołamania w obrębie infrakcji chrząstki na kłykcium przysiadkowej kości udowej.

Zabieg trwał około godziny, pobyt w szpitalu – trzy dni.  
Co ciekawe, sprawozdano takie procedury:



Dlaczego znalazły się tutaj implanty mocujące oraz rekonstrukcja pierwotna wielotkankowych uszkodzeń kończyny dolnej? Odpowiedź jest prosta: dzięki nim hospitalizacja mogła zostać zakwalifikowana do grupy H31F – kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy <66 r.ż., za którą NFZ zapłaci 13 417,00 zł, zamiast 2098,00 zł za grupę H22 – artroskopia lecznicza. A czy ten zabieg można nazwać kompleksowym? Ostatnia procedura (84.993) znajduje się w grupie H31F, obok takich zabiegów jak amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy, replantacja stopy oraz rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/lub nerwów stopy.

Leczenie szpitalne jest najbardziej jaskrawym przykładem konieczności korzystania z pomocy koderów medycznych, ale JGP istnieją również w stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej oraz w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (grupy zachowawcze i zabiegowe).

Od momentu powstania Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych zabiegało o dodanie nowego zawodu/specjalności do klasyfikacji zawodów i specjalności, aby koder medyczny stał się pełnoprawnym zawodem. Już teraz można zapisywać się na studia podyplomowe kształcące pracowników nazywanych koderami. Propozycja rozporządzenia przedstawiona przez Ministerstwo Zdrowia we wrześniu doprowadzi do powstania zawodu kodera medycznego, który niewątpliwie jest potrzebny polskiej służbie zdrowia. ■

**Wojciech Modzelewski**, zastępca dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ds. służb mundurowych i świadczeniobiorców



## INNOWACYJNA TERAPIA

Profesorowie Krzysztof Bankiewicz i Mirosław Ząbek zastosowali po raz pierwszy innowacyjną terapię genową u pacjentki cierpiącej na zanik wieloukładowy. Leczenie ma na celu zatrzymanie choroby i poprawę jakości życia pacjentki. Lekarze przeprowadzili eksperymentalną operację wszczepienia genu do mózgu w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie. Profesorowie Bankiewicz i Ząbek wykonali już wiele innowacyjnych operacji genetycznych u dzieci z innymi rzadkimi schorzeniami. Ich dotychczasowe doświadczenia dają nadzieję na sukces leczenia.

## WSPARCIE MŁODYCH

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w podwarszawskim Piasecznie zapewni wsparcie młodym ludziom, do 21. roku życia, przeżywającym kryzysy psychiczne, a także ich rodzinom i bliskim. To kolejny ośrodek, który powstał z inicjatywy i w ramach modelu wypracowanego przez naukowców z Instytutu Psychologii UKSW pod dyrekcją dr. Tomasza Rowińskiego. Prorektor UKSW prof. Marek Michalski oraz minister funduszy i polityki regionalnej Małgorzata Jarosińska-Jedynak podpisali umowę dotyczącą dofinansowania placówki.

## BY LEPIEJ OPEROWAĆ

Ośrodek Symulacji Chirurgii Małoinwazyjnej w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie to jedyne w Polsce miejsce, w którym rezydenci i specjaliści chirurgii dziecięcej i ogólnej zdobywają wiedzę teoretyczną oraz praktyczne umiejętności z zakresu chirurgii minimalnego dostępu w warunkach symulacji.

Dzięki unijnym dotacjom placówka została wyposażona w unikalne dwustanowiskowe symulatory videochirurgii. Fundacja Polsat przekazała 150 tys. zł na remont pomieszczeń ośrodka.

## NOWY ODDZIAŁ W RADOMIU

Pododdział Otolaryngologiczny działający w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu w ramach Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologii stał się odrębną jednostką. Od 1 września 2020 r. funkcjonuje jako Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej. Jego kierownikiem został prof. dr hab. n. med. Kamal Morshed.

## NA DZIAŁALNOŚĆ MEDYCZNĄ

Samorząd Mazowsza przekazał w formie darowizny nieruchomości starego szpitala w Ostrołęce miastu. Na działkach o łącznej powierzchni ponad 6,7 tys. mkw. znajduje się kilka obiektów, m.in. budynek główny szpitala. Na terenie ma być prowadzona działalność lecznicza związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, m.in. pielęgnacyjno-opiekuńczych. ■



### OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE

Koleżanki i Koledzy,  
uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się przez lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy przynależą do OIL w Warszawie, ukończyli 60. rok życia i znajdują się w trudnej sytuacji materialnej, o dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.

Termin składania wniosków: **31 grudnia 2020 r.**



Fundacja Pro Seniore  
02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-30  
e-mail: [proseniore@oilwaw.org.pl](mailto:proseniore@oilwaw.org.pl)  
[www.proseniore.pl](http://www.proseniore.pl)

**Udostępnię** prywatny gabinet lekarski w celu wspólnego użytkowania. Nowy Dwór Mazowiecki i Płońsk.  
Profil gabinetów: zachowawczo-diagnostyczno-zabiegowy. Bardzo dobry aparat USG. E-mail: [timon-pumba2@wp.pl](mailto:timon-pumba2@wp.pl).

**Wynajmę** lokal usługowy – przychodnię w Warszawie przy al. KEN 103,  
152 mkw., 5 gabinetów, bezpośrednio przy stacji metra Ursynów. Kontakt: 607 446 883.



## Teleporady nie są traktowane poważnie

To opinia wielu lekarzy. Pacjenci nie są przygotowani do rozmowy, nie odbierają telefonów, dzwonią i wysyłają SMS-y późnym wieczorem, nie szanują czasu ani swojego, ani medyków. – *Miałem ostatnio umówioną telewizytę z pacjentem, którego zarejestrowała żona, a on poszedł na ryby. Był bardzo zdziwiony, że dzwonię, i nie mógł rozmawiać, bo płoszył ryby kolegom* – mówi jeden z medyków. Pewna pacjentka poprosiła specjalistę o telefon za godzinę, gdyż aktualnie zbiera ziemniaki na polu. Za „najlepszego” uznano pacjenta, który poinformował lekarza, że nie ma jak zanotować zaleceń, ponieważ... siedzi właśnie na sedesie.

## Antycovidowi rodzice

Niepokojące sygnały płyną z Warszawy: niektórzy rodzice kwestionują szkolne wytyczne sanitarne. Są tacy, którzy nie dają zgody na mierzenie dziecku temperatury, wysyłanie go do izolatorium, a nawet dezynfekcję rąk. – *Rozumiem wolnościowe postawy i rogatę polskie dusze, ale chodzi o szacunek wobec innych osób i wspólne bezpieczeństwo* – komentuje jeden ze stołecznych urzędników. – *To nie jest bal przebierańców. To robienie z nas idiotów, łamanie naszych konstytucyjnych praw. W głowach wam się przewróciło od tego k... COVIDA* – odpowiedział pewien rodzic pracownicy szkoły, która zwróciła mu uwagę, by założył maseczkę z powodu koronawirusa. – *To cyrk na kółkach, wy ten cyrk rozpowszechniacie. Komu wy służycie? Kaczyńskiemu?* – pokrzykiwał w stronę pracowników szkoły.

## Historyczny przeszczep w Polsce

Historię Grzegorza Lipińskiego, 45-letniego szefa sterylizatorni w jednoimiennym szpitalu zakaźnym, a zarazem pierwszego polskiego pacjenta, któremu przeszczepiono płuca z powodu COVID-19, przedstawiono podczas konferencji prasowej w Zabrze. – *Chcemy przekazać tę dobrą nowinę, bo potrzebujemy takich w dzisiejszych czasach. Sukces – nie boję się użyć tego słowa – stał się możliwy wyłączanie dlatego, że działaliśmy razem* – powiedział dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca prof. Marian Zembała, podkreślając, że ten przypadek jest przestrożą, by nie lekceważyć koronawirusa. Życie chorego udało się uratować dzięki dobrej współpracy lekarzy z trzech ośrodków: Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Megrez w Tychach (od marca pełniącego funkcję jednoimiennego), gdzie był leczony w pierwszym etapie, Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, gdzie był podłączony do ECMO, oraz Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze. – *Czuję się bardzo dobrze* – zapewnił Lipiński. Przyznał, że podczas choroby najtrudniejszy dla niego był moment, kiedy dowiedział się o konieczności przeszczepu płuc.



## Opakowania leków powinny się różnić

Farmaceuci od lat apelują do producentów leków o wprowadzenie różnych oznaczeń opakowań, szczególnie produktów z jednej linii lekowej, np. kardiologicznej czy neurologicznej. – *Czasem jedynym wyróżnikiem jest innego koloru pasek, a opakowanie obniżającego ciśnienie bisocardu leży obok przeczyszczającego bisacodylu. Dla osób starszych i z wielochorobowością odwodnienie z powodu rozwolnienia może być śmiertelnie niebezpieczne* – ostrzega przedstawiciel Naczelnej Rady Aptekarskiej. Małe różnice są także między opakowaniami z lekami w różnych dawkach, co może być niebezpieczne, np. w przypadku sterydu wziewnego.

## Lekarz skazany za nieudzielenie pomocy

Sławomir S., były lekarz pogotowia, został prawomocnie skazany na rok więzienia w zawieszeniu na dwa lata za to, że dopuścił, by karetka odjechała od umierającej siedemdziesięciolatki, ponieważ nikt nie otwierał drzwi jej mieszkania. Mężczyzna potraktował zgłoszenie jako fałszywe.

## Sankcje wobec niemieckich lekarzy

Prezes Federalnej Izby Lekarskiej zapowiedział postępowanie dyscyplinarne wobec lekarzy, którzy prezentowali w Berlinie plakaty wyszydzające zwolenników obecnej polityki państwa w sprawie koronawirusa. – *To niedopuszczalne, by lekarze, i do tego postawie do Bundestagu, nieśli transparenty przedstawiające ich kolegów lekarzy w więziennych ubiorach* – oświadczył dr Reinhardt. Chodzi o plakaty, które medycy nieśli podczas demonstracji w Berlinie.

## Mrożonki

W Nowej Zelandii wykryto pierwsze od 102 dni przypadki COVID-19. Czworo zakażonych koronawirusem to członkowie rodziny z Auckland. Mimo że żaden z nich nie przebywał w innym kraju, granice zostały zamknięte dla obcokrajowców, a powracający do Nowej Zelandii poddawani są izolacji. Jako źródło koronawirusa typowane są towary sprowadzane z zagranicy. Jedna z zakażonych osób pracuje bowiem w chłodni, a podejrzewa się, że wirus może przeżyć w niskiej temperaturze dość długi czas. W ostatnich dniach w Chinach patogen wykryto na powierzchni opakowań mrożonek. Badania kliniczne wykazują, że może przeżyć na plastiku nawet trzy doby.

## Wykryć Alzheimer 20 lat wcześniej

Test wykrywający specyficzne dla choroby białko p-tau217 pozwala przewidzieć tę postać demencji z dokładnością sięgającą 96 proc. na wiele lat przed wystąpieniem objawów – informuje czasopismo naukowe „JAMA”. Badanie p-tau217 we krwi dało równie dobry obraz stanu pacjenta jak obrazowanie mózgu metodą rezonansu magnetycznego. ■

Jarosław Kosiaty

Przy opracowywaniu doniesień korzystałem z serwisów: nauka.pap.com.pl, money.pl, rp.pl, wyborcza.pl, reuters.com, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.

# Kierunek



Fotografie: aach

O kulturze, sztuce, wierzeniach i historii mieszkańców subkontynentu indyjskiego może mówić bez końca. Od 40 lat podróżuje do Indii. Efektem wypraw jest kolekcja pamiątek: przedmioty kultu religijnego, sprzęty codziennego użytku, obrazy, figurki i pocztówki. O swoich indyjskich pasjach opowiada **Janusz Sura**, specjalista chirurgii ogólnej z Warszawy, w rozmowie z Anettą Chęcińską.

## Dlaczego Indie?

**W** 1979 r. postanowiłem polecieć do Bombaju. Pamiętam, że bilet lotniczy w polskich liniach kosztował 60 dolarów. Rok wcześniej koledzy z koła naukowego ortopedów dostali grant na wyjazd do Indii Centralnych, gdzie panowała fluoroza powodująca łamliwość kości. W okolicach Huty Skawina koło Krakowa także fluor przedostawał się do gleby i wody, a ludzie i zwierzęta chorowali. Ponieważ Hindusi mieli już sukcesy w badaniu i leczeniu tej choroby, pojawił się pomysł wyprawy naukowej, a przy okazji zwiedzenia kraju. Koledzy pojechali starem przez Związek Radziecki, Afganistan i Pakistan. Po powrocie wyniki swoich badań zaprezentowali w kole naukowym, ale efektem ich wyjazdu było zaciekawienie krajem, o którym opowiadali. Dlatego do Bombaju wybrałem się turystycznie. Przed wylotem kupiłem rosyjski aparat fotograficzny. Sprzedany w Indiach, zapewnił mi miesięczny pobyt w tym kraju.

## Jakie były wrażenia z tej pierwszej podróży?

Byłem oczarowany. Z Bombaju przez Dżajpur, stolicę Ra-dżastanu, dotarłem do Delhi, a następnie do Katmandu w Nepalu. Po trekkingu wróciłem do Patny, stolicy stanu Bihar. Wtedy w Indiach nie było jeszcze tak wielu turystów, nikt nikogo na nic nie naciągał. Po pierwszej wyprawie przyszły kolejne, prawie co roku. Przejechaliśmy Indie, a najczęściej podróżuję z moją żoną Aliną i z przyjaciółmi, można powiedzieć wzdłuż i wszerz. Nie byłem jedynie w Bengalu.

## Ale świat podróży nie kończy się na Indiach?

Oczywiście, że nie. Byliśmy m.in. w Singapurze, Malezji, a niedawno we Włoszech. Podczas studiów wyjeżdżałem do Kazachstanu i Uzbekistanu, a te miejsca są powiązane z późniejszym kierunkiem moich wypraw. Z tamtych terenów wywodzą się dawni władcy Indii, Wielcy Mogołowie. Przynieśli ze sobą islam, ale też stworzyli wspaniałą kulturę – stali się Hindusami wyznania islamskiego, zbudowali twierdze, świątynie, meczety i medresy, wzniesli miasta, m.in. Delhi i Agrę. Największy z władców dynastii Mogołów, Agbar, był człowiekiem otwartym na inne wyznania, chciał połączyć islam, buddyzm, hinduizm i chrześcijaństwo w jedną religię synkretyczną. To mu się nie udało, niemniej jednak mieszkańcy Półwyspu Indyjskiego z zasady są nastawieni pokojowo do przedstawicieli innych nacji i wyznań.



# Indie



## Co jest tak urzekającego w Indiach, żeby wracać tam co roku?

Już od wyjścia z samolotu czujemy inne powietrze. Najczęściej zatrzymujemy się w starych dzielnicach, z licznymi restauracjami, warsztatami rzemieślników, małymi świątynkami. W zatłoczonych zaułkach, w ciasnych uliczkach pełnych riks, a czasem nawet przechadzających się krów (wciąż można je spotkać, choć zdecydowanie rzadziej niż przed laty) toczy się całe życie mieszkańców, ludzie przychylnych innym. Wielokrotnie jedliśmy potrawy od ulicznych sprzedawców i bardzo rzadko przytrafiały się nam z tego powodu problemy zdrowotne. Pirożek wysmażony w rozgrzanym oleju na pewno nie zaszkodzi. Kuchnia hinduska jest znakomita i bardzo różnorodna. W takich właśnie miejscach poznaje się życie tamtejszej społeczności, granica między domem a ulicą się zaciera.

Tam, gdzie nie ma bieżącej wody w domach, o poranku przy pompach ulicznych ustawiają się kolejki mężczyzn. To dla nich nie tylko zabieg higieniczny, ale i rytuał religijny. Religia jest obecna w życiu Hindusów. W domach, zarówno w bogatych willach, jak i biednych chatach, stawiają ołtarzyki. Pielęgnują kult przodków, modlą się za bliskich, którzy odeszli, a zmarli są niejako stale obecni w życiu żywych. To piękne. Przyjeżdżając do Indii od lat, widzimy, że w społeczeństwie następują zmiany. Prawie wszyscy, nawet najbiedniejsi, mają już telefony komórkowe, na dachach nawet nędżnych domostw są anteny satelitarne. Oczywiście, można

oglądać i podziwiać nowoczesne centra miast z okien ekskluzywnych hoteli. Gurgaon, miasto satelitarne New Delhi, to ultranowoczesne architektonicznie miasto młodych, świetnie wykształconych ludzi. Ale stare Indie są gdzie indziej. Z tych podróży narodziła się też moja pasja kolekcjonerska.

## Co tworzy zbiór pamiątek z podróży?

Obrazy, rzeźby, przedmioty kultu religijnego, a także zabawki. Mamy też kilka mebli, książkę i butelkę wody z Gangesu (mimo upływu wielu lat, butelka wciąż jest firmowo zamknięta, a woda dość przejrzysta). Książka to modlitewnik buddyjski. Składa się z luźnych kart i drewnianej oprawy. Rzemieślnik sam przepisywał mantry, malował ozdoby i wykonał oprawę. Mamy w zbiorach charakterystyczną figurkę Śiwy tańczącego kosmiczny taniec stworzenia i niszczenia. Śiwa jest jednym z najważniejszych bogów hinduizmu. Stoi na demonie, z jego głowy wypływa Ganges, na czole ma trzecie oko, a we włosach węże. Otaczające go płomienie podkreślają siłę stwórczą. Jego żoną jest Parwati, ich syn – z głową słonia – nosi imię Ganesz, jest patronem m.in. studentów i dobrobytu. Ich wizerunki, bardzo popularne, powtarzają się na wielu przedmiotach. Ciekawe są drewniane płaskorzeźby przedstawiające Krisnę (jedno z wcieleń boga Wisnu). W świątyniach ukryci za takimi rzeźbami mnisi poruszają lustrami i odbite światło sprawia wrażenie, że wyrzeźbione postaci poruszają się. Z płaskorzeźbą przywiezioną z Madrasu wiąże się przygoda na lotnisku. Hinduski oficer podczas odprawy kazał schować ją do głównego bagażu, ja chciałem przewozić ją w podręcznym. ➤





Fotografie: archiwum



➤ Zapytałem: – *Czy naprawdę chcesz, aby Kriszna podróżował w luku bagażowym? To nieodpowiednie miejsce. Zastanowił się i pozwolił zabrać płaskorzeźbę do kabiny.*

### Jaki jest klucz tworzenia takiej kolekcji?

Niektóre przedmioty są dość stare, ale nie zabytkowe. Staram się kupować na bazarach, przyświątynnych straganach, tam, gdzie przychodzą miejscowi, a nie turyści. Jest dużo taniej. O wyplatany fotel targowałem się trzy lata z rzędu. Wciąż stał w pewnym sklepie i długo był za drogi. Powiedziałem synowi właściciela, że kiepsko handluje, skoro przez trzy lata nie sprzedał tego fotela, i w końcu uzyskałem zadowalającą cenę.

Mam też tybetańskie naczynie do herbaty wydrążone w drewnie. Przypomina bardzo wysoki termos, który można nosić na plecach. W kolekcji nie brakuje też figurek, zabawek, małych ołtarzyków domowych i podróжных. W tamtejszej kulturze artyzm miesza się z kiczem: ręcznie malowane obrazki

zdobione złotem, wyrafinowane rysunki idą w parze z tandetnymi pocztówkami oraz wycinkami z opakowań, na których dominują postaci z Bollywood.

Sporą część moich zbiorów stanowią lingamy, przedmioty będące pierwotnym wyobrażeniem Śiwy w postaci jaja – prapoczątku wszystkiego. Wykonuje się je z drewna, metalu, gipsu, kamienia i szkła, a nawet plastiku. Bywają malowane, rzeźbione, zdobione postaciami bóstw. W hinduizmie służą czynnościom religijnym. Ale pamiętajmy, że w Indiach mieszkają przedstawiciele wielu wyznań. W Goa około 40 proc. ludności to katolicy. Stamtąd przywoziłem figurki Jezusa i Matki Boskiej.

### Jakie miejsca są godne polecenia wybierającym się po raz pierwszy?

Mimo wszystko New Delhi, choć jest miastem molochem. Oczywiście, Radżastan, w którym jestem zakochany. Na miejsce wypoczynku poleciłbym Goa z pięknymi plażami i równie wspaniałymi zabytkami. Ciekawa jest Kerala, stan, w którym nie ma ubóstwa, żebractwa, interesujący przyrodniczo i krajobrazowo. Indie to kraj wielu religii, języków, o długiej i fascynującej historii, różnorodny kulturowo, oferujący turystom cały wachlarz możliwości wypoczynku, od oceanicznych plaż po doliny i szczyty Himalajów. W każdym jego zakątku można znaleźć coś ciekawego.

### Najbliższa podróż?

W planach są oczywiście Indie. ■

# PRACA DLA LEKARZY



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie  
im. prof. Jana Nielubowicza zaprasza do przeglądania  
publikowanych ogłoszeń dotyczących zatrudnienia  
lekarzy:

- na stronie WWW OIL w Warszawie  
[www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)
  - Praca dla lekarzy
  - Wyszukiwarka ogłoszeń
- na profilu facebookowym Centrum Kariery Lekarza  
[www.facebook.pl](http://www.facebook.pl)
  - @centrumkarierylekarza
- na tablicy ogłoszeń w siedzibie Okręgowej Izby  
Lekarskiej w Warszawie

Zapraszamy pracodawców do  
publikacji ogłoszeń.

Jeśli chcesz poznać więcej  
szczegółów, zadzwoń do nas:  
**22 542 83 53** lub **668 373 100**  
lub napisz: [praca@oilwaw.org.pl](mailto:praca@oilwaw.org.pl)



**UCHWAŁA NR 48/R-VIII/20**  
**Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie**  
**z 2 września 2020 r.**

**w sprawie wyrażenia zgody na wydatkowanie  
 kwoty wysokości do 150 000 zł brutto  
 w celu sfinansowania szczepień przeciw grypie  
 dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej  
 w Warszawie**

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965, t.j. ze zm.), w zw. z art. 14h ustawy z 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych i niektórych innych ustaw (DzU z 2020 r., poz. 567), w związku z wnioskiem kol. Łukasza Durajskiego, przewodniczącego Zespołu ds. Szczepień Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie – uchwała się, co następuje:

## §1

1. Wyraża się zgodę na wydatkowanie kwoty wysokości do 150 000 zł brutto (słownie: *sto pięćdziesiąt tysięcy złotych 00/100 brutto*) w celu sfinansowania szczepień przeciw grypie dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
2. Szczepienia, o których mowa w ust. 1, zaplanowane są w terminie od 12 do 23 października 2020 r. w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Niełubowicza przy ul. Puławskiej 18, 02-512 Warszawa.
3. Kwota, o której mowa w ust. 1, wyasygnowana zostanie ze środków finansowych Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

## §2

Wykonanie uchwały powierza się dyrektorowi Biura Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz skarbnikowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

## §3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezes ORL w Warszawie **Łukasz Jankowski**,  
 sekretarz ORL w Warszawie **Marta Moczydłowska**

**WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”**

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-58, puls@oilwaw.org.pl



**OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
 W WARSZAWIE**  
 Im. prof. Jana Niełubowicza

**REDAKTOR NACZELNA:** Renata Jeziółkowska, tel. 22-542-83-81, r.jeziolkowska@oilwaw.org.pl

**SEKRETARZ REDAKCJI:** Krystyna Biezańska, tel. 22-542-83-59, k.biezanska@oilwaw.org.pl

**PUBLICYSTYKA:** Anetta Chęcińska, tel. 22-542-83-62, a.checinska@oilwaw.org.pl,  
 Michał Niepytalski, m.niepytalski@oilwaw.org.pl

**WSPÓŁPRACUJĄ:** Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Łukasz Durajski, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Jarosław Kosiaty,  
 Paweł Kowal, Filip Niemczyk, Maciej Orłoś, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski

**ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW:** tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl

**REKLAMA I MARKETING:** Renata Klimkowska, tel. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl

**OPRACOWANIE GRAFICZNE:** Artmedia Partners, tel. 601-20-14-12

**KOREKTA:** Lidia Sadowska-Szlaga

**DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o., Płońsk, ul. Mazowiecka 2, tel. 23-662-23-16, elanders@elanders.pl

**Redakcja zastrzega sobie prawo do adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.  
 Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.**



**Panu dr. n. med. Andrzejowi Wypyskiemu,**  
 wieloletniemu ordynatorowi  
 Oddziału Chirurgii Dziecięcej  
 Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu,  
 wyrazi głębokiego współczucia  
 i słowa wsparcia po stracie

**Syna**

składają lekarze Oddziału Chirurgii Dziecięcej  
 MSzS w Radomiu



**Pani Jolancie Otulak**  
 wyrazi głębokiego współczucia  
 z powodu śmierci

**Taty**

składają  
 przewodniczący  
 Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu,  
 pracownicy  
 Zespołu ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu





**Teresa  
Patzer-Trzaskowska**  
(1927–2015)

Była oblegana każdego dnia przez nieprzeliczony tłum matek, które prosiły, żądały. A zdarzało się, że wyplakiwały, by ich dzieckiem zajmowała się tak bardzo ceniona, fachowa i po prostu kochana pediatra – doc. dr hab. Teresa Patzer-Trzaskowska.

W prezencie na Boże Narodzenie otrzymałem Patrycję, a prawie dokładnie dwa lata później, w wigilię tych świąt, urodziła się Dominika. Oczywiście, dr Trzaskowska zajęła się nimi jak najczulsza mama, a gdy tylko moje skarby zaczęły mówić, już zawsze zwracały się do niej „ciociu”. I ciocia przez całe lata leczyła, doradzała i wysłuchiwała dziecięcych, dziewczęcych, a potem kobiecych problemów, zawsze cierpliwa, ciepła, po prostu „najukichańska” – jak mawiała jedna z mych córek.

Dr Teresa była warszawianką, uczęszczała do Szkoły im. Cecylii Plater-Zyberkówny. Gdy wybuchła wojna, uczyła się na tajnych kompletach, a świadectwo dojrzałości uzyskała już po wyzwoleniu. Osobą ze wszech miar dojrzałą była jednak znacznie wcześniej – wstąpiła do Szarych Szezegów, walczyła w Powstaniu Warszawskim jako sanitariuszka, wróciła do Warszawy, wyzwolonej nie tak jak wymarzyło tysiące powstańców, z obozu pracy w Babelsbergu koło Poczdamu. W 1951 r. ukończyła studia lekarskie w Warszawie i poświęciła się, jak zamierzała, pediatrii. W „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” wspominała: „*Pracę w Miejskim Szpitalu Dziecięcym nr 1 w Warszawie przy ul. Kopernika rozpoczęłam w marcu 1952 r., bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu lekarza. Pod kierunkiem prof. Tadeusza Chrapowickiego uzyskałam w tymże szpitalu I i II stopień w zakresie pediatrii. Jakim szefem i nauczycielem był Profesor? Przede wszystkim bardzo dobrym, delikatnym człowiekiem, prawdziwie kochającym dzieci leczone na jego oddziale i prowadzone przez niego w praktyce prywatnej. A dzieci, jakby to czując, nie bały się i lubiły Profesora, który cieszył się również zasłużonym szacunkiem rodziców. Profesor (...) miał tylko biurko na korytarzu, które dzielił z siostrą Lucyną Reszczyńską (szarytką) – oddziałową będącą jego prawą ręką i dobrym duchem dla nas wszystkich. Oboje tworzyli klimat życzliwości i spokojnego profesjonalizmu dla całego oddziału*”.

Skromność i profesjonalizm towarzyszyły dr Trzaskowskiej przez całe życie. Także, gdy została po prof. Chrapowickim ordynatorem Oddziału Pediatrii w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie. Leczyła wszystkie dzieci, które się do niej zgłaszały, także dzieci ówczesnej elity politycznej PRL. ■

**Jerzy Woy-Wojciechowski**



Ze smutkiem żegnamy naszego Kolegę

**dr. Jana Antczaka**

specjalistę chirurgii ogólnej i urologii,  
pioniera organizujących się izb lekarskich,  
w I kadencji członka Prezydium ORL w Warszawie,  
skarbnika, zastępcę rzeczownika odpowiedzialności zawodowej,  
honorowego delegata na zjazd lekarski,  
życzliwego, sumiennego  
i niezwykle pracowitego Człowieka.

Wyrazy głębokiego współczucia  
Rodzinie, Bliskim i Przyjaciołom  
składają  
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
Łukasz Jankowski  
oraz Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie



Z wielkim żalem żegnamy

**Joannę Skrzypek**

lekarza neurologa  
oraz specjalistę z zakresu  
anestezjologii i intensywnej terapii medycznej,  
wieloletnią pracownicę  
Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach,  
którą zawsze będziemy wspominać  
jako pogodną, uśmiechniętą Koleżankę.

Wyrazy głębokiego współczucia  
Rodzinie i Bliskim  
składają  
dyrekcja oraz pracownicy SPZZOZ w Pionkach



Z bólem i smutkiem żegnamy

śp. **Marię Zuzannę Strómiłło**

wieloletniego specjalistę w dziedzinie pediatrii,  
członka Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego,  
odpowiedzialnego, ciepłego i troskliwego przyjaciela  
i wychowawcę chorych dzieci.

Wspaniała Żona, Mama Ani i Piotra,  
ukochana Babcia i Prababcia  
opuściła nas 23 czerwca 2020 r.  
Mąż Stanisław Strómiłło z Rodziną



## Program ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyistów

OIL w Warszawie i PZU zapewniają lekarzom i lekarzom dentyistom ochronę ubezpieczeniową obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza i lekarza dentyisty.

### PAMIĘTAJ O PONOWNYM ZŁOŻENIU DEKLARACJI

W celu zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej należy co roku złożyć deklarację przystąpienia. Lekarze i lekarze dentyści, którzy podali w trakcie rejestracji adres mailowy lub nr telefonu otrzymają informację mailową i sms o końcu ochrony ubezpieczeniowej. W informacji mailowej znajduje się link ze wstępnie już wypełnioną deklaracją. Dane zawsze można zmienić lub uaktualnić.

Deklaracje również możesz wypełnić na [www.ins-med.pl/oil-warszawa](http://www.ins-med.pl/oil-warszawa)

Ubezpieczenie OC lekarza i lekarza dentyisty jest bezpłatne dla członka OIL w Warszawie.

program obsługuje:

**ins INS Service**  
insurance agency

### Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń przeznaczony specjalnie dla lekarzy.

Gwarantujemy Ci pełną ochronę nie tylko podczas wykonywania zawodu, gdy może dojść do szkody w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych lub ich zaniechania niezgodnego z prawem, ale także w życiu prywatnym.



ubezpieczenie utraty dochodu, odszkodowanie nawet do 180 tys. zł



ubezpieczenie ochrony prawnej nawet do 500 tys. zł



ubezpieczenie OC nadwyżkowe, możliwość rozszerzenia zakresu o medycynę estetyczną lub chirurgię plastyczną



ubezpieczenie NNW związane z ekspozycją na HIV / WZW



PZU Wojażer dla lekarzy na cały rok

Umowę ubezpieczenia możesz zawrzeć w dowolnym czasie i miejscu na stronie internetowej [www.ins-med.pl](http://www.ins-med.pl)

### Specjalna oferta ubezpieczeń OC dla podmiotów leczniczych

Gwarantujemy:

- najniższe ceny na rynku,
- najszerszy zakres ubezpieczenia,
- najwyższe sumy ubezpieczenia,
- minimum formalności związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia,
- ochronę naruszenia praw pacjenta bez dodatkowych kosztów.

W imieniu PZU SA program obsługuje INS Services. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia skontaktuj się:

**ins INS Services**  
insurance agency

+48 22 494 36 50 • +48 577 930 370  
+48 577 930 380 • +48 577 930 560

biuro@ins-med.pl  
[ins-med.pl](http://ins-med.pl)

Punkt obsługi: siedziba OIL w Warszawie, ul. Puławska 16 (Biuro Obsługi Lekarza)



# Kolejne ułatwienie w pracy z pacjentami: e-skierowania

Obowiązujące od początku 2020 roku e-recepty okazały się doskonałym rozwiązaniem wielu problemów, wywołanych przez epidemię COVID-19. Stanowiły jednocześnie kolejny krok, po teleporadach i elektronicznych zwolnieniach, na drodze do informatyzacji polskiej ochrony zdrowia. Ten marsz ku pełnej cyfryzacji usług medycznych staje się coraz szybszy. W styczniu 2021 roku wejdzie do codziennej praktyki e-skierowanie.

**W**prowadzenie e-skierowań będzie ważne dla lekarzy POZ i poradni specjalistycznych, ponieważ uprości proces kierowania i rejestrowania pacjentów na wizyty czy badania, zmniejszy biurokratyczne obciążenia i pozwoli wystawiać skierowania podczas teleporady, bez potrzeby osobistej wizyty. Da im również lepszy dostęp do wiedzy na temat ścieżki leczenia i medycznych danych pacjentów, którymi się opiekują.

E-skierowania będą dotyczyć finansowanych przez NFZ ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, leczenia szpitalnego oraz części badań diagnostycznych, takich jak badania medycyny nuklearnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, badania endoskopowe przewodu pokarmowego oraz EKG płodu. Tomografia komputerowa i medycyna nuklearna musi podlegać e-skierowaniu także, jeśli jest finansowana prywatnie. Katalog świadczeń, na które można wystawić e-skierowanie opisuje rozporządzenie MZ z 15 kwietnia 2019 roku.

Do wystawiania e-skierowań lekarze mogą używać systemów gabinetowych – ich producenci opracowali lub kończą przygotowywać odpowiednie oprogramowanie. Stan gotowości dostawców IT jest monitorowany przez Centrum e-Zdrowia (CeZ) i dostępny na portalu [ezdrowie.gov.pl](http://ezdrowie.gov.pl): <http://bit.ly/getowosc>.

Niezależnie od systemów gabinetowych, lekarz może również wystawiać e-skierowanie przy pomocy bezpłatnej aplikacji dostępnej pod adresem [gabinet.gov.pl](http://gabinet.gov.pl). Korzystanie z niej jest proste, zwłaszcza dla kogoś, kto opanował już sztukę wystawiania e-recept. Instrukcja jest dostępna na kanale YouTube Centrum e-Zdrowia – [www.youtube.com/CentrumeZdrowia](http://www.youtube.com/CentrumeZdrowia).

E-skierowanie jest podpisywane elektronicznie – czyli certyfikatem ZUS, Profilem Zaufanym, podpisem osobistym zawartym w e-dowodzie lub podpisem kwalifikowanym. Cały proces – od momentu wystawienia e-skierowania do wizyty czy badania ujętego we wspomnianym rozporządzeniu MZ – jest oparty o system informatyczny oraz

## Korzyści ze stosowania e-skierowań:

- znika obowiązek dostarczenia oryginału skierowania w terminie 14 dni
- znika konieczność gromadzenia i archiwizowania papierowych skierowań
- wystarczy rejestracja przez telefon, wówczas pacjent podaje 4-cyfrowy kod i numer PESEL
- można śledzić wystawione e-skierowania na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) w serwisie [pacjent.gov.pl](http://pacjent.gov.pl)
- lekarz może kontrolować przebieg leczenia pacjenta, który udostępnił mu swoje dane – o ile system gabinetowy daje mu taką możliwość
- zmniejszą się kolejki i kłopoty spowodowane tym, że pacjenci zapisują się do kilku placówek na podstawie jednego skierowania

**@skierowanie**

Skierowanie do poradni  
**Poradnia Kardiologiczna (1100)**



01020304050607080910111213141516171819202127  
ID objw. 2.16.840.1.113890.3.424.7.4.2.40232

Kod dostępu: **9987**      Wystawiono 12.04.2020

<b>Pacjent</b>	<b>Mieczysław Kowalski</b> PESEL <b>62011699999</b> ul. 10.04.1962, pl.M Dobryta 41 lok. 12 01-124 Warszawa
<b>Wystawca</b>	Poradnia Lekarza Rodzinnego ALFA Rynek 5 23-348 Male Cidha tel: +48 69 093 90 00 Kod nra. 1-00000003057 V-01: V01-001; V00-010 REGON 43251293700026 Utworzone z 07 NFZ DS-16-01-02990-01

---

**Rozpoznanie**  
I25 – Choroba niedokrwienności serca

**Inne informacje**  
Proszę o objęcie specjalistyczną opieką

---

**Osoba wystawiająca**  
**lek. Adam Zadrozny**  
Specjalista medycyny rodzinnej

---

(profil 2000 wystawca)

Wzrostki dokument (zaw. informacje o e-skierowaniu) podpisany podpisem osoby wystawiającej e-skierowanie. Jest dowodem na skierowanie w postaci papierowej. Wejść na [pacjent.gov.pl](http://pacjent.gov.pl) i poznać szczegóły.

Przykład wydruku informacyjnego e-skierowania

udokumentowany na serwerach Centrum e-Zdrowia. Lekarze mogą wystawiać e-skierowania również zdalnie, czyli po zbadaniu pacjenta podczas e-wizyty lub teleporady.

## E-skierowania już są wśród nas!

Od października 2019 r., kiedy podsumowano pilotaż e-skierowania, rozpoczęło się ich wdrażanie w całej Polsce. Obecnie wystawia je lub realizuje wiele tysięcy indywidualnych praktyk, poradni i szpitali. Dziennie wystawianych jest ponad 40 tys. e-skierowań.

NFZ premiuje finansowo przychodnie POZ i AOS, które obsługują e-skierowania. Przychodnia POZ, która ma 5 tys. pacjentów i wystawi ponad 90 proc. skierowań w postaci elektronicznej, może otrzymać miesięcznie dodatkowe 3,5 do 4,4 tys. zł (jeśli posiada również certyfikat akredytacyjny). Natomiast AOS prowadzący 15 poradni specjalistycznych, który udzieli w miesiącu świadczeń na kwotę 835 tys. zł może otrzymać miesięcznie dodatkowo nawet do 30 tys. zł, jeśli minimum 20 proc. rejestrowanych skierowań jest w postaci elektronicznej a e-skierowania wystawia podczas 30 proc. porad.

Od 8 stycznia 2021 r. wszystkie placówki będą zobowiązane do obsługi e-skierowań. Do tego czasu pacjent z elektronicznym skierowaniem może się zapisać na wizytę lub badania ujęte we wspomnianym rozporządzeniu także w placówce, która jeszcze nie obsługuje e-skierowania. Musi wtedy podać 4-cyfrowy kod dostępu oraz numer PESEL (w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość), podać podstawowe informacje dotyczące e-skierowania i złożyć oświadczenie, że na podstawie tego dokumentu zapisał się tylko w jednym miejscu. Zapisanie możliwe jest także przez telefon – wówczas należy podać wyżej wymienione informacje i złożyć ustne oświadczenie. Wydruk informacyjny nie musi być podpisany przez lekarza, natomiast podpisany wydruk nie wymaga już złożenia oświadczenia przez pacjenta.

Wszystkich pracowników poradni, przychodni i szpitali Centrum e-Zdrowia zaprasza na bezpłatne szkolenia. Z powodu epidemii odbywają się online. Na stronach CeZ są informacje o terminach, można także zapisać się na wybrany kurs: <https://cez.gov.pl/akademia-cez>. Materiały edukacyjne dostępne są na: <http://bit.ly/e-skierowanieCeZ>.

Centrum e-Zdrowia zaprasza wszystkich lekarzy do kontaktu i zadawania pytań przy pomocy – numer **19 457** – lub na adres: [e-skierowanie@csioz.gov.pl](mailto:e-skierowanie@csioz.gov.pl). W następnym wydaniu opublikujemy odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.

Partnerem artykułu jest Centrum e-Zdrowia



An Oral-B Genius X electric toothbrush is shown diagonally against a dark purple background. The brush head is at the top left, and the handle extends towards the bottom right. The handle features a power button and several mode selection buttons. A glowing blue trail of light particles follows the handle, suggesting motion or power. The Oral-B logo and 'BRAUN' are visible on the handle.

**Oral-B**

GENIUS X

Szczoteczka, którą  
kieruje inteligencja

PTS

REKOMENDACJA

Polskie Towarzystwo  
Stomatologiczne

**Oral-B #1**  
szczoteczka elektryczna  
rekomendowana przez PTS