

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

# puls

LISTOPAD 2020 (nr 307)



- » Co z tą strategią?
- » Mężczyźni wzięci pod wąż
- » Miesiąc z wążami

- » Słowa na zdrowie  
Mężczyzna  
prof. Jerzy Bralczyk

- » #W\_ETERZE
- » Mówmy więcej o szczepieniach
- » Teleporada, a nie telefon do przyjaciela



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** Agnieszka Kazimierczak,

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

**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



## Wsparcie dla lekarzy z OIL w Warszawie



### POMOC PRAWNA:

**728 988 518**

prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl



### POMOC PSYCHOLOGICZNA:

**660 672 133**

pelnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl

więcej informacji na  
[www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)



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

#izbadlalekarzy

## SZCZEPIMY CHRONIMY

szczepienia przeciwko

# GRYPY

dla **1000**  
lekarzy i lekarzy dentystów



W związku z ogólnopolskim problemem z zaopatrzeniem w szczepionki przeciwko grypie Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zmienia zaplanowany pierwotnie na październik termin akcji szczepień.

Nowy termin zostanie ogłoszony, jak tylko izbie uda się uzyskać szczepionki. Wówczas też bezzwłocznie rozpoczną się zapisy.

OIL jest w pełni przygotowana na przeprowadzenie akcji szczepiennej, czeka tylko na 1 tys. szczepionek, a ich dostawa nie zależy od izby.

Prosimy o śledzenie naszej strony internetowej oraz profili w mediach społecznościowych, gdzie będziemy zamieszczać nowe informacje.

Więcej informacji na: [www.izba-lekarska.pl](http://www.izba-lekarska.pl)

## INFORMACJA O TERMINIE

Organizatorzy:



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



OKRĘGOWA IZBA  
**APTEKARSKA**  
w Warszawie

Patroni:



Ministerstwo Zdrowia  
Polskie Centrum Ministra Zdrowia



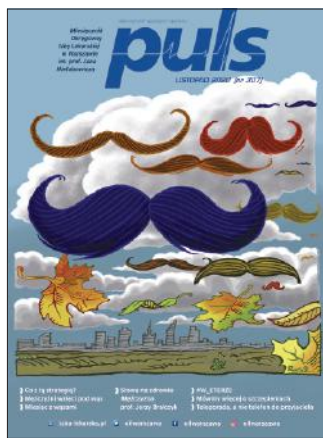
Rzecznik Praw Pacjenta



@MatkiLekarki

## SPIS TREŚCI

- ▶ IZBA DLA LEKARZY (str. 1, 11, 50) \_\_\_\_\_
- ▶ NA DZIEŃ DOBRY (str. 4) \_\_\_\_\_
- ▶ DZIŚ I JUTRO (str. 5) \_\_\_\_\_
- ▶ OPINIE \_\_\_\_\_
- 6 Co z tą strategią?**  
– Małgorzata Solecka
- 8 Tryumf wirusologii**  
– Paweł Walewski
- 11 Miazmaty starego świata**  
– Paweł Kowal
- 35 W zdrowym ciele zdrowy duch**  
– Artur Drobnik
- ▶ SŁOWA NA ZDROWIE \_\_\_\_\_
- 9 Mężczyzna**  
– prof. Jerzy Bralczyk
- ▶ BEZ ZNIECZULENIA \_\_\_\_\_
- 10 Skutki zdrowotne walki z epidemią**  
– Marek Balicki
- ▶ WYNURZENIA I IDEOLOGIE... \_\_\_\_\_
- 12 List do redakcji**
- 13 Polska październikiem stoi**  
– Jarosław Biliński
- ▶ BADAJMY SIĘ \_\_\_\_\_
- 14 Mężczyźni wzięci pod wąs**  
Michał Niepytalski
- 16 Miesiąc z wąsami**  
– rozmowa z Arturem A. Antoniewiczem
- 18 Chrońmy płuca!**  
– rozmowa z Maciejem Krzakowskim
- 20 Rozpoznać zmianę na wczesnym etapie**  
– rozmowa z Adamem W. Koprówskim
- 22 Zachęć do pozbycia się wstydu**  
Michał Niepytalski
- ▶ MEDIA \_\_\_\_\_
- 25 #SPRAWDZAM**  
– Małgorzata Solecka
- 26 #W\_ETERZE**



Graf. na okładce: K. Rostecki

www.miesiecznik-puls.org.pl

- ▶ ZABIEGI WIZERUNKOWE \_\_\_\_\_
- 30 „Bądź mężczyzną!”**  
– rozmowa z Maciejem Orłosiem
- ▶ SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW \_\_\_\_\_
- 32 Nie poddajemy się!**  
– Dariusz Paluszek
- ▶ Z NASZEJ PRAKTYKI \_\_\_\_\_
- 34 Lampki kontrolne**  
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
- ▶ SZCZEPIENIA \_\_\_\_\_
- 36 Mówmy więcej o szczepieniach**  
– rozmowa z Wojciechem Feleszką
- ▶ TELEMEDYCYNA \_\_\_\_\_
- 38 Teleporada, a nie telefon do przyjaciela**  
Michał Niepytalski
- ▶ PRAWO \_\_\_\_\_
- 40 Nowelizacja rozporządzeń dotyczących epidemii COVID-19**  
– Filip Niemczyk
- 42 Zlekceważone objawy**  
– Aleksandra Powierża,  
Karolina Podsiadły-Gęsikowska
- ▶ NA PRZESTRZENI LAT \_\_\_\_\_
- 46 Męska specjalizacja?**  
– rozmowa ze Stanisławem Radowickim
- ▶ PO GODZINACH \_\_\_\_\_
- 48 Na rowerze cały rok**  
– rozmowa z Grzegorzem Stokłuską
- ▶ W TELEGRAFICZNYM SKRÓCIE... (str. 44) \_\_\_\_\_
- ▶ BIULETYN ORL (str. 52) \_\_\_\_\_
- ▶ WSPOMNIENIA (str. 53) \_\_\_\_\_



## Specjaliści NZOZ Centrum Terapii Dialog autorami wielu publikacji

Specjaliści NZOZ Centrum Terapii Dialog są autorami i redaktorami wielu pozycji naukowych z dziedziny psychiatrii i psychoterapii. Oprócz publikacji przygotowujemy też wiele broszur dla pacjentów. Najnowsze z nich to:

**Nastolatek z Zespołem Aspergera** – dr n. med. Agnieszka Kałwa

**Jak TY możesz pomóc osobie ze skłonnościami samobójczymi** – Izabela Barton-Smoczyńska

**Jak pomóc osobie uzależnionej?** – Péter Nowak-Körmendy

Pobierz bezpłatne broszury dla pacjentów:

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



## Rusza kolejna edycja szkolenia psychoterapeutycznego, akredytowanego przez PTP



Sala warsztatowa w naszej Szkole Psychoterapii

NZOZ Centrum Terapii Dialog zaprasza na XXII edycję 4-letniego całodziennego szkolenia „Psychoterapia zintegrowana z uwzględnieniem systemowej terapii rodzin oraz pracy z dzieckiem i młodzieżą”, które rozpocznie się w styczniu 2021 r.

**Od 19 lat szkolenie jest akredytowane przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, a jego program został specjalnie dostosowany dla lekarzy, którzy chcieliby prowadzić psychoterapię.** Zajęcia odbywają się raz w miesiącu – w piątki po południu, soboty i niedziele w Warszawie oraz online.

Więcej informacji i zapisy:

[www.psychiatrzy.warszawa.pl/szkola\\_psychoterapii](http://www.psychiatrzy.warszawa.pl/szkola_psychoterapii)

## Unikatowe kalendarze na 2021 rok ze zdjęciami autorstwa psychiatrów i psychoterapeutów

Już kolejny raz wydajemy unikatowy kalendarz ze zdjęciami wykonanymi przez psychiatrów i psychoterapeutów z NZOZ Centrum Terapii Dialog. Wśród zdjęć znajdą Państwo m.in. fotografię prof. dr hab. n. med. Marka Jaremy.



Zamów bezpłatny kalendarz:

[www.psychiatrzy.warszawa.pl/kalendarze2021](http://www.psychiatrzy.warszawa.pl/kalendarze2021)

**Od 14 lat tworzymy społeczność  
psychiatrów i psychoterapeutów w Warszawie**



Fot. K. Bortyzel

**RENATA JEZIÓŁKOWSKA**  
redaktor naczelna

## Numer z wąsami

Faceci nie płaczą? Jasne... Ale czy płaczą, czy nie, niech się badają. W listopadowym „Pulsie” zwracamy szczególną uwagę na profilaktykę. Bo listopad równa się Movember i symboliczne wąsy. Nasz miesięcznik w marcu był „kobięcy”, teraz czas skupić się na męskich sprawach.

**E**pidemia postępuje, system się zapada, a my na okładce eksponujemy wąsy. Na pierwszy rzut oka można by uznać, że redakcja oderwała się od rzeczywistości. A jest wręcz przeciwnie. Tak, jak od rzeczywistości nie oderwały się inne niż COVID-19 choroby.

Koronawirus nie spowodował, że odpuszczają nowotwory. Że opóźnienia w diagnozach nie zmniejszają szans na wyzdrowienie.

Jest epidemia, ale życie toczy się dalej. Powinno toczyć się dalej. W obliczu dramatycznego stanu polskiej ochrony zdrowia, uginającej się pod rosnącą liczbą zakażeń koronawirusem, dostępność leczenia dla wszystkich pacjentów drastycznie się kurczy. Wykruszają się lekarze trafiający na kwarantanny z podejrzeniem zakażenia oraz izolujący się z powodu dodatniego wyniku testu i choroby. Każdy kolejny dzień nasuwa pytania: czy to już? Czy system jest na skraju, czy już nie wytrzymał? Czy jest jakaś strategia?

Choroby nie odpuszczają.

Wróćmy więc do wąsów. Dbać o zdrowie to coś niemęskiego? Czy w zdrowiu jest miejsce na wstyd i tabu? Odpowiedzi wydają się oczywiste, ale pacjenci często patrzą na te kwestie właśnie przez pryzmat zawstyżenia, zbędnego rozczulania się nad sobą. Świadomość społeczna roli profilaktyki jest coraz większa, ale statystyki zapadalności i umieralności na choroby nowotworowe w Polsce nadal porażają.

Liczba zakażeń koronawirusem rośnie, ale żadne choroby nie odpuszczają. Wyjściem bywają teleporady.

W realiach naszego kraju słowo to sprowadza się do rozmowy telefonicznej. Bardziej zaawansowane narzędzia są raczej poza zasięgiem. „Popularność” naszego wariantu telemedycyny podyktowana jest przez epidemię, o czym również piszemy w tym numerze.

Epidemia koronawirusa przybiera na sile, a inne choroby niezmienne nie odpuszczają. Tymczasem lekarzy nie oszczędza się, krytykując ich w publicznych wypowiedziach.

Męskości nie powinno się utożsamiać ze stereotypami czy wyobrażeniami pewnych ról. Stereotypy nie zawsze odzwierciedlają rzeczywistość. Gdyby tak było, każdy polityk (i pani, i pan) byłby męski – w rozumieniu dzielny i odważny – i nie bałby się „wziąć na klatę” naprawy systemu ochrony zdrowia. I nie zrzuciłby odpowiedzialności na tych, którzy w swojej codziennej pracy muszą być twardzi, czyli mężczyźni, ale też empatyczni, czyli tak trochę po babsku wrażliwi. Trudno pisać mi o takich sytuacjach bez ironii.

Podkreślamy, że choć ani COVID-19, ani inne choroby nie odpuszczają, to...

Trzeba zmagać się z hejtem, atakami i nieprawdą. O czym w skrócie można przeczytać w rubryce #W\_ETERZE. Podejście do lekarzy przybliży również rubryka #SPRAWDZAM.

A tymczasem... choroby nie odpuszczają.

Zmieniają się za to przepisy prawa, z którymi warto być na bieżąco. Wątpliwości można konsultować z działającym w naszej izbie biurem prawnym. Można liczyć również na wsparcie psychologiczne ze strony izby. O naszych działaniach na bieżąco informujemy w mediach społecznościowych i na stronie internetowej.

Choroby nie odpuszczają.

Ale nie tylko one tak mają. Nasza izba nie odpuszcza w kwestii reakcji i działań na rzecz lekarzy. Ale nam chodzi o to, by i lekarzom, i pacjentom wyszło na zdrowie. Tego się trzymamy. ■



**ŁUKASZ JANKOWSKI**  
prezes ORL w Warszawie

# Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

chaosu i obnażonego przez epidemię kryzysu w ochronie zdrowia nie trzeba opisywać. Zapaści w ochronie zdrowia nie da się dłużej pudrować, nie da się dłużej dyskutować choćby z potrzebą natychmiastowego zwiększenia nakładów na zdrowie.

Fot. K. Bartyzel



**O**wieloletnich debat, ministerialnych konferencji i politycznych deklaracji nie przybędzie w Polsce lekarzy, nie poprawią się warunki leczenia chorych. System się zapadł. Decydenci jednak, choć jest oczywiste, że wszystkie karty są na stole, jeszcze próbują udawać, że nie jest tak źle, że wszystko w ochronie zdrowia jest pod kontrolą. Te próby już nie są nawet śmieszne. Jedynie smutne. Wręcz tragiczne.

Niepewność. Zmieniające się przepisy, wytyczne, zalecenia. I niestety próby zrzucania na nas przez rządzących odpowiedzialności za fatalny stan opieki zdrowotnej. Chcielibyśmy powiedzieć: a nie mówiliśmy? Nie mówiliśmy, że potrzebne są reformy i poważne traktowanie zdrowia Polaków? Że potrzebne są godne warunki leczenia? Jednak zamiast skupiać się na tym, że dużo łatwiej byłoby wszystkim, gdyby w porę reagowano na nasze alarmy, medycy zaciskają zęby i po prostu leczą. Zwyczajnie, ale i niezwykajnie. Bo, żeby leczyć w tych warunkach, trzeba czasem – jak w jednym ze stołecznych szpitali, na oddziale pospiesznie przekształconym w covidowy – podczas dyżuru samemu z worków na śmieci i folii wykonać prowizoryczną, ale w pełni funkcjonalną służę. Czasem – jak w innym szpitalu – potrzebna jest zrzutka na kupno namiotu, żeby chorzy nie czekali w kolejce na deszczu. Szokujące? Niestety, nie dla nas. My od dawna łatamy ten system swoją ciężką pracą, a sprzęt często kleimy taśmą.

Zadań przed nami mnóstwo. Trzeba być nie tylko na oddziałach z chorymi na COVID-19, ale i z innymi chorymi w szpitalach, przychodniach, poradniach, karetkach... I trzeba mieć grubą skórę, odporną na ataki mediów, oburzające wypowiedzi polityków i emocje sfrustrowanych pacjentów, a czasem zwolenników teorii spiskowych.

Mamy dość? Bez wątplenia. Narasta w nas coraz większa złość, może częściowo zniechęcenie. Co nam zostało? Poczucie, że niezależnie od nastrojów społecznych, atmosfery tworzonej przez polityków, wszelkich zewnętrznych uwarunkowań – to lekarz mierzy się z chorobą pacjenta i tylko lekarz może mu pomóc. Dlatego lekarze robią swoje. I swoje w imieniu lekarzy robi nasza izba. Tylko w ostatnich tygodniach obserwowaliśmy wiele sytuacji, kiedy lekarze byli obrażani, padały na nasz temat kłamstwa, dopuszczano się manipulacji.

OIL w Warszawie reagowała zdecydowanie. Bo minister, osoba w randze wicepremiera (!), nie może w obliczu postępującej epidemii (!!); zarzucać lekarzom braku zaangażowania (!!!). Wspólnie z prezesami innych okręgowych rad lekarskich zareagowaliśmy natychmiast, zwracając się do premiera z prośbą o wyjaśnienie sytuacji.

Odpieraliśmy ataki na lekarzy w mediach. Gdy pojawiały się kłamstwa o rzekomej niechęci okręgowych izb lekarskich do kierowania lekarzy do walki z epidemią (są to przecież kompetencje wojewody, nie OIL!) oraz zmanipulowane przekazy medialne – również je prostowaliśmy. Publikowaliśmy apele, wysyłaliśmy sprostowania, wystosowaliśmy skargi do Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji oraz Rady Etyki Mediów. Bo nie może być przyzwolenia na manipulacje, na atakowanie lekarzy.

Po medialnych atakach przyszła ofensywa legislacyjna, zapowiadana jako „ustawa, która pozwoli lekarzom lepiej leczyć”. Ze zdumieniem czytaliśmy zapisy projektu tzw. ustawy covidowej. Gorzkie, ale stanowcze słowa oburzenia ujęte w formę apelu Prezydium naszej ORL natychmiast skierowaliśmy do posłów. Pierwotny projekt nie chronił bowiem przed kierowaniem do pracy na oddziałach covidowych rodziców maleńkich dzieci, nie odzwierciedlał w pełni wcześniej zapowiadanej idei tzw. dobrego Samarytanina i znowu uderzał w lekarzy. Po naszych interwencjach i medialnym nagłaśnianiu sytuacji część szkodliwych zapisów w projekcie zmieniono. W chwili oddawania do druku niniejszego numeru „Pulsu” ścieżka legislacyjna jeszcze nie została zakończona.

Jaka będzie przyszłość? Liczba zachorowań zwiększa się lawinowo, także wśród nas. Procedury szwankują i nie gwarantują bezpieczeństwa, a rządzący zamiast wspierać, próbują dzielić środowisko i pozwalają sobie na skrajnie nieodpowiedzialne wypowiedzi. Jak długo jeszcze wytrzyma system, który każdego dnia coraz bardziej pęka? Taśma klejąca nie jest aż tak wytrzymała, a w wielu miejscach już się rozerwała. Jak długo wytrzymają medycy? Trwa pandemia. Jesteśmy, leczymy.

Nasza izba interweniuje w Państwa imieniu i oferuje wsparcie. Pozostaję z życzeniami zdrowia na ten trudny dla wszystkich czas. ■



Fot. archiwum

# Co z tą strategią?

**MAŁGORZATA SOLECKA**

3 września. Minister zdrowia ogłasza strategię walki z pandemią na jesień.

*– Zmieniamy podejście do zagrożenia wirusem. W pierwszym etapie chcieliśmy COVID-19 zatrzymać, nie dopuścić do jego rozprzestrzeniania. Teraz będziemy koncentrować się na podejściu „smart”, tak zarządzać ryzykiem, by brać pod uwagę inne koszty – mówi Adam Niedzielski, powołany kilkanaście dni wcześniej na stanowisko ministra zdrowia. I podaje przykład nowego podejścia do życia w pandemii – otwarcie szkół. – Wiąże się to z ryzykiem większej liczby zakażeń, ale jednocześnie zamknięcie szkół powoduje ogromne straty gospodarcze, społeczne i nie tylko. Eksperci wskazują również zagrożenia dla zdrowia psychicznego młodych ludzi, którzy do prawidłowego rozwoju potrzebują kontaktu z grupą rówieśniczą – podkreśla. Strategia Niedzielskiego wchodzi w życie w połowie września.*

**P**odejście „smart”, czyli wszystko, o czym mówił minister: trzy poziomy zabezpieczenia szpitalnego z wielospecjalistycznymi szpitalami gotowymi na przyjęcie pacjentów z COVID-19, ale otwartymi też dla innych chorych, celowane testowanie (z wyraźnym naciskiem na ograniczanie liczby testów), umiejscowienie pacjentów z lekkim przebiegiem zakażenia między lekarzami POZ a oddziałami zakaźnymi, nie przetrwa próby czasu i zdezaktualizuje się już za kilkanaście dni, gdy liczba zakażeń spektakularnie wzrośnie. Bo w pierwszej połowie września dzienna liczba nowych zachorowań waha się między 600 i 650, a w drugiej – po raz pierwszy przekracza psychologiczną granicę 1 tys.

Na początku października Ministerstwo Zdrowia po raz pierwszy dostrzega, że idziemy z koronawirusem na zderzenie czołowe: 2, 3 tys. Gdy Adam Niedzielski ogłasza Strategię 2.0, jest już około 5 tys. nowych przypadków dziennie. *– Zmieniamy strategię postępowania z infrastrukturą szpitalną. Zapewniamy więcej łóżek i respiratorów, a także będziemy pracować nad tym, aby zwiększyć liczeb-*

*ność personelu zajmującego się pacjentami covidowymi – mówi Niedzielski. W każdym województwie powstanie szpital koordynacyjny, a w nim dodatkowe stanowiska intensywnej terapii dla pacjentów zarażonych koronawirusem. „Szpital koordynacyjny będzie pełnił rolę głównego szpitala w danym województwie i będzie ukierunkowany na opiekę nad pacjentami z COVID-19. Dyrektorzy tych placówek zostaną włączeni do wojewódzkich zespołów zarządzania kryzysowego” – przekazują media pomysły ministra.*

Dyrektorzy części wspomnianych szpitali nie kryją przerażenia. Placówki takie jak warszawski Szpital MSWiA i krakowski Szpital Uniwersytecki dopiero zaczęły się przecież przygotowywać do pełnienia funkcji szpitali wielospecjalistycznych dla zarażonych COVID-19 i jednocześnie placówek otwartych dla innych pacjentów. Nikt nie zaprzecza, że koordynacja w czasie epidemii jest niezwykle istotna, ale to zadanie powinno, tłumaczą, spoczywać na wojewodach. Szpitale widzą, co się dzieje, jak lawinowo rośnie liczba zgłaszających się i przywożonych karetkami pacjentów. *– Mamy dość swoich zadań – apelują o rozsądek.*

Dlaczego na początku października resort zdrowia zdawał się kręcić kierownicą, która straciła łączność z resztą pojazdu? Skąd te nerwowe ruchy? Błąd pierwotny to brak strategii, która powinna być opracowana podczas wakacji. Prace zespołu powołanego przez ministra Łukasza Szumowskiego były – można to usłyszeć również od członków tegoż ciała – farsą. *– Raczej komunikowano nam rozwiązania, które wymyślano gdzieś, pewnie w zaciszu gabinetów. Może z udziałem jednego, dwóch ekspertów, niekoniecznie członków zespołu. Nie było dyskusji, nie było wymiany myśli – słyszymy relację. Ale efekty*

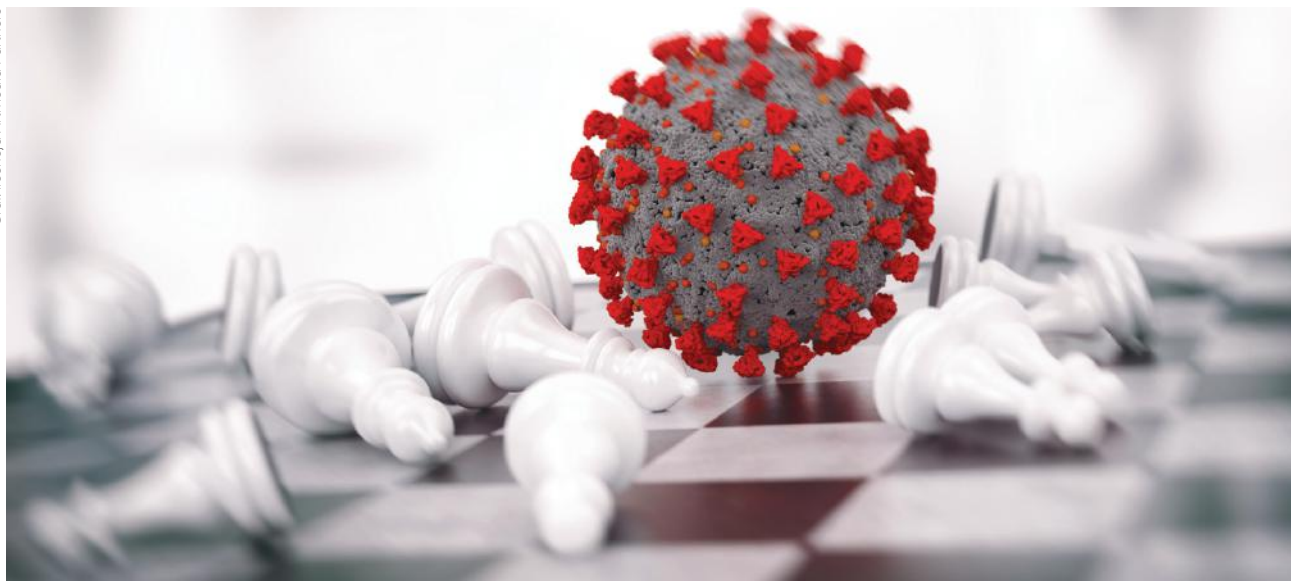


prac minister Adam Niedzielski 3 września komunikuje jako dzieło kolegialne, za które odpowiedzialność ponoszą wszyscy członkowie zespołu.

Strategia dla systemu ochrony zdrowia na półroczny okres infekcyjny powinna zawierać realistycznie ocenioną skalę zakażeń SARS-CoV-2 w kilku wariantach przebiegu COVID-19 (przy czym przygotowania powinny uwzględniać wariant realistyczno-pesymistyczny). – *Zarówno minister, jak i główny inspektor sanitarny w październiku mówili, że nie spodziewali*

maja, najpóźniej od czerwca, pełną parą zacząć nadrobić marcowo-majowe niepełne wykonania kontraktów. Gdy dyrektorzy szpitali alarmowali, że to praktycznie niemożliwe, bo przecież trwa pandemia, a szpitale mają ograniczone możliwości przyjęć, resort ustami wiceministra Sławomira Gadowskiego radził pracę na trzy zmiany. Gdy lekarze mówili, że priorytetem powinno być przygotowanie się do jesieni i zimy, bo problem koronawirusa wróci, słyszeli, że system nie może być nastawiony wyłącznie na pacjentów z COVID-19. I to jest oczywiste, tyle że Ministerstwo Zdrowia i NFZ same

Graf. licencja Artmedia Partners



*się takiej skali zakażeń i zaden z modeli matematycznych, z których resort korzystał, nie przewidywał takiego przebiegu wydarzeń. To dziwne, bo pod koniec wakacji były przedstawiane symulacje, z których wynikało, że niekontrolowane i jednoczesne otwarcie wszystkich szkół doprowadzi w ciągu kilku tygodni do minimum kilku tysięcy potwierdzonych zakażeń dziennie* – komentował w nieoficjalnej rozmowie jeden z ekspertów.

Wydaje się, że – zupełnie nieracjonalnie – decydenci postanowili przyjąć za pewnik realizację najbardziej optymistycznych scenariuszy. Widać to choćby na przywołanym przez ministra Niedzielskiego przykładzie otwarcia szkół: przygotowano na ich działanie w czasie pandemii niemal nie przeprowadzono (niemal, bo pewne prace wykonały jednak szkoły i samorządy, ale w bardzo ograniczonym zakresie). Rząd słyszał tylko tych ekspertów, którzy twierdzili, że dzieci nie transmitują wirusa. Co prawda mogą się zakażać, ale dorosłych na ogół nie zakażają. W takiej sytuacji może byłby problem z frekwencją w szkołach, ale nie stałyby się one, jak to teraz (po 20 października) mówi minister zdrowia, rozsadanymi epidemii. A stały się. Rząd jest tym faktem szczerze zaskoczony, choć nie powinien.

Podobnie, uważają moi rozmówcy, rzecz się ma z funkcjonowaniem szpitali. Założono już w maju, że szpitale od końca

doprowadziły do sytuacji, kiedy wielu innych pacjentów nie ma szans na pomoc medyczną, bo system przestał być sterowny. Dlaczego? Prawdopodobnie błędnie założono, że wśród nas, Polaków, koronawirus nie będzie siał takiego spustoszenia. Bo geny, bo szczepionka przeciw gruźlicy, bo mniejsza mobilność i kulturowe zamknięcie seniorów w domach. Te kalkulacje w październiku runęły jak domek z kart.

Ale błędy w strategii (czy raczej brak strategii, bo osławionych sześć kartek, które Ministerstwo Zdrowia prezentuje jako Strategię 2.0, nieuzupełnia tak wzniosły tytuł) bynajmniej nie obciążają wyłącznie Ministerstwa Zdrowia, zwłaszcza zaś jego nowego szefa. To raczej rząd i – szerzej – rządząca koalicja straciły z radaru kwestię pandemii, zajmując się na przestrzeni ostatnich miesięcy wszystkim, tylko nie tym, co istotne. W dużym skrócie ujął to jeden z satyryków: – *Pomyliliśmy meble. Mieliśmy się zajmować łózkami, nie stolkami.*

Trudno o trafniejsze podsumowanie, choć problemem jak wiadomo nie są łóżka. A strategia nie zaowocuje zwycięstwem, nawet jeśli w każdym mieście wojewódzkim powstaną szpitale z setkami łóżek. Nie łóżka leczą i nie łóżka niosą pomoc, a wątek „kapitału ludzkiego” w strategii – zarówno w wersji 2.0, jak i wcześniejszych, był i jest marginalizowany. ■



Fot. L. Zych, „Polityka”

# Tryumf wirusologii

PAWEŁ WALEWSKI

Tegoroczne rozstrzygnięcia noblowskie zostały przyjęte nadzwyczaj entuzjastycznie. Dlaczego są tak trafne i wyczekiwane?

**To**wcale nie będzie felieton o koronawirusie. Bohater mijającego roku, który zmienił świat, jaki znało nasze pokolenie, nie jest jeszcze przykładem zwycięstwa nauki nad potęgą natury. Można nawet powiedzieć, że SARS-CoV-2 obnażył spore niedostatki informacji o nim samym, jakkolwiek przez 11 miesięcy i tak w ekspresowym tempie dowiedziano się o nowym bakcylu mnóstwa rzeczy.

Ale gdy za sprawą COVID-19 choroby zakaźne znów pokazały swoją złowrogą twarz, tegoroczna Nagroda Nobla powędrowała do odkrywców innego wirusa. Przez długi czas nie zdawano sobie sprawy z jego istnienia, przez wiele kolejnych lat leczenie choroby, jaką wywołuje – wirusowego zapalenia wątroby, stanowiło wyzwanie okupione cierpieniem chorych (te działania niepożądane po interferonie!). Ale ostatecznie, po mniej więcej dwóch dekadach, groźny zarazek HCV można uważać za pokonany. Nie wiem, czy z koronawirusem, z którym mierzymy się dziś tak mało skutecznie, nauka też kiedyś poradzi sobie, choćby za pomocą szczepionek. Czy wystarczy przyjęte zasady profilaktyki, by zbudować naturalną odporność? Przykładowo przeciw HIV żadna szczepionka nie okazała się skuteczna, a mimo to, dzięki lekom i farmakologicznej profilaktyce, można

tego wirusa już mieć pod kontrolą. Wirusologia zatem ma przyszłość!

Ostatni laureaci medycznego Nobla – trzech demaskatorów wirusa HCV (każdy dołożył do tego odkrycia własną cegiełkę), najlepiej potwier-

dzają, że nauka może zmienić życie milionów ludzi. Prace Harveya J. Altera, Michaela Houghtona oraz Charlesa M. Rice’a nie były tylko laboratoryjnym wyczynem, lecz od początku zyskały praktyczne zastosowanie: przygotowano testy diagnostyczne, które szybko pozwoliły zidentyfikować osoby zakażone HCV oraz przyczyniły się do zdecydowanego zminimalizowania ryzyka potransfuzyjnego zapalenia wątroby u pacjentów leczonych krwią i preparatami krwiopochodnymi. Prócz tego zabrano się za opracowywanie coraz lepszych schematów leczenia, które pozwalają skutecznie zapobiegać marskości wątroby i rakowi tego narządu.

Chciałoby się, aby decyzje Komitetu Noblowskiego miały zawsze taki wydźwięk społeczny. Nauka tylko wtedy nabiera sensu, gdy znajduje zastosowanie w praktyce – dla dobra wszystkich ludzi. Faktycznymi pogromcami wirusa HCV stali się lekarze chorób zakaźnych, którzy jeszcze 20 lat temu rozkładali bezradnie ręce, nie mieli bowiem amunicji, która skutecznie radziłaby sobie z tym zarazkiem. Dziś mówią o uzyskaniu trwałej odpowiedzi wirusologicznej u niemal wszystkich leczonych najnowszymi preparatami. Czy nie taka jest korzyść z nauki, która powinna dawać ochronę przed chorobami, a także wydłużać życie?

Zakwalifikowałbym do tej spuścizny dokonania jeszcze dwóch tegorocznych noblistek, uhonorowanych w dziedzinie chemii. Tym razem nagroda ma wartość podwójną. Po pierwsze, nieczęsto się zdarza, aby kobietom przyznawano takie zaszczyty w zakresie nauk ścisłych. Wiele pań musi harować podwójnie, by udowodnić swoją wartość w specjalnościach tradycyjnie zdominowanych przez mężczyzn. Po drugie, Emmanuelle Charpentier i Jennifer A. Doudna opracowały metody edycji genomu (słynne CRISPR/Cas9, nazywane potocznie precyzyjnymi nożyczkami genetycznymi) pozwalające korygować wadliwe DNA. Precyzyjną edycję genów będzie można wykorzystać w terapiach dotychczas nieuleczalnych chorób, czyli znów coś, co leczy i przywraca nadzieję. I to wbrew sceptykom, którzy inżynierię genetyczną uważają za wymysł szatana. Komitet Noblowski docenił w tym roku po prostu praktyczny wymiar nauki, odrzucając obawy demagogów i nie uznając kompromisów. ■

Chciałoby się, aby decyzje Komitetu Noblowskiego miały zawsze taki wydźwięk społeczny.



Fot. Flickr/P. Drabik

# Mężczyzna

**Prof. JERZY BRALCZYK**

Dawniej znany jako *mąż*. A kobieta dawniej była *żoną*. Potem, gdy w ogólnie płciowych znaczeniach *żonę* wyparła niezbyt dobrego pochodzenia *kobieta*, a *męża* zastąpił wątpliwy rodzajowo *mężczyzna*, *mąż* i *żona* zostali *małżeństwem* (to słowo mamy od Czechów).

**Z**onie wystarczyło to matrymonialne odniesienie, *mąż* oprócz tego znaczenia ma jeszcze inne, wzniosłe i patetyczne – stąd *mężowie opatrności, zaufania, stanu* i innych ważnych rzeczy. Bywają nimi także kobiety. Na razie – także...

Ale, żeby uhonorować małżeńskie role obu płci, pojawili się i *małżonkowie*: *małżonka* z pochodzącym od niej *małżonkiem*. Oboje są też z czeskiego: *małżonka* to zdrobnienie od *małżena*, czyli ‘żona ślubna’ (mal – to z niemieckiego ‘kontrakt’), a jak jest *małżonka*, to i *małżonek* powinien być. Nawiasem mówiąc, dobre wychowanie nie pozwala tak mówić o własnych mężach i żonach, a przecież ich powinniśmy szanować szczególnie.

*Mężczyzna* oczywiście pochodzi, wraz z jego *męskością, mężnością* i *męstwem*, w prostej linii od *męża*. Już Prastłowianie tak o nim mówili, a w praindoeuropejskim (choć to niepewne) był rdzeń *mongj-*. W wielu językach ten *mąż*, jako *man*, *Mann* czy *manu-* (w staroindyjskim), jest czasem ‘mężczyzną’, czasem ‘człowiekiem’ (typowo męski punkt widzenia). Nasz *mężczyzna* pojawił się gdzieś w XV w. i znaczeniowo oraz gramatycznie najpierw się wahał. Dawniej

miał charakter zbiorowy: *mężczyzna* i *żeńszczyzna* to były zbiory mężów i żon – w dawnym znaczeniu, i oczywiście oba rzeczowniki były żeńskie. *Cała mężczyzna wsi* to byli wszyscy mieszkańcy tej wsi płci męskiej. Potem o *żeńszczyźnie* już nie mówiono, a *mężczyzna* została, dalej w gramatycznie żeńskim rodzaju, określeniem człowieka rodzaju fizycznie męskiego. *Ta mężczyzna* – mówiono. I *te mężczyzny*. Ale w liczbie mnogiej zyskała po jakimś czasie *ta mężczyzna* rodzaj męskoosobowy – już byli *ci mężczyźni*, nie *te mężczyzny*... Wszystko po kolei. Dziś *mężczyzna* odmienia się przez przypadki dalej żeńsko, podobnie jak *bielizna* (albo *ojczyzna*, jak kto woli), ale już jest *ten*, nie *ta*. Zmężniał. Z rzadka tylko, żeby mężczyźni męskości odmówić, mawia się *ta mężczyzna*. Z kolei łacińskie *hic mulier* (‘ten kobieta’) u nas się nie przyjęło, podobnie jak witkacowski *kobieton*, mamy za to negatywnie umęczonymi *babona* i *babsztyla*.

**”** *Mężczyzna* oczywiście pochodzi, wraz z jego *męskością, mężnością* i *męstwem*, w prostej linii od *męża*.

Już Prastłowianie tak o nim mówili...

**”**

Skomplikowana gramatycznie historia *mężczyzny* może stanowić asumpt do genderowych rozważań o polszczyźnie (ten sam przyrostek). W każdym razie nazwy obu ludzkich płci są dziś radykalnie odmienne od strony brzmieniowej: *kobieta* i *mężczyzna*. I rzecz jasna w tekstach, w których liczą się asocjacje i stereotypy, też różnice nie tylko płciowe się zaznaczają. *Prawdziwy mężczyzna* wszelako,

mimo różnych literackich kontekstów (Telimena: „*Wiedziałam, kto jesteś! mężczyzna!*” używa tego słowa z pogardą, podobnie Klara ze „Ślubów panieńskich”, a jest takich pań wiele) pozostaje raczej w sferze pozytywnej. Większość chłopców chce zostać mężczyznami, prawdziwymi mężczyznami, wmawia im się, że *mężczyzna*, zwłaszcza *prawdziwy*, to ktoś szlachetny, dzielny i w ogóle wspaniały.

A potem – różnie bywa... ■





Fot. archiwum

# Skutki zdrowotne walki z epidemią

MAREK BALICKI

Wraz z drugą falą pandemii rozgorzała na nowo debata o dalekosiężnych skutkach dla zdrowia publicznego różnych strategii walki z wirusem. W październikowej Deklaracji z Great Barrington trzech wybitnych epidemiologów i naukowców zajmujących się zdrowiem publicznym z uniwersytetów Harvarda i Stanforda oraz z Oksfordu wyraziło głęboki niepokój niszczącym wpływem na zdrowie fizyczne i psychiczne dominujących na świecie metod walki z COVID-19 oraz wezwało do zmiany podejścia na rzecz tzw. ukierunkowanej ochrony, która powinna obejmować grupy najbardziej narażone.

**W**śród konsekwencji *lockdownu* autorzy deklaracji wskazali m.in. odległe skutki dotyczące chorób układu krążenia i nowotworowych oraz pogarszające się zdrowie psychiczne, co ich zdaniem będzie prowadzić do wzrostu śmiertelności w najbliższych latach.

W liście do premiera Johnsona z końca września, opublikowanym w czasopiśmie „The Spectator”, grupa brytyjskich naukowców, pisząc o szczególnie dotkliwym wpływie *lockdownu* na leczenie raka, podała szacunkowe dane: spadek o 84 proc. liczby skierowań w ramach tamtejszej szybkiej ścieżki („Two Week Wait”) dla osób z podejrzeniem choroby nowotworowej spowoduje wzrost liczby zgonów o 1200 w ciągu 10 lat. Podobnie alarmujące dane podawane są u nas, wraz z apelami o natychmiastowe podjęcie działań.

Jednym z newralgicznych obszarów polityki zdrowotnej w czasie pandemii koronawirusa jest również zdrowie

psychiczne. Pociąga to za sobą konieczność przygotowania systemu do nowych wyzwań i szybkiego rozwiązania starych problemów. Brak potrzebnych decyzji w tej sprawie musi budzić dzisiaj szczególny niepokój. Tym bardziej że zapoczątkowany w 2018 r. pilotaż centrów zdrowia psychicznego (CZP) przynosi pozytywne rezultaty. W modelowych centrach, zorganizowanych wokół małych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, tylko w ciągu 2019 r. liczba porad psychologicznych i sesji psychoterapii zwiększyła się o blisko 26 proc., a wizyt domowych o 27

proc. Jednocześnie odnotowano przeszło 7-proc. spadek liczby osobodni na oddziale ogólnopsychiatrycznym. Znacznie poprawiła się dostępność leczenia psychiatrycznego. Do CZP można zgłosić się z problemem bez umawiania się na wizytę w każdy dzień roboczy od godz. 8 do 18. I to działa. Trzeba jednak mieszkać na obszarze działania

CZP, co dotyczy na razie tylko 11 proc. rodaków. Dzięki uelastycznionym warunkom działania i skuteczniejszym metodom finansowania CZP dobrze radzą sobie w czasie epidemii. Widać to było zwłaszcza na początku kryzysu.

W tym roku reforma wyraźnie przyhamowała. Pilotaż kończy się w połowie 2021 i nie wiadomo, co będzie dalej, a wyzwania zaczynają się piętrzyć. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne wystosowało do ministra zdrowia list w sprawie kontynuacji reformy. Miejmy nadzieję, że oczekiwane decyzje tym razem przyjdą na czas. ■

Jednym z newralgicznych obszarów polityki zdrowotnej w czasie pandemii koronawirusa jest również zdrowie psychiczne.



Fot. archiwum

# Miazmaty starego świata

PAWEŁ KOWAL

Po wiosennej fali zachorowań wydawało się, że wiele wiemy o życiu pod panowaniem wirusa. Jest inaczej. Wirusa nie ustrzegł się ani prezydent, ani ministrowie. Nikt nie jest bezpieczny. Nic bardziej demokratycznego niż epidemia nie zdarzyło się na świecie i nie ma mowy, żeby po jesiennym zamknięciu ów świat pozostał taki sam. Niektórzy mówią, że skutkiem długotrwałego zamknięcia gospodarki będzie krach gospodarczy, inni, że wojna. Zobaczmy.

**T**ymczasem mamy w kraju wojnę rozumu z ideologicznymi miazmatami. Miazmaty to – przypomnijmy – pojęcie określające w starej polszczyźnie choroby, niezdrówne powietrze. Prawdopodobnie powstało w kontekście dżumy lub cholery przywiezionych ze Wschodu. Miazmat to też przestarzały pogląd. W każdym razie pasuje ten miazmat do felietonu jak ulał. Będzie więc o nim, o medycynie i rozumie.

Wirusy są dzisiaj jednym z najpoważniejszych zagrożeń dla ludzi. By to pojąć, nie potrzebowaliśmy w Polsce koronawirusa, wystarczyło znać rozmaite strategiczne opracowania, które politykom obce być nie powinny. Oczywiście, nie da się wykluczyć ataku naraz kilku wirusów. Zapewne będą jeszcze kolejne. Silne w przyszłości będą te państwa, które przystosują swoją edukację, naukę, medycynę, usługi do takich zjawisk.

A teraz miazmaty. Reprezentują je ci, którzy jeszcze niedawno walczyli z maseczkami, dezynfekcjami, podsycali w ludziach wątpliwości i tworzyli teorie spiskowe, ci, którzy

uwierzyli, że świat od wakacji będzie „jak dawniej” i martwili się mniej o zdrowie narodu, a bardziej o wyborcze kalkulacje swoich partii. Piszę o politykach, bo ludzie może nieprzesadnie ich lubią, ale na nich patrzą. Są w historii momenty wyjątkowe, które zmieniają całe dziedziny życia, całe sektory gospodarki, przyzwyczajenia całych narodów. Tylko z naszej pamięci: takim momentem była katastrofa w Czarnobylu – ostateczny gwóźdź do trumny ZSRR, narody bowiem nie wytrzymały kłamstw ekipy Gorbaczowa. Drugim z pewnością – zamach na World Trade Center. Od tamtego czasu dla poczucia bezpieczeństwa ludzie bez szemrania poddają się rewizjom na lotniskach i szczegółowo spowiadają z każdej kropli płynu. COVID tę gotowość do zrzekania się wolności jeszcze pogłębi. Powstaną nowe regulacje, choroby zakaźne będą studiowane na setki sposobów w różnych, także wrogich, laboratoriach.

Idzie nowy świat. Trzeba założyć maseczki, unikać zgromadzeń i myśleć o przyszłości, a nie żyć miazmatami. ■



## PORADY PRAWNE DLA LEKARZY

OIL w Warszawie oferuje **bezpłatne porady prawne** dla lekarzy i lekarzy dentyków, którzy są członkami izby w Warszawie. Dyżury prawników odbywają się w siedzibie OIL w Warszawie przy ul. Puławskiej 18, wejście C

- » w **poniedziałek w godz. 10.00–18.00**
- » **od wtorku do piątku w godz. 9.00–17.00**

Z prawnikami można skontaktować się również mailowo:  
**[prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl](mailto:prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl)**  
 lub telefonicznie (w godzinach pracy prawników): **728 988 518**

IZBA DLA LEKARZY



Graf. K. Bryda

We wrześniu 2020 r. ukazał się w miesięczniku „Puls” nr 9/2020 na str. 9 artykuł pana dr. n. med. Jarosława Bilińskiego, wiceprezesa ORL w Warszawie, pt. „Polemika, wierzenia, przekonania czy nauka? – rozprawa na trudny temat”. Jego autor krytykuje opublikowane we wrześniu 2020 r. „Stanowisko Konferencji Episkopatu Polski w kwestii LGBT+”. Mimo że dr Biliński oświadcza, że: „stara się nie narzucać swoich przekonań innym”, jednak cała jego „rozprawa” jest przekonywaniem czytelników o swoich racjach. Stanowisko KEP z pewnością było konsultowane z przedstawicielami nauki. Jednak autor stanowczo stwierdza, że stanowisko KEP „gryzie się” z danymi naukowymi oraz oskarża biskupów o przedmiotowe traktowanie w nim ludzi, „co nie przystoi organizacji, która z zasady ma głosić miłość”. Problemy osób LGBT+ są ważne, mimo że częstość występowania zaburzeń identyfikacji płci (ZIP) szacuje się na 0–2 proc. u chłopców i 3–5 proc. u dziewczynek, wśród mężczyzn ZIP dotyka 1/12 000, wśród kobiet 1/30 000.\*

Zaburzenia determinacji płci o podłożu biologicznym są wyzwaniem dla współczesnej medycyny, której przedstawiciele, współczując cierpiącym, a znając etiologię tych zaburzeń, poszukują skutecznej terapii. Osoby nimi dotknięte wymagają również pomocy psychologa i duchowego wsparcia.

Autor zadaje pytanie: „co mają robić ludzie z zaburzeniami różnicowania płci?”. KEP zwraca uwagę, że skłonności homo- i transseksualne są wezwaniem do życia w czystości. To stwierdzenie nie jest dyskryminacją, ale ukazaniem prawdy o człowieku, nie tylko z zakresu biologii, ale również „płynącej z Ewangelii i prawa Bożego” prawdy o godności człowieka i transcendencji jego bytu, przeznaczeniu do wiecznego życia. Ta prawda jest ważna dla niemałej części naszego społeczeństwa. Bez niej dochodzi, jak czytamy w stanowisku KEP, do „negacji prawdy trwale zdefiniowanej w wymiarze płciowym natury męzczyzny i kobiety” oraz „wynaturzenia ludzkiej prokreacji”.

Kościół nie jest instytucją opresyjną, jest wspólnotą, gdzie każdy jest traktowany z miłością, czego autor artykułu nie dostrzega, może znaleźć pomoc i wsparcie:

„Wyciąga życzliwie rękę, wyraża zrozumienie dla skłonności, ale jednocześnie nie unika jasnego przedstawienia swojej nauki na temat praktyk przeciwnych naturze i godności człowieka”.

Cieszy nas, że autor dostrzega potrzebę dobrej edukacji seksualnej. Zgadza się z nim, że: „lekarze nie mogą przejść obojętnie wobec stawianego tematu”. Dotychczas prowadzona w Polsce edukacja typu A, zapewniająca szacunek dla osoby, rodziny, oparta na wiedzy o płciowości, lepiej przygotowuje do życia w rodzinie i społeczeństwie niż edukacja typu B i C promowana przez WHO. Stanowisko KEP przedstawia skutki, do jakich może prowadzić (i prowadzi) seksualizacja przez edukację typu B i C. Badania przeprowadzone w wielu krajach udowodniły, że wczesna inicjacja seksualna powoduje choroby przenoszone drogą płciową i późniejsze zaburzenia płodności, raka szyjki macicy i przewlekłe bóle brzucha. Te typy edukacji promują zachowania, które prowadzą do zwiększenia liczby ciąż oraz aborcji u nastolatków. Fachowa literatura medyczna na ten temat jest obszerna.

Autor domaga się uniwersalizmu w wychowywaniu dzieci. My także, ale zgodnego z definicją, bo uniwersalizm zakłada wychowanie obejmujące całość zagadnień w rozwoju dziecka. A zatem nie tylko biologię i uwarunkowania medyczne, ale również wolność sumienia dziecka i rodziców, system wartości prowadzący do harmonijnego rozwoju psychicznego i emocjonalnego dziecka oraz uwarunkowania kulturowe, etyczne i wzajemne relacje. ■

**Prof. dr hab. n. med. Bogdan Chazan,**  
specjalista ginekologii i położnictwa,  
wiceprezes ZG KSLP  
i prezes Oddziału Mazowieckiego KSLP,

**lek. Marzenna Koszańska,**  
specjalista pediatrii, wiceprezes OM KSLP,

**lek. Grażyna Rybak,**  
specjalista pediatrii, delegat OM KSLP,

**dr n. med. Stanisław Nitek,**  
specjalista laryngologii, członek OM KSLP,

**dr n. med. Alicja Moszczyńska-Kowalska,**  
specjalista okulistyki, członek OM KSLP

\* K. Kula, J. Słowikowska-Hilczner, *Zaburzenia determinacji i różnicowania płci w: Podręcznik chorób wewnętrznych*, Kraków 2013.





Fot. K. Bartyzel

# Polska paździerzem stoi

JAROSŁAW BILIŃSKI, wiceprezes ORL w Warszawie

Co by się stało, gdyby badania naukowe były projektowane i zarządzane przez polityków? Zadaję to pytanie, aby zmusić czytelnika do pewnej refleksji. Dzięki rzetelnej wiedzy naukowej, dzięki badaniom naukowym, dzięki ciekawości, rozwojowi technicznemu, dążeniu do bogacenia się, do przedłużania życia, do posiadania wpływu na cechy człowieka jesteśmy w najlepszym momencie historii świata, a czeka nas z każdym dniem kolejny doptyw nowej wiedzy i nowych wynalazków. Gdzie będziemy za 10, 50, 100 lat? Co odkryjemy, co będziemy potrafili?

**Z**afascynował nas rozwój medycyny, nauki, biologii, techniki. Wirus nagle zatrzymał na chwilę świat. Redefiniujemy niektóre podejścia i pojęcia. Trudny czas, ale nauka sobie z nim poradzi. Prędzej czy później okiełznamy koronawirus. Przecież potrafimy doskonale analizować budowę tak małych obiektów jak wirusy, potrafimy wytwarzać ich cząstki, badać mechanizmy ich unieczystnienia, nabywania odporności. Wynalezienie szczepionki to kwestia czasu. Mamy doskonałe narzędzia naukowe do tego, aby tę bitwę wygrać. Skoro udaje nam się edytować genomy, wytwarzać ukierunkowane molekularnie leki, operować mikrorobotami, powinno się udać również pokonać COVID-19.

W takich oto okolicznościach, w XXI w., w rozwiniętym kraju, który intelektualnie nie odstaje od najbardziej zaawansowanych rozwojowo państw, dzieją się następujące rzeczy:

- w dużym szpitalu w dobie pandemii w wydzielonej covidowej izbie przyjęć nie było węzła sanitarnego; wycięto więc dziurę w krześle i podstawiono wiadro, żeby „jakoś to było”;
- aby stworzyć pozory izolacji i wydzielić strefę „czystą” i „brudną” często lekarze i personel medyczny własnoręcznie zaklejają foliowymi workami przestrzeń szpitalną, montują pręty i rzucają nań szmaty, prześcieradła, żeby była „ścianka”;
- mężowie pielęgniarek skleją „pleksę”, by zrobić barierę dla sekretarek;
- wszechobecny jest element prowizorki – brakuje izolatek, rozwiązań technicznych, np. automatycznie otwieranych drzwi, monitorów, stanowisk intensywnej terapii.

Tak wygląda zarządzanie ochroną zdrowia przez polityków. Gdyby od polityków zależały wyniki badań naukowych, prawdopodobnie nie umielibyśmy jeszcze zbudować aparatu do EKG.

Skąd tak duży rozdźwięk między możliwościami naukowymi i zaawansowaniem technicznym a rzeczywistością?

Czy musimy decydować, czy ścianka ma być paździerzowa, czy foliowa? Dlaczego nie da się zapewnić nowoczesnych rozwiązań, skoro inne branże i osoby prywatne adaptują je codziennie w swoim życiu, swoich domach?

Nie stać nas. Polska ochrona zdrowia jest biedna. Nadszedł czas, kiedy należy upomnieć się o godność – pacjent to przecież każdy z nas. Dlaczego skazujemy się na niegodne, uwłaczające warunki leczenia? Chyba teraz wszyscy rozumieją, jak ważnym ogniwem w naszym życiu jest ochrona zdrowia. Każdy chciałby, aby potraktowano go najlepiej, jak się da.

Wyjdźmy więc z ery dykty i paździerza! To zależy od nas! ■

Gdyby od polityków zależały wyniki badań naukowych, prawdopodobnie nie umielibyśmy jeszcze zbudować aparatu do EKG.

”

# Mężczyźni wzięci pod wąż

MICHAŁ NIEPYTALSKI

Międzynarodowa społeczność wybrała listopad na miesiąc walki z męskimi nowotworami. Związana z nią akcja Movember, której symbolem są wąsy, wciąż zyskuje w Polsce na popularności i przynosi wymierne rezultaty. Także w tym roku organizatorzy, mimo trwającej epidemii, zamierzają działać na rzecz profilaktyki przede wszystkim raka jąder i prostaty.

**E**fektem kilku tysięcy badań w ramach akcji Movember Polska w ostatnich latach jest 150 przypadków wykrytych nowotworów jąder. Na podstawie statystyk można szacować, że z tych 150 mężczyzn około 20 udało się znacznie przedłużyć życie. Doświadczenie organizatorów akcji dowodzi bowiem, że większość zgłaszających się na badania najprawdopodobniej nie skorzystałoby z nich w innej sytuacji. Do lekarza poszliby zapewne wtedy, gdy na uratowanie życia byłoby za późno. To chyba najbardziej miarodajny parametr skuteczności przedsięwzięcia.

## Rosną nie tylko wąsy

Movember to zlepek dwóch angielskich słów: november (listopad) i mustache (wąsy), a idea akcji jest prosta. Mężczyźni ją wspierający w listopadzie nie golą zarostu, by swoim – nieraz śmiesznym, a na pewno przykuwającym uwagę – wyglądem skłaniać do rozmów propagujących wiedzę o „męskich” nowotworach. Pierwszy raz w tym celu zaczęli zapuszczać wąsy mężczyźni z Australii – w 2003 r. Pomysł został szybko podchwycony w innych krajach. W Polsce na dobre zagościł w 2014 r.,

kiedy ustanowienia ram organizacyjnych Movember podjęła się fundacja „Kapitan Świątełko” (wcześniej zajmująca się głównie bezpieczeństwem drogowym).

– Największym szokiem dla dziennikarzy w Polsce była wtedy, w 2014 r., informacja, że nowotwory jąder dotyczą przede wszystkim facetów między 14. a 35. rokiem życia. Wszystkim się wydawało, że schorzenia nowotworowe to przypadłość głównie mężczyzn starszych, a już na pewno nie tak bardzo

młodych – wspomina Jakub Kajdaniuk, koordynator Movember Polska.

Pacjenci skrupowani swoim zaniedbaniem próbują przekonać medyków, że „to się stało w ciągu ostatniego tygodnia” albo „jeszcze wczoraj tego nie było”.

Przez dwa lata realizacja akcji Movember Polska polegała głównie na działaniach uświadamiających. Dopiero w 2016 r. zorganizowano pierwsze badania. Fundacja „Kapitan Świątełko” we współpracy z partnerami instytucjonalnymi i biznesowymi przeprowadza badania

np. w centrach handlowych w specjalnych przenośnych gabinetach, ale także np. w biurach. Organizatorzy widzą efekty swojej pracy.

– Średnia wieku uczestników przesuwana się w dół. Na początku akcji wynosiła około 52 lat, w tej chwili sięga 37. Przychodzi też coraz więcej ludzi, więc mamy coraz większą próbę badawczą dla prowadzenia takich statystyk – przekonuje Kajdaniuk. Różnica jest rzeczywiście znacząca. O ile w pierwszym roku badań na spotkania przychodziło po kilkadziesiąt osób, o tyle w ubiegłym już po kilkaset.

– Wśród zainteresowanych naszą akcją rozprowadzamy również ankiety online, z których wynika, że liczba mężczyzn decydujących się na realizację badania w domu także rośnie. Tak jak kobiety badają piersi, tak mężczyźni coraz częściej przeprowadzają samobadanie jąder. Z 2 proc. na samym początku akcji dochodzimy do prawie 20 proc. obecnie – zapewnia koordynator Movember Polska.

## Dlaczego wąs?

Australijczycy zapuszczający wąsy w 2003 r. stwierdzili, że jeśli oni potrafią przełamać barierę wstydu dotyczącą swojego wyglądu, może innym uda się przełamać podobną barierę w kwestii badania jąder czy prostaty (więcej o wstydzie w relacjach pacjentów z lekarzami w artykule na stronie 22). Żartobliwa wąsata męskość ma pomóc odejść od idei niezniszczalnego macho, któremu nie wypada ani chorować, ani się badać. Idei wciąż powszechnie akceptowanej.

– Lekarze zwracają uwagę, że najczęściej panowie się zgłaszają w zaawansowanych stadiach choroby, kiedy nie sposób już znieść ból albo powiększenie jąder utrudnia chodzenie. Niemniej jednak pacjenci skrupowani swoim zaniedbaniem próbują przekonać medyków, że „to się stało w ciągu ostatniego tygodnia” albo „jeszcze wczoraj tego nie było”. Czasem dowiadują się, że muszą pójść na zabieg i nawet umawiają się, a potem się nie zjawiają w uzgodnionym terminie, bo „jeszcze się zastanawiają” – wyjaśnia rozmówca „Pulsu”. Jego zdaniem właśnie źle rozumiane poczucie męskości leży u podstaw takiego postępowania. – Pokutuje przekonanie, że usunięcie jądra w przypadku nowotworu jest równorzędne z kastracją. Że taki mężczyzna nie będzie mógł ani pełnić roli partnera seksualnego, ani tym bardziej mieć dzieci, że będzie miał problemy z gospodarką hormonalną itd.

Dlatego Movember Polska dba o to, by w dystrybuowanych przez organizację materiałach znalazły się informacje kompleksowe, opisujące zarówno procedury medyczne, jak i ich konsekwencje, a także rokowania w przypadku nowotworów prostaty i jąder.

Żartobliwa wąsata męskość ma pomóc odejść od idei niezniszczalnego macho, któremu nie wypada ani chorować, ani się badać.

– Jeśli my nie prześlemy tych informacji, ludzie będą ich szukać np. na forach internetowych, gdzie znajdują różne niesamowite historie, bardzo często mijające się z prawdą – twierdzi Jakub Kajdaniuk.

## Koronny argument

Tegoroczna akcja Movember Polska siłą rzeczy będzie zupełnie inna niż wszystkie poprzednie. – Nie wiadomo, ilu mężczyzn w obecnych warunkach zdecyduje się przyjść na badania. Zdajemy sobie sprawę, że przez epidemię i jej nasilenie związane z jesiennym sezonem infekcyjnym wiele osób nie zdecyduje się na organizowane przez nas badania, ale i tak warto spróbować. Jesteśmy przygotowani z sanitarnego punktu widzenia i zapewniamy wszystkim uczestnikom bezpieczeństwo, bez względu na to, ile osób nas odwiedzi – mówi Kajdaniuk. Dodaje, że jeszcze przed oficjalnym początkiem akcji zaplanowano kilka spotkań o charakterze zamkniętym, które mają stanowić poligon doświadczalny dla opracowanych w obliczu epidemii procedur.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno personelu przeprowadzającego badania, jak i badanych powstał nowy, przenośny gabinet. Jego konstrukcja znacznie ułatwia dezynfekcję po przyjmowaniu poszczególnych pacjentów, a także całościowe czyszczenie (również ścian) między kolejnymi odsłonami listopadowej akcji.

– Nie ma żadnego przedsięwzięcia podobnego do naszego. W tej chwili realizujemy zarówno badania USG dla mężczyzn do 45. roku życia, jak i badania przesiewowe pod kątem markerów nowotworowych prostaty dla panów w starszym wieku. Zrobienie tych badań w publicznej ochronie zdrowia wymaga skierowania. Wielu mężczyzn już się przyzwyczaiło do Movember i uważają, że nie muszą zapisywać się regularnie na badania, skoro raz w roku mogą przyjść do nas. Dlatego nie obrażaliśmy siebie, żeby w tym roku zrezygnować z akcji – podsumowuje Jakub Kajdaniuk. ■





# Miesiąc z wąsami

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów z 2017 r. najczęściej występującym nowotworem złośliwym u mężczyzn jest rak prostaty. Jest też drugą przyczyną zgonów na nowotwory złośliwe w męskiej populacji. O profilaktyce i leczeniu raka prostaty mówi dr hab. n. med. **Artur A. Antoniewicz**, konsultant krajowy w dziedzinie urologii, kierownik Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie, i zachęca:  
– Zapuszczajmy wąsy w listopadzie!  
Rozmawiała Anetta Chęcińska.



Fot. archiwum

## U ilu osób rocznie diagnozuje się nowotwór prostaty? Czy przypadków przybywa?

**R**ak gruczołu krokowego stanowi około 20 proc. przypadków nowotworów złośliwych u mężczyzn. Ta grupa chorych w Polsce stale rośnie i obecnie liczy blisko 140 tys. mężczyzn. Rocznie rozpoznaje się 16 tys. nowych przypadków. Co ważne, liczba zgonów z tego powodu jest w miarę stabilna i wynosi 5–6 tys. rocznie. Dowodzi to, że metody diagnostyki i leczenia są coraz doskonalsze. Rozpoznanie raka prostaty nie oznacza wyroku, bowiem wskaźnik zgony/zachorowania wynosi 0,3, czyli trzykrotnie mniej chorych umiera niż pojawia się nowych przypadków. Powodzenie leczenia zależy od jak najwcześniejszego rozpoznania choroby – w momencie, kiedy nie daje jeszcze żadnych objawów. Jest to możliwe dzięki badaniom profilaktycznym, wykonywanym raz do roku u mężczyzn po pięćdziesiątce, w posta-

ci badania gruczołu palcem przez odbył oraz testu krwi na PSA (swoisty antygen sterczowy).

## Listopad jest miesiącem akcji Movember, która ma na celu zwrócenie uwagi na problem profilaktyki nowotworowej mężczyzn. Dlaczego takie kampanie są potrzebne?

Doroczna akcja Movember, czyli wąsopad (od połączenia angielskich słów wąsy i listopad), podejmowana jest na całym świecie w trosce o zdrowie mężczyzn. Wymyślono ją w Australii w 2003 r. Początkowo chodziło o uświadomienie młodym mężczyznom konieczności samobadania jąder w celu wykrycia nowotworu złośliwego, który jest wyczuwalny jako nierówny, ciężki i twardy guz w obrębie jądra. Dzięki akcji można uczulić na problem i uniknąć podstępного rozwoju ciężkich postaci nowotworu, który rozwija się najczęściej u młodych mężczyzn. Innym zagadnieniem, na który ak-

cja zwraca uwagę, jest aktywność fizyczna. Zaleca się, aby w ciągu miesiąca mężczyzna popierający akcję przebiegł lub przeszedł minimum 60 km. Celem jest podniesienie świadomości wpływu aktywności fizycznej na zdrowie. Wspomniane działania mają szczególne znaczenie, gdyż panowie zgłaszają się do lekarza zbyt późno, głównie z przyczyn psychologicznych, ale również z obawy lub z powodu niewiedzy. Akcje zwiększające wiedzę zdrowotną społeczeństwa służą właśnie temu, aby zmienić postawę wobec własnego zdrowia. Popieram przesłanie akcji Movember i zachęcam: zapuszczajmy wąsy w listopadzie.

## Kto powinien kierować mężczyzn na badania profilaktyczne? Jakie badania należy wykonać i kiedy?

Nie jest łatwo odpowiedzieć jednoznacznie na to pytanie, szczególnie w dobie pandemii COVID-19, która skutecznie paraliżuje działania systemu ochrony zdrowia na całym świecie. Najlepszym rozwiązaniem wydaje się wprowadzanie

jednej dodatkowej wizyty lekarskiej w POZ raz w roku w celu oceny stanu zdrowia i podjęcia rozmowy na tematy zdrowotne, a w razie potrzeby – zbadania gruczołu krokowego *per rectum* i oznaczenia PSA. Dotyczy to szczególnie mężczyzn, w których najbliższej rodzinie (u mężczyzn wstępnych lub rodzeństwa) wystąpił rak prostaty. Doświadczenia innych krajów dowodzą, że najodpowiedniejszy dla podjęcia tych pierwszych, profilaktycznych działań jest gabinet lekarza rodzinnego. Urolog przejmuje opiekę nad pacjentem, gdy wynik badań profilaktycznych okaże się nieprawidłowy.

### Jakie są metody leczenia osób z rakiem gruczołu krokowego?

W Polsce stosowane są podstawowe metody radykalnego leczenia raka gruczołu korkowego: leczenie chirurgiczne i radioterapia, oraz metody leczenia paliatywnego, m.in. hormonoterapia i chemioterapia. Badania naukowe skutkują coraz nowszymi terapiami i lekami. W przypadkach raka uogólnionego stosowane są leki w ramach tzw. pro-

gramu lekowego C61 (m.in. abirateron, enzalutamid oraz rad-223).

### Męskie problemy onkologiczne to nie tylko prostata.

Oczywiście. Promujemy wykonywanie USG jamy brzusznej, które m.in. pozwala rozpoznać raka nerki, zwracamy uwagę na znaczenie krwimoczku jako objawu wiodącego w kierunku raka pęcherza moczowego. Gdy mocz jest czerwony, zawsze należy wykonać diagnostykę pęcherza – USG i cystoskopię.

### Z jakimi problemami mierzy się urologia i urologia onkologiczna w Polsce?

Obecnie zasadniczy ciężar rozpoznawania i leczenia nowotworów złośliwych układu moczowego osób obojga płci i układu rozrodczego męskiego spoczywa na urologu. Zdecydowana większość chorych leczonych radykalnie przebywa na oddziałach i w klinikach urologii (jest ich 130), z których duża część ma w nazwie „oddział urologii i urologii on-

kologicznej”, aby uświadamiać społeczeństwu, że skutecznie leczymy w nich nowotwory metodami chirurgicznymi. Tak rzecz się ma w odniesieniu do raka nerki (optymalnym sposobem leczenia jest wycięcie guza z pozostawieniem zdrowej nerki), raka pęcherza moczowego i raka stercza (radykalne wycięcie gruczołu krokowego).

Do ośrodków onkologicznych najczęściej trafiają pacjenci z chorobą uogólnioną lub kwalifikowani do tzw. radioterapii radykalnej w przebiegu raka stercza. Urologia pełni kluczową rolę w poprawie wyników leczenia tych nowotworów. W związku z tym należy na jej rozwój przeznaczać środki inwestycyjne, które pozwolą szybko uzyskać wskaźniki porównywalne z notowanymi w innych krajach europejskich. Oczekujemy decyzji resortu zdrowia w kwestii wysokości refundacji podstawowych procedur urologicznych (tzw. retaryfikacji), wprowadzania nowych procedur do koszyka świadczeń gwarantowanych MZ (m.in. chirurgii robotowej, cystoskopii giętkiej, biopsji fuzyjnej) oraz wsparcia zaplecza logistycznego (koordynacji opieki nad pacjentem). Wymienione działania mają służyć poprawieniu wyników leczenia, przynajmniej podniesieniu ich do poziomu europejskiego i osiągnięciu wskaźnika pięcioletnich przeżyć w raku gruczołu krokowego na poziomie 94 proc. (obecnie około 78 proc.). Nie mam najmniejszych wątpliwości, że cel ten jest osiągalny. ■

Fot. licencja Artmedia Partners



# Chrońmy płuca!

Rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonów mężczyzn spowodowanych przez nowotwory. W około 90 proc. występuje u osób palących papierosy. Trzeba podkreślić, że ryzyko zachorowania dotyczy w podobnym stopniu palących papierosy i tzw. biernych palaczy – przypomina prof. dr hab. n. med.

## **Maciej Krzakowski,**

konsultant krajowy w dziedzinie onkologii, kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie – Państwowego Instytutu Badawczego.  
Rozmawiała Anetta Chęcińska.



Fot. archiwum

## **Czy rak płuca stanowi wyzwanie dla onkologów?**

**R**ak płuca jest nadal najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym oraz przyczyną największej liczby zgonów. Należy do najpoważniejszych wyzwań dla lekarzy, niezależnie od istotnej poprawy rokowania dla chorych. Fakt, że walka jest tak trudna, wynika z późnego występowania objawów raka płuca (np. kaszlu lub duszności), które występują również w przebiegu wielu innych – szczególnie tytoniozależnych – chorób układu oddechowego. Rak płuca rozpoznawany jest we wczesnym stadium zaledwie u 20 proc. chorych, dlatego radykalne leczenie chirurgiczne można zastosować u niewielkiej ich liczby (w Polsce – u około 16 proc.). U kolejnych 30 proc. chorych stwierdza się pierwotnie nowotwór z przerzutami do węzłów chłon-

nych (stadium miejscowego zaawansowania), natomiast u pozostałych nowotwór w chwili rozpoznania jest uogólniony (z przerzutami do odległych narządów).

## **Ile przypadków diagnozuje się w Polsce rocznie?**

### **W jakich grupach wiekowych?**

Rak płuca jest rozpoznawany w Polsce u około 22 tys. osób rocznie i częściej dotyczy mężczyzn (około 14 tys.), ale zachorowalność kobiet (około 8 tys.) systematycznie się zwiększa. Rak płuca jest w naszym kraju najczęstszą przyczyną zgonów spowodowanych przez nowotwory i w przypadku kobiet od kilku lat wyprzedza raka piersi. Należy pamiętać, że jednocześnie zmniejsza się umieralność mężczyzn na raka płuca. Zachorowalność na ten nowotwór jest największa u osób między 55. a 70. rokiem życia.

## **Przyczyną raka płuca jest w dużej mierze styl życia, m.in. palenie tytoniu. Czy wciąż mówi się o tym za mało?**

Wdychanie szkodliwych składników dymu tytoniowego jest podstawową przyczyną raka płuca, a inne czynniki mają marginalne znaczenie. Rak płuca w około 90 proc. występuje u osób palących papierosy. Trzeba podkreślić, że ryzyko zachorowania dotyczy w podobnym stopniu palących papierosy i tzw. biernych palaczy. Działania zmierzające do ograniczenia (najlepiej – wyeliminowania) narażenia społeczeństwa na wdychanie dymu tytoniowego są niezbędne i muszą być realizowane nieustannie. Kampanię antytytoniową należy kierować do osób dorosłych i młodocianych, a edukacji powinny towarzyszyć ograniczenia dostępności produktów tytoniowych (np. podwyżki cen papierosów).



## Czy pacjenci, u których rozpoznaje się nowotwór płuca, zgłaszają się do lekarza zbyt późno?

Tak, a przyczyną jest wspomniana już nieswoistość objawów. Osoby palące papierosy przez wiele lat nie zwracają uwagi na nasilenie się lub zmiany charakteru kaszlu. Zbyt częste jest również kojarzenie przez lekarzy objawów ze stanami zapalnymi, co skutkuje zalecaniem pacjentom antybiotyków bez weryfikowania stanu układu oddechowego za pomocą badań obrazowych. Trudności w zakresie rozpoznawania raka płuca znacznie zwiększyły się podczas epidemii koronawirusa.

## Jakie są nowoczesne metody leczenia? Czy stosuje się je w Polsce?

Leczenie chorych na raka płuca polega na postępowaniu skojarzonym, co oznacza stosowanie wszystkich podstawowych metod – leczenia chirurgicznego,

Wdychanie szkodliwych składników dymu tytoniowego jest podstawową przyczyną raka płuca, a inne czynniki mają marginalne znaczenie.

radioterapii i leczenia systemowego. Kompleksowość postępowania decyduje o uzyskaniu lepszych wyników i – jednocześnie – stanowi największy problem w Polsce. Przykładem niedostatecznego wykorzystywania postępowania skojarzonego jest zbyt rzadkie stosowanie jednocześnie radio- i chemioterapii u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium miejscowego zaawansowania. Przyczyny są złożone – za mało jest ośrodków, w których istnieją warunki do jednoczesnego stosowania wymienionych terapii, a zasady finansowania obu świadczeń udzielanych jednocześnie są nieprawidłowe.

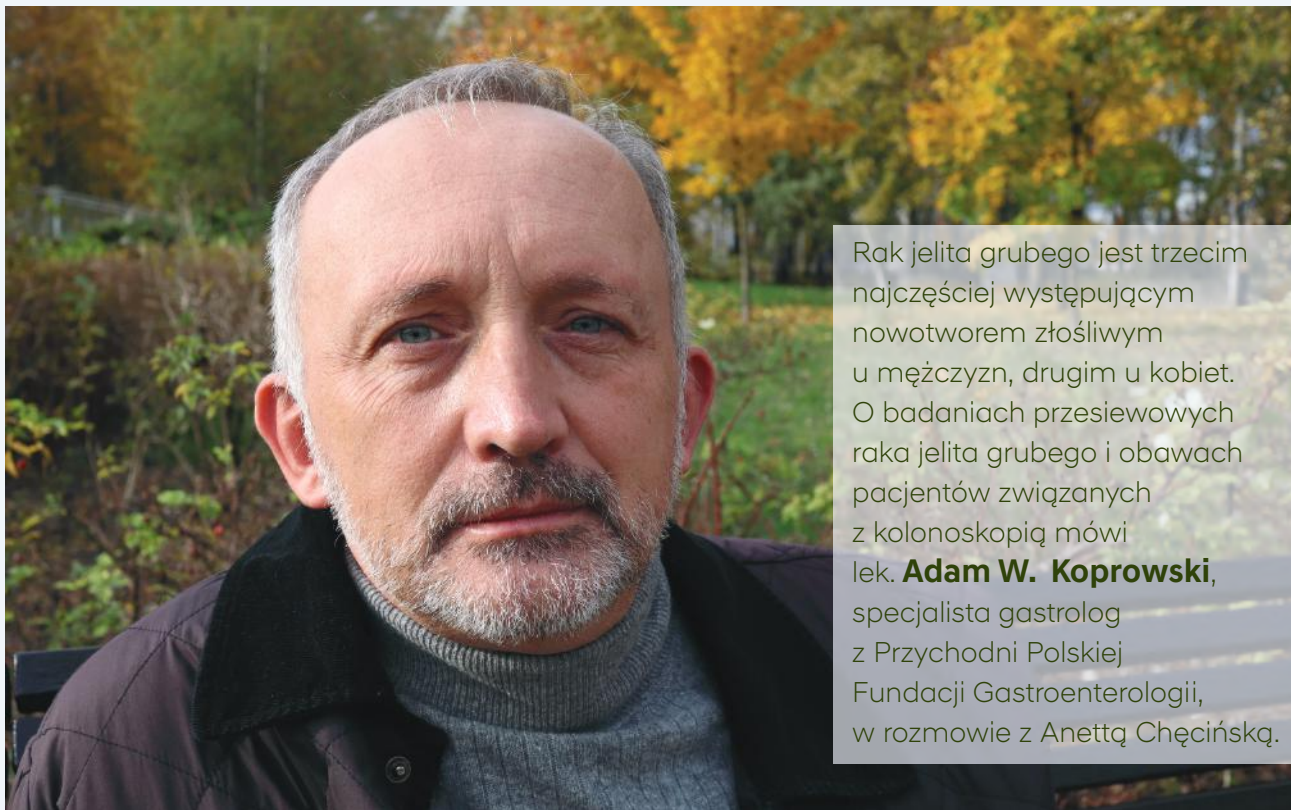
Nowoczesnym sposobem leczenia raka płuca jest stereotaktyczna radioterapia, która może zastępować leczenie chirurgiczne pacjentów z przeciwwskazaniami medycznymi do resekcji (tzn. z poważnymi chorobami współwystępującymi). Dostępność nowoczesnych metod leczenia systemowego poprawia się i obecny program lekowy, finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, obejmuje większość leków o naukowo udowodnionej wartości. Wskazane byłoby wprowadzenie do programu immunoterapii konsolidującej po radiochemioterapii jednoczesnej oraz immunochemioterapii paliatywnej w uogólnionym raku niedrobnokomórkowym.

## Jakich rozwiązań systemowych potrzeba, aby poprawić zarówno profilaktykę, jak i wyniki leczenia?

Możliwości poprawy sytuacji i zmniejszenia zagrożeń związanych z rakiem płuca należy szukać – przede wszystkim – w skuteczniejszej profilaktyce pierwotnej i wtórnej. Konieczna jest bardziej efektywna edukacja zdrowotna i wdrożenie programu wczesnego wykrywania. Lepsze rokowanie uzyskamy przez przyspieszenie diagnozowania i upowszechnienie zasady podejścia kompleksowego. Rozwiązaniem może być utworzenie ośrodków kompetencji (tzw. ośrodków kompleksowego postępowania), które usprawniłyby rozpoznawanie i określanie zaawansowania raka płuca oraz zapewniły skojarzone postępowanie i właściwą opiekę po leczeniu (m.in. odpowiednią rehabilitację). Istnieje wiele dowodów z praktyki klinicznej uzasadniających tworzenie ośrodków kompleksowej opieki.

Dostępność nowoczesnych leków przeciwnowotworowych warunkuje usprawnienie diagnostyki patomorfologicznej i genetyczno-molekularnej – bez dokładnego określenia morfologii i predykcyjnych czynników molekularnych nie można racjonalnie stosować nowoczesnych leków ukierunkowanych lub immunoterapii. Program lekowy powinien być bardziej elastyczny, a zmiany wprowadzane szybciej. Konieczne jest większe wykorzystanie tzw. finansowych mechanizmów podziału ryzyka podczas wprowadzania nowości do programu lekowego. ■





Rak jelita grubego jest trzecim najczęściej występującym nowotworem złośliwym u mężczyzn, drugim u kobiet. O badaniach przesiewowych raka jelita grubego i obawach pacjentów związanych z kolonoskopią mówi lek. **Adam W. Koprowski**, specjalista gastrolog z Przychodni Polskiej Fundacji Gastroenterologii, w rozmowie z Anettą Chęcińską.

# Rozpoznać zmianę na wczesnym etapie

**Jakie są przyczyny raka jelita grubego? Dlaczego tak wiele osób choruje na ten nowotwór?**

**W** Polsce rozpoznajemy rocznie około 18 tys. nowych zachorowań. Rak jelita grubego rozwija się z łagodnych zmian, tzw. polipów. Przyczyny rozwoju tego nowotworu są złożone, wpływ na jego powstawanie mają czynniki środowiskowe i genetyczne. Niektóre czynniki można kontrolować (np. palenie tytoniu, dietę), innych nie (wiek, predyspozycje genetyczne). Sprzyja mu nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, zaburzenia gospodarki lipidowej, dieta ubogobłonnikowa i wysokokaloryczna, używki. Obserwujemy również większą zapadalność wśród osób mało aktywnych fizycznie. Zatem styl życia ma znaczenie. Istot-

ne są też czynniki geograficzne. Rak jelita grubego częściej występuje w Europie, Ameryce Północnej, Australii i Japonii niż w Afryce i Azji. Trzeba brać również pod uwagę uwarunkowania genetyczne. Dziedziczna rodzinna polipowatość gruczolakowata wiąże się niemal ze 100-proc. ryzykiem zachorowania na raka jelita grubego. W przypadku dziedzicznego raka jelita grubego bez polipowatości ryzyko wynosi 70–80 proc.

**Czynnikiem sprzyjającym chorobie jest wiek?**

Ryzyko zachorowania na nowotwór rośnie po 50. roku życia. Wraz z wiekiem wzrasta bowiem częstość występowania polipów i ryzyko ich zezłośliwienia. W wieku 55–64 lat ponad 25 proc. osób ma polipy, a 5 proc. jest zagrożonych

zachorowaniem na raka jelita grubego. W większości przypadków przemiany z łagodnych polipów w nowotwór trwają kilka – kilkanaście lat i przez bardzo długi czas nie dają objawów. Stąd idea badań profilaktycznych, przesiewowych, które umożliwiają wykrywanie polipów we wczesnej fazie rozwoju i usuwanie ich, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka, a także wykrywanie zmian nowotworowych. Jeśli rak jelita grubego jest wcześniej wykryty, chory ma duże szanse na wyleczenie.

**Polacy poddają się tym badaniom chętnie?**

Przed wszystkim od 2000 r. mają taką możliwość. Dzięki inicjatywie i wizjonerskiemu spojrzeniu prof. dr. hab. n. med. Eugeniusza Butruka, ówczesnego kierow-



nika Kliniki Gastroenterologii CMKP w Warszawie, opracowano realizowany do dziś „Program badań przesiewowych raka jelita grubego”, który koordynuje prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła.

### **Dla kogo program jest przeznaczony?**

Mogą w nim wziąć udział osoby między 55. a 64. rokiem życia, które otrzymały imienne zaproszenie, pod warunkiem, że nie mają żadnych objawów związanych z przewodem pokarmowym (krwawienia, biegunki, zaparcia), w ciągu ostatnich miesięcy nie zaczęły chudnąć bez powodu, a także nie pojawiła się u nich anemia o nieznanym przyczynie. Osoby, które nie otrzymały zaproszenia, a są w wieku 50–65 lat, mogą wziąć udział w badaniu w ramach tzw. programu oportunistycznego. I one nie powinny mieć wymienionych objawów. Program obejmuje też osoby w wieku 40–49 lat bez objawów nowotworowych, których ktoś z krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) chorował na raka jelita grubego. Osoby między 25. a 49. rokiem życia z rodziny z potwierdzonym zespołem Lyncha lub z rodzinną polipowatością gruczolakowatą są kierowane na badanie przez poradnię genetyczną. Do badania w ramach programu nie kwalifikuje się osób, które miały wykonywaną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat.

### **Czy pacjenci mają opory przed kolonoskopią?**

Na pewno niektórym osobom towarzyszy lęk. Wynika on po części z niewiedzy, po części z zasłyszanych opinii innych pacjentów. Kolonoskopia zazwyczaj nie jest bolesna, można odczuwać przejściowo wzdęcie czy dyskomfort, ale każdy czuje inaczej. Dla jednego badanie będzie bolesne, ktoś inny zniesie je bez problemu. Są pacjenci, którzy mają opory związane z przygotowaniem się do kolonoskopii. Oczyszczenie jelita grubego jest warunkiem skutecznej, bezpiecznej i wartościowej diagnostycznie kolonoskopii. Nieodpowiednie przygotowanie pogarsza jakość badania, powoduje wydłużenie jego czasu, ewentualnie konieczność powtórzenia, czyli jest źródłem niedo-

godności dla pacjenta. Obecnie korzystamy z preparatów wyskoobjętościowych do wypicia w dwóch dawkach – to istotne ułatwienie. Kiedyś trzeba było wypić jednorazowo 4 l płynu, teraz dawka została podzielona. Pracujemy nad poprawieniem smaku i zapachu preparatów, wszystko po to, by zmniejszyć problemy związane z oczyszczeniem jelita grubego. Wiele osób odczuwa skrępowanie w gabinecie zabiegowym, kiedy trzeba się rozebrać, ale badania wykonuje doświadczony zespół lekarzy i pielęgniarek z poszanowaniem intymności pacjenta. Nieraz badani mówią: – *To nie jest przyjemne. Ale przecież nie o przyjemność chodzi, tylko o zdrowie.*

### **Pacjenci boją się bólu podczas badania?**

Osoby z niskim progiem odczuwania bólu lub te, które przeżyły operacje w obrębie jamy brzusznej, ponieważ zrosty pooperacyjne często utrudniają wykonanie kolonoskopii (np. u kobiet po cięciach cesarskich i operacjach ginekologicznych), mają możliwość wykonania badania w krótkim znieczuleniu dożylnym. Zwłaszcza pierwszy etap badania – wprowadzenie aparatu – może powodować u pacjenta dyskomfort, który jest niwelowany przez znieczulenie.

### **Jaki procent pacjentów prosi o znieczulenie i czy mogą liczyć na refundację?**

20–25 proc. kolonoskopii robi się w sedacji. Celem programu jest wykonanie badania endoskopowego. Znieczulenie nie jest standardem, ale można z niego skorzystać ze wspomnianych powodów, o których należy wcześniej poinformować. W programie badań została przewidziana pewna liczba kolonoskopii ze znieczuleniem.

### **Jeżeli chodzi o podejście do badania, odważniejsi są mężczyźni czy kobiety?**

Nie ma reguły, to kwestia indywidualna. Kolonoskopia jest bezpieczna, ale pacjenci pytają o powikłania (perforację jelita, krwawienia), które jak w przypadku każdego badania mogą wystąpić

i wymagać pilnego leczenia chirurgicznego. Trzeba jednak pamiętać, że w „Programie badań przesiewowych raka jelita grubego” biorą udział wyspecjalizowane ośrodki na wysokim poziomie, a powikłania zdarzają się bardzo rzadko, np. perforacja raz na 10 tys. przypadków.

### **Ile zmian nowotworowych wykrywa się w ramach programu?**

W 2019 r. w ramach programu z zaproszeniami imiennymi zrobiono ponad 30 tys. badań, w ramach tzw. programu oportunistycznego – 38 tys. Polipy wykryto u 15 tys. osób, a nowotwory u 224. W 2017 r. w ramach tegoż programu wykryto raka jelita grubego u 590 osób, w 2018 – u 496. Średnio 25 proc. z nich to gruczolakoraki.

### **Czy rośnie świadomość znaczenia badań przesiewowych?**

Na pewno poprawia się, m.in. dzięki akcjom medialnym z udziałem osób znanych z mediów, które mówią o swoich doświadczeniach. Przekonują, że dzięki badaniu przesiewowemu rozpoznano u nich chorobę na wczesnym etapie i szybko można było podjąć skuteczne leczenie. Nie zawsze otrzymanie imiennego zaproszenia dostatecznie mobilizuje do zgłoszenia się na badanie. Często bodźcem staje się zachorowanie na raka jelita grubego kogoś w rodzinie lub znajomego w pracy. Ale na pewno program jest coraz lepiej znany, a lekarze rodzinni coraz częściej zachęcają pacjentów i kierują na kolonoskopię.

### **Lekarze badają się w ramach programu?**

Tak, zgłaszają się na badania. I to zarówno na zaproszenie, jak i bez.

### **Czy pandemia ograniczyła liczbę zgłaszających się na kolonoskopię?**

Na początku nie wykonywaliśmy badań. Musieliśmy przygotować się do działania w nowych warunkach epidemicznych, ale wróciliśmy do gabinetów. Pracujemy, zachowując rygor sanitarny. Ostatnio pacjentka po badaniu powiedziała: – *Dziękuję, że pan pracuje.* ■





# Zachęcić do pozbycia się wstydu

MICHAŁ NIEPYTALSKI

Wielu mężczyzn ocalałoby albo znacząco wydłużyło swoje życie, gdyby przełamało barierę wstydu i odwiedziło lekarza. W miesiącu walki z męskimi nowotworami myślimy przede wszystkim o urologu, ale ów wstyd stanowi barierę w relacjach także z innymi lekarzami. I nie jest to wstyd przed kobietą bądź mężczyzną w białym fartuchu. To także wstyd wobec siebie, a nawet całego społeczeństwa.

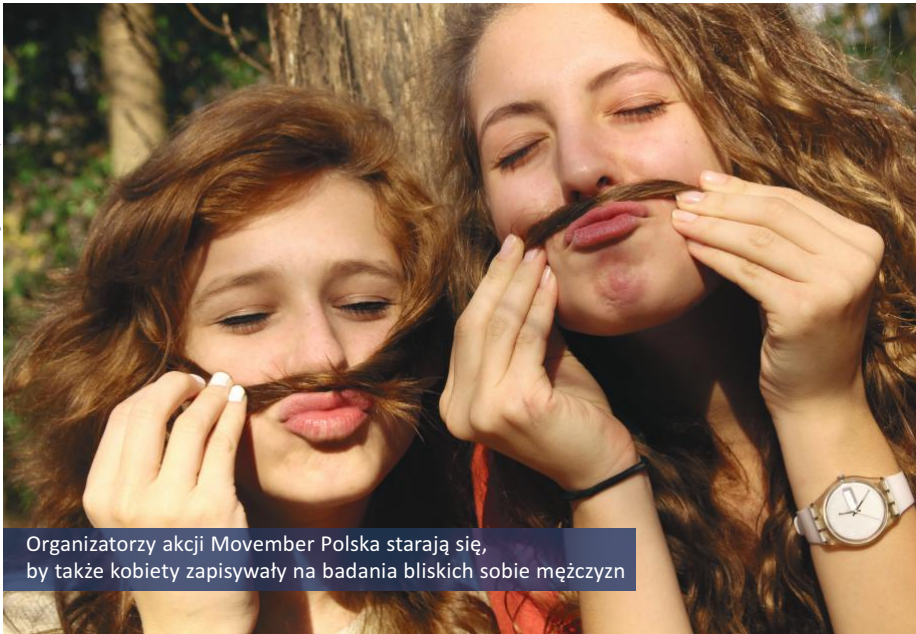
**R**egularne wizyty u ginekologa coraz powszechniej stanowią normę wśród kobiet. Obowiązek odwiedzania tych specjalistów wpajany jest dziewczętom przez matki, które zwykle idą z nimi na pierwsze spotkanie z ginekologiem. W przypadku samobadania piersi kobiety, nawet jeśli go nie przeprowadzają, przynajmniej o nim słyzały. Propagowanie postaw prozdrowotnych związane jest z niespotykanym w zachodnim świecie, a notowanym w Polsce, współczynnikiem śmiertelności z powodu nowotworów kobiecych.

Wypadamy źle także pod względem śmiertelności z powodu nowotworów męskich – prostaty, jąder, prącia. A jednak regularne wizyty u urologa czy samobadanie jąder to dla większości panów egzotyka. Problemy z oddawaniem moczu w pewnym wieku traktowane są jak norma. Mówi się więc, że upór zabija, bo uparci mężczyźni nie tylko wzbraniają się przed leczeniem, ale także przed szansą na zdiagnozowanie. Ów upór jednak wynika ze wstydu.

## Cztery płaszczyzny wstydu

Zdaniem etyka prof. Pawła Łukowa z Centrum Bioetyki i Bioprawa Uniwersytetu Warszawskiego w relacjach pacjenta z lekarzem należy wyodrębnić trzy obszary wstydu: – *Jeden jest związany z obnażaniem, kiedy wkracza się w sferę prywatności, do której wyłączny dostęp należy do nas samych. Ale jest też wstyd wywołany poczuciem odpowiedzialności za siebie, czasem połączony z wyrzutami sumienia, że się coś zaniedbało albo że się zachowało w sposób niewłaściwy.* Specjalista podkreśla, że wstyd drugiego rodzaju w kontakcie z lekarzem może wiązać się z chorobami przenoszonymi drogą płciową, a czasem z poczuciem, że choroba jest karą za grzechy lub nieetyczne postępowanie.

Trzeci obszar wstydu najbardziej wiąże się z nowotworami sfer intymnych. – *Mamy do czynienia z odniesieniem do wzorców kulturowych, a dokładnie do wzorca męskości rozpowszechnionego właściwie w całym świecie zachodnim – twardego mężczyzny, odpornego na wszelkie trudy i słabości. Choroba doty-*



Organizatorzy akcji Movember Polska starają się, by także kobiety zapisywały na badania bliskich sobie mężczyzn

kająca sfer, które często są wręcz utożsamiane z męskością, podważa kulturowo utrwaloną zasadę funkcjonowania społecznego mężczyzny. Wówczas poczucie wstydu wynika z przeświadczenia, że się zawiodło, nie wypełniło zobowiązania wynikającego z roli mężczyzny – wyjaśnia etyk.

Jakub Kajdaniuk, koordynator akcji Movember Polska propagującej profilaktykę i diagnostykę męskich nowotworów sfer intymnych, zwraca uwagę na jeszcze jedną płaszczyznę wstydu – związaną ze stosunkiem do kontaktów z innym mężczyzną. – *Wielu mężczyzn obawia się jakiegoś nieokreślonego uszczerbku na ich męskości związanego z badaniami. Starają się wmawiać sobie, że problem ich nie dotyczy, jeśli z profilaktyką miałoby wiązać się pokazywanie komuś swoich genitaliów – niejako do oceny.*

Organizatorzy potwierdzają, że liczba przeprowadzonych badań jest nawet trzykrotnie niższa, jeśli zapraszają na nie mężczyźni. Chociaż może się to kojarzyć ze stereotypowym spojrzeniem na męski świat, jednak panie mają zdecydowanie wyższą skuteczność w namawianiu panów do badań profilaktycznych.

Takie doraźne działanie, nawet jeśli istotnie skuteczne, nie rozwiązuje jednak społecznego problemu, jakim jest wstyd przed lekarzem.

## Nauczyciel, ojciec i lekarz

– *Żeby pacjenta uspokoić, trzeba wszystko wytłumaczyć: jak wizyta jest zaplanowana, co trzeba wykonać i dlaczego. Nie należy*

*robić nic, o czym pacjent nie został uprzedzony. Każde nagłe działanie, coś niespodziewanego może go wyprowadzić z równowagi – twierdzi rezydent urolog Rafał Osiecki. – Kiedy już pacjent pozna planowany przebieg wizyty, początkowe zdenerwowanie najczęściej ustępuje.*

Ale najpierw pacjent do urologa musi jakoś trafić. Do wizyt u tego specjalisty mężczyzna powinien przekonać się już w młodości. Rafał Osiecki twierdzi, że nie ma medycznych wskazań, by nastolatki regularnie chodzili do urologa, tak jak ich rówieśnicy odwiedzają ginekologa, jednak z powodu częstszego występowania raka jądra w populacji młodych mężczyzn mogą okresowo wykonywać samobadanie jąder. Ale o tym, że takim badaniom powinni się poddawać, a także o tym, co ich może czekać w starszym wieku, chłopcy powinni się dowiedzieć w szkole. – *Potrzebna jest solidna edukacja seksualna obejmująca budowę męskiego i żeńskiego układu moczowo-płciowego, a także problemy, które mogą się pojawić w wieku dojrzewania. Jeśli nauczymy młodych ludzi, by bez wstydu rozmawiali o tych zagadnieniach, jest bardziej prawdopodobne, że jako dorośli będą odwiedzać urologa – uważa Osiecki.*

Ważny jest też przykład dawany przez opiekunów. Jeśli się regularnie badają, a młodzi mężczyźni o tym wiedzą, ów przykład zaowocuje w przyszłości.

Ważny jest też przykład dawany przez opiekunów. Jeśli się regularnie badają, a młodzi mężczyźni o tym wiedzą, ów przykład zaowocuje w przyszłości. Wreszcie niebagatelne znaczenie ma praca lekarzy rodzinnych. – *Ich rola w profilaktyce i w szybkim wykrywaniu chorób układu moczowo-płciowego jest nieoceniona. Dzięki odpowiedniej czujności sami mogą wykryć odchylenia i wydać skierowanie do urologa. Warto, żeby wyjaśnili dokładnie, dlaczego owo skierowanie wystawili. Rodzi ono bowiem niepokój, więc utrzymywany w niewiedzy pacjent szuka odpowiedzi na własną rękę, np. w Internecie, zwykle błędząc i wzmagając swoje lęki.*

Tu napotykaemy problem, który jest wypadkową sytuacji w ochronie zdrowia – lekarz rodzinny z reguły nie ma czasu na gruntowne zajęcie się pacjentem. Choć w optymalnych warunkach powinien być jego zdrowotnym opiekunem i prze-



➤ wodnikiem, w rzeczywistości przede wszystkim zajmuje się rozwiązywaniem doraźnych problemów, bo tylko na tyle pozwalają sztywne ramy kilkunastominutowej wizyty, z której znaczną część zabierają czynności biurokratyczne.

## Psychika mężczyzny

Wiedza o zdrowiu i znajomość procedur medycznych, a nawet świadomość konieczności badań profilaktycznych może nie wystarczyć. Nawet jeśli pokonana zostanie bariera wstyd przed lekarzem, pozostaje wstyd wobec siebie i społeczeństwa, związany z rozumieniem roli mężczyzny. – *Zmiana tego podejścia wymagałaby dekonstrukcji i rekonstrukcji ogólnie akceptowanych ról społecznych. W jakim stopniu jest to osiągalne, pozostaje tematem do dyskusji* – zwraca uwagę prof. Paweł Łuków. Jego zdaniem można jednak dokonać zmian w postawie mężczyzn, a niebagatelną w tym procesie rolę odgrywają lekarze.

– *Lekarz to nie jest zawód jak każdy inny, bo dotyka tego, co najważniejsze dla człowieka – życia, śmierci, ale także powodzenia życiowego. Jest to też zawód cieszący się ogromnym prestiżem społecznym, niezależnie od tego, ile słychać narzekania na pracę lekarzy. Wreszcie nie jest to tylko sposób zarabiania na życie. To rola społeczna. Jeśli*

*wszystkie te czynniki weźmiemy pod uwagę, dojdziemy do wniosku, że w kwestii kształtowania ról społecznych lekarz ma sporo do zrobienia – mówi etyk. Jako dowód przedstawia analizę sensu powtarzanej często w rozmowach frazy „Mój lekarz to...”. – Po pierwsze jest lekarzem, a więc ma wiedzę i jest osobą wykształconą, z której opinią trzeba się liczyć. Po drugie jest mój, a to znaczy – podjął wobec mnie zobowiązanie moralne i społeczne, żeby się mną zająć i kontynuować tę relację odpowiednio do moich potrzeb. Zatem uznał, że jestem kimś ważnym, że się liczę, że moje troski, nieszczęścia, a czasem nawet nieuzasadnione obawy są czymś, czym trzeba się zainteresować. Lekarze nie muszą być biernymi obserwatorami trendów społecznych. Oni mogą je kształtować.*

Lekarze mogliby zatem nie tylko podczas przyjmowania pacjentów angażować się w działania dowodzące, że męskość, to także dbałość o zdrowie.

Spółeczeństwo powinno zaś brać przykład z lekarzy w podejściu do chorób. Dla medyków dolegliwości stanowią przedmiot zainteresowania zawodowego, z zasady oderwany od osobistej, emocjonalnej oceny pacjenta. Takie podejście należy promować, by choroba przestała być w oczach ludzi skutkiem grzechu, słabością lub wadą. ■

**#wizytadlaLaury**

Laura jest półtoraroczną córką lekarzy cierpiącą na rdzeniowy zanik mięśni (SMA). Dziewczynka potrzebuje pomocy, a jej rodzice serdecznego gestu wsparcia. Część medyków z naszej izby wyszła z inicjatywą wystawienia na licytację dobroczynną wizyt w swoich gabinetach. Wyszukaj na Instagramie lub Facebooku pod hasłem #wizytadlaLaury propozycje lekarzy i weź udział w licytacji.

W razie potrzeby udzielenia lekarzom pomocy w zakresie rozliczenia usług wystawionych na licytacji bądź w przypadku innych wątpliwości prawnych wynikających z udziału w akcji OIL w Warszawie służy pomocą przedstawiciele działu prawnego oraz w ramach programu „Prawnik dla lekarza”.

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Niełubowicza

Graf. K. Brydło



# #SPRAWDZAM

## 200 proc. za pracę przy zwalczaniu COVID-19?

MAŁGORZATA SOLECKA

**O**sobie skierowanej do pracy na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 2 (czyli decyzji wojewody – przyp. red.), przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 200 proc. przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska. Wynagrodzenie nie może być niższe niż wynagrodzenie lub uposażenie zasadnicze z dodatkami do uposażenia o charakterze stałym, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii”.

Uchwalona pod koniec października ustawa – zwana, nie wiadomo dlaczego, ustawą o dobrym Samarytaninie (nie wiadomo dlaczego, bo klauzula dobrego Samarytanina to tylko jeden z zapisów, wcale nie kluczowy, w dodatku jest tak skonstruowana, że ochrona prawna medyków będzie przypominać bardziej plaster dziurawego szwajcarskiego sera niż solidną tarczę) – podwyższa w założeniach wynagrodzenia pracowników medycznych skierowanych do pracy przy zwalczaniu COVID-19. Cytowany artykuł nie pozostawia żadnych wątpliwości: na wyższe wynagrodzenie mogą liczyć tylko pracownicy skierowani na podstawie decyzji wojewody. I to jeden z powodów, dla których samorząd lekarski ocenia, że ustawa będzie dzielić środowisko (nie tylko lekarskie). Bo jeśli odczytamy ustawę literalnie (czyli tak, jak powinno się czytać akty prawne), stanie się dla nas oczywiste, że osoby zatrudnione w jednostkach wyznaczonych do walki z koronawirusem dodatku nie dostaną.

Ministerstwo Zdrowia przedstawia sprawę inaczej. – *Ustawa zwiększa o 100 proc. wynagrodzenia lekarzy, którzy są delegowani przez wojewodów do pracy. Ale te same rozwiązania, które wcześniej znalazły się w ustawie (była w niej mowa o wypłacie 150 proc. wynagrodzeń), praktycznie od samego początku pandemii zostały zastosowane do wszystkich lekarzy, do personelu medycznego, który włączył się w walkę z COVID-19. Teraz polecenia, które wydawał minister zdrowia, które były realizowane przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zostaną zmienione i lekarze, którzy włączyli się do walki, a także personel medyczny, oczywiście otrzymają te 200 proc.* – zapewniał w Sejmie wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski. Dlaczego jednak



część lekarzy i innych pracowników medycznych ma mieć gwarancje ustawowe, a część musi polegać na poleceniach ministerstwa, realizowanych przez prezesa NFZ, tego wiceminister posłom (a przede wszystkim najbardziej zainteresowanym, czyli pracownikom medycznym) wyjaśnić nie umiał lub nie chciał.

O pieniądzach, zwłaszcza nie własnych, warto mówić precyzyjnie. Rząd jednak najwyraźniej nie wyznaje tej zasady, skoro ogłasza – w mediach społecznościowych Kancelarii Premiera – że medycy dostaną „200 proc. dodatku za walkę z COVID-19”. Dodatku, czyli otrzymają swoje wynagrodzenie i jeszcze jakiś 200-proc. dodatek. Mówi się też o tym, że walczący z epidemią dostaną „200 proc. wynagrodzenia” albo wręcz – „zarobią dwa razy więcej”. A przecież wiadomo, bo mówił o tym całkiem niedawno były marszałek Senatu Stanisław Karczewski, że „lekarze w tej chwili naprawdę nie zarabiają źle”, a gdyby niedomyślni mieli jakieś wątpliwości, padł przykład bliżej nieokreślonego szpitala oferującego anestezjologowi 50 tys. zł miesięcznie na rękę. Dodajmy, że oferta była złożona jeszcze przed uchwaleniem ustawy... Czy teraz szpital, będą się zastanawiać niektórzy (liczni) rodacy, będzie płacić lekarzom 100 tys. zł miesięcznie? I jeszcze nie będzie chętnych do takiej pracy?

Nikt przecież nie czyta ustaw. I nie musi wiedzieć, że 200 proc. odnosi się do „przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji”. A wynagrodzenia zasadnicze lekarzy i innych pracowników medycznych nijak się mają do osiągniętych zarobków (razem z dyżurami). Słabą ochroną przed faktycznym ubytkiem dochodów jest nawet zastrzeżenie, że „wynagrodzenie nie może być niższe niż wynagrodzenie lub uposażenie zasadnicze z dodatkami do uposażenia o charakterze stałym, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii”. Zwłaszcza w przypadku lekarzy pracujących na kontraktach. ■

# #W\_ETERZE

Czas od ukazania się poprzedniego numeru „Pulsu” był dla naszej izby bardzo bogaty w wypowiedzi w mediach. Odnosiliśmy się na bieżąco do sytuacji epidemiologicznej, reagowaliśmy na krzywdzące i nieprawdziwe informacje oraz słowa wypowiedziane przez osoby publiczne. Kierowaliśmy apele i listy, co spotkało się z dużym zainteresowaniem mediów i stanowiło natychmiastową reakcję odzwierciedlającą nastroje w środowisku lekarskim. Mówiono o nas w kontekście konferencji #NIEZAPOMINAJ, wiele redakcji codziennie zwracało się do nas z prośbą o wywiad i komentarz. Rubryka „W eterze” zawiera zaledwie część wypowiedzi przedstawicieli OIL, które pojawiały się w mediach.

## #NIEZAPOMINAJ

Relację z konferencji prasowej #NIEZAPOMINAJ przygotowała TVN24. Stacja prowadziła także transmisję na żywo: „– W zasadzie codziennie widzimy, jak pacjenci odbijają się od systemu ochrony zdrowia, a lekarz został sprowadzony do roli zderzaka, który zamiast leczyć, musi odbijać pacjenta od

systemu – mówił Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Trzy lata po rozpoczęciu protestu głodowego lekarze wzywają polityków do podjęcia tematu zmian w systemie ochrony zdrowia”.



O konferencji informowało i cytowało wypowiedzi m.in. **Radio Eska**: „Gorzkie brawa dla rządzących od stołecznych medyków! Przygotowali niezwykły spot. »Mamy poczucie, że coś zostało zmarnowane. Rządzący zmarnowali szansę na dofinansowanie ochrony zdrowia. Dzisiaj system jest już w takim stanie, że wszystkie karty są już na stole i gołym okiem widać, że system nie działa i wymaga gruntownej zmiany, gruntownej reformy«”.

Temat nie umknął **Polishnews**: „Healthcare during a pandemic. Doctors are calling for changes. – We slept through six months of the pandemic. (...) We learn that the number of DiLO cards (allows the use of the fast oncological path – ed.) Drops by 20–25 percent, that patients die without waiting for admission to a stationary hospice – said Łukasz Jankowski, President of the District Medical Council in Warsaw”.

O OIL w kontekście konferencji mówiono w **doxa.fm**: „Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie w ramach akcji #NIEZAPOMINAJ przygotowała film, w którym lekarze klaszczą, tak jak przed kilkoma miesiącami klaskali im obywatele i politycy. Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Jarosław Biliński powiedział, że medycy chcą w ten sposób prosić i zobligować polityków do realnego zajęcia się ochroną zdrowia oraz zwiększenia nakładów na leczenie do co najmniej 6–8 proc. PKB obecnie i do 9 proc. w ciągu 10 lat”.

Wątek lekarskich braw wybrzmiał w artykule „**Gazety Lekarskiej**”: „Bijmy »brawo« politykom – z takim przesłaniem warszawscy lekarze zorganizowali konferencję prasową.

Konferencja i spot opisane zostały na **Portalu Samorządowym**, gdzie cytowano nasze wypowiedzi: „Jesteśmy tak samo zdezorientowani i jest nam przykro, źle z powodu tego, co dzieje się dzisiaj w systemie ochrony zdrowia. Nie przynosi on zdrowia pacjentom nie tylko z koronawirusem, ale ogólnie pacjentom, którzy dziś do niego trafiają. Dlatego brawa dla polityków to gorzkie brawa, które mają ich zmobilizować, zmotywować, żeby przeprowadzili jednak gruntowną reformę ochrony zdrowia. (...) Zapala się czerwona lampka, jeśli nie dziś, to kiedy?”.

Relacja z konferencji ukazała się również na łamach „**Medycyny Praktycznej**”: „Jarosław Biliński, wiceprezes ORL w Warszawie, zwrócił uwagę, że spadek liczby kart DiLO nie oznacza, że pacjenci mniej chorują na raka, tylko że obawiają się wizyt u lekarza w czasie pandemii: – Ludzie boją się zgłaszać do lekarza, do szpitala, bo boją się, że system jest nieprzygotowany na to, że oni z innymi chorobami, przecież poważnymi, mogą się zakażać koronawirusem”.



## EPIDEMIA

□ O rozwiązaniach i wytycznych stosowanych przez rządzących wypowiedział się prezes ORL w Warszawie m.in. dla **Interii**: „Dlaczego pacjentowi, który ma np. gorączkę i utratę węchu oraz smaku nie można dziś szybko zdalnie zlecić testu bez osobistego badania? (...) My w tej chwili nie ograniczamy epidemii, po prostu niwelujemy jej skutki”.

□ – Trudno skontaktować się z sanepidem. A jeśli wydaje nam się, że mieliśmy styczność z osobą zarażoną koronawirusem i mamy niepokojące objawy, należy konsultować się ze swoim lekarzem rodzinnym – mówił Tomasz Imiela w „Interwencji extra” w **Polsat News**.



□ Do sytuacji pandemicznej w Polsce prezes Jankowski odniósł się w „Faktach po faktach” w **TVN**. – To, co dzisiaj mnie porusza, to fakt, że długofalowej strategii walki z koronawirusem nie ma – mówił. Dodał, że brakuje także możliwości zaspokojenia potrzeb pacjentów, którzy koronawirusa nie mają:

– Wzrastającej liczby zakażeń mogliśmy się spodziewać. Na to powinniśmy być już przygotowani. Kolejne strategie, które rzeczywiście się zmieniają, i to bardzo szybko, nie dają nam poczucia bezpieczeństwa w systemie”.



□ Na antenie **TVN24** głos zabierał Paweł Doczekalski, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy ORL w Warszawie: „– Z każdym pacjentem trzeba porozmawiać indywidualnie, wypytać go o szczegóły – powiedział we »Wstajesz i weekend« dr Paweł Doczekalski. Zwracał uwagę na małą liczebność personelu walczącego z epidemią”.

□ – Zrobienie takiego badania obowiązkowe nie jest. Nie jest to urzędniczy nakaz, tylko kwestia zaufania między lekarzem a pacjentem. Natomiast trzeba pamiętać, że pacjent się zgłasza do lekarza z podejrzeniem jakiejś choroby. Nie ma konsekwencji prawnych niewykonania testu, ale chodzi tutaj o konsekwencje zdrowotne – podkreślał Paweł Doczekalski w rozmowie z **Onet.pl**.

□ – Pandemia się rozkręca. Przespaliśmy wakacje. (...) Nie wypracowano żadnego planu długoterminowego, co się będzie działo, jak będzie 1 tys., 5, 10, 20, 80, 100 tys. zakażeń dziennie. Jakie będą uruchamiane oddziały, gdzie będą łóżka, o których słyszymy? Co będzie się działo ze społeczeństwem? Jak będziemy chronili grupy wrażliwe? Nie powstał żaden plan, który miałby nas wszystkich uspokoić. Widzimy dzisiaj chaotyczne ruchy – zwracał uwagę na antenie **TVN24** wiceprezes ORL Jarosław Biliński.

□ W artykule w „**Rzeczpospolitej**” prezes ORL zaznaczał: „O tym, że ich szpital stał się covidowym, wielu lekarzy dowiaduje się z mediów. Narasta frustracja”.

□ W kolejnym tekście w „**Rzeczpospolitej**”, dotyczącym porodów rodzinnych, ukazał się komentarz Michała Gontkiewicza, przewodniczącego Zespołu ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia OIL w Warszawie: „Obecność osoby bliskiej zdecydowanie zmniejsza stres pacjentki, ale teraz musimy się skoncentrować na matce i dziecku oraz oszczędzaniu personelu, którego brakowało już przed pandemią. Zaraz może się okazać, że część personelu zostanie przekierowana do szpitali covidowych”.

□ W programie „**Onet rano**” gościł prezes ORL, który mówił: – Szkoda, że Ministerstwo Zdrowia nie pokazuje nam scenariuszy, które dzisiaj analizuje, nie informuje opinii publicznej, jakie są dalsze możliwości rozwoju epidemii. Myślę, że gdybyśmy z ust wysoko postawionych przedstawicieli władzy usłyszeli, że sytuacja będzie się rozwijała w coraz gorszym kierunku, nie tylko bylibyśmy bardziej zmotywowani do przestrzegania istniejących obstrzeżeń, ale też moglibyśmy lepiej przygotować się do tego, co nastąpi.

□ Audycja z udziałem przedstawiciela ORL miała miejsce w **Radiu Wnet**. Twierdził m.in.: – Jest problem z koordynacją przepływu chorych z jednego szpitala do drugiego. On powinien być postawiony na pierwszym miejscu. Sumaryczna liczba wolnych łóżek jest mniej ważna niż rzeczywista możliwość znalezienia takiego wolnego łóżka.



□ – „Klauzula Samarytanina”, którą proponuje rząd, to bardzo ważny krok. Mówiliśmy już o tym wcześniej, bo oczywiście potrzebujemy systemowego rozwiązania kwestii odpowiedzialności lekarskiej, mam tu na myśli system no-fault – to z kolei wypowiedź na antenie radia **TOK FM** w kontekście zapowiedzi projektu tzw. ustawy covidowej.



➤ **Dziennik.pl** zacytował treść apelu Prezydium ORL w Warszawie dotyczącego krzywdzących lekarzy przepisów w projekcie ustawy o przeciwdziałaniu epidemii, w wersji, która trafiła do Sejmu: „Środowisko lekarskie z niedowierzaniem i rozgoryczeniem przyjęło treść projektu tzw. ustawy o dobrym Samarytaninie. Wiele zapisów jest nieprecyzyjnych i wręcz sprzecznych z wcześniejszymi zapowiedziami ministra zdrowia oraz niezgodnych z propozycjami i oczekiwaniami samorządu lekarskiego. Projekt w takim kształcie nie zakłada realnych rozwiązań pogłębiających się problemów, lecz jedynie półśrodki. Zostały one odebrane przez środowisko jak system represji, co w kontekście potocznej nazwy projektu jest oksymoronem”.



O projekcie rozmawiano w **TOK FM** w „Magazynie EKG”. Przedstawiciel naszej izby stwierdził: – *Lekarz nie może ratować pacjenta, mając poczucie zagrożenia. Ustawa covidowa i jej przepisy nie zapewniają nam poczucia bezpieczeństwa.*

Nasz komentarz na temat zapisów dotyczących lekarzy z zagranicy ukazał się w „**Gazecie Prawnej**”: „*My mamy przejąć potem odpowiedzialność za wykonywanie zawodu przez osoby, które nie my wpuściliśmy do systemu i nie my weryfikowaliśmy ich umiejętności. To osłabia izby lekarskie i obniża rangę zawodu*”.

W dyskusji o projekcie ustawy, który trafił do Sejmu, w **TVN24**, w programie „Tak jest”, wziął udział lek. Tomasz Imiela z ORL w Warszawie: – *Bardzo nam się nie podoba zmiana przepisów, która ułatwi kierowanie do szpitali osób, które np. wychowują malutkie dzieci. To są naszym zdaniem przepisy niedopuszczalne. (...) My, jako przedstawiciele izby, samorządu zawodowego, od lat zwracamy uwagę, że jest potrzebna reforma. Nawet teraz prowadzimy akcję informacyjną #NIEZAPOMINAJ, w której zachęcamy, żeby naprawdę zacząć się pilnie zastanawiać i wdrażać reformę ochrony zdrowia, zwiększać finansowanie, ale też nastawić się na jakość w ochronie zdrowia, której po prostu nie ma i nikt tego nie wymaga od wielu lat.*

Projektu ustawy oraz działań podejmowanych w obliczu epidemii dotyczył wywiad z prezesem ORL w Warszawie dla „**Medycyny Praktycznej**”: „*Klauzula dobrego Samarytanina to rozwiązanie dyskusyjne, o które w normalnych warunkach*

*środowisko w ogóle by nie występowało. My domagamy się konsekwentnie systemu no-fault, po prostu. Rząd, który przespał przygotowania do jesiennego uderzenia koronawirusa i wie, że za chwilę na oddziały intensywnej terapii do pomocy anestezjologom będą trafiać dermatolodzy i ginekolodzy, proponuje, że jak się będą starać, to nie będą za ewentualne błędy karani. (...) Prawo powinno chronić lekarza, jego poczucie bezpieczeństwa i poczucie bezpieczeństwa jego najbliższych. W tej konstrukcji – nie chroni, zdecydowanie”.*



Odnosiliśmy się również do kwestii związanych z respiratorami. – *Dziś do obsługi respiratorów przygotowani są anestezjologowie. Żeby wykształcić anestezjologa potrzeba sześciu lat specjalizacji. Samodzielne dyżury na oddziałach intensywnej terapii dostaliby ci, którzy na takim oddziale przepracowali przynajmniej pół roku – powiedział prezes ORL w **TVN24**.*

Ale, żeby pomóc – przekonują rezydenci anestezjologii – trzeba wiedzieć nie tylko jak respirator działa i jak za pomocą niego leczyć. Potrzebna jest też wiedza z zakresu chociażby fizjologii oddychania. – *To nie jest coś, czego można nauczyć się w kilka tygodni czy nawet miesięcy – mówił rezydent anestezjologii Michał Matuszewski z Prezydium ORL w Warszawie.*

Rozmawiał na ten temat z **Radiem Zet**: – *To są lata nauki, tym bardziej jeśli chodzi o ciężkie zapalenia płuc, jakie występują w obecnej sytuacji. Dobrze, że ktoś zauważył potrzebę, ale jest zbyt mało czasu, aby móc się tego na poziomie nauczyć.*

– *Czego zabraknie najpierw? Tlenu, respiratorów czy ludzi? Kiedy na początku epidemii ministerstwo liczyło respiratory, od koleżanek i kolegów słyszałem, że liczone są też te, które stoją zakurzone, nie działają i nie są serwisowane, więc nie wiemy tak naprawdę, ile ich mamy – zwracał uwagę w programie „Czarno na białym” w **TVN24** wiceprezes ORL w Warszawie Jarosław Biliński.*

Z kolei na antenie **Radia Zet** wiceprezes odnosił się do planów organizowania szpitali polowych: – *Ten personel, lekarze, pielęgniarki, skądś będzie zabrany. I ktoś straci opiekę. Odbędzie się to oczywiście kosztem cierpiących na inne choroby.*

Rozmowę o tym przeprowadziło też **Radio Eska**: – *Budowa tymczasowych szpitali polowych, takich jak na Stadionie Narodowym, to „gaszenie pożarów”. Rząd to robi z opóźnieniem, już w tej chwili mamy do czynienia z brakiem respiratorów, korkami z karettek do SOR-ów i brakiem lekarzy.*

„*Utworzenie dodatkowych miejsc dla chorych jest konieczne. Nawet przed pandemią koronawirusa borykał się z problemami miejsc dla pacjentów internistycznych, czyli np. z chorobami serca, płuc, z nowotworami. Często musieli leżeć na korytarzach*” – mówił w rozmowie z „**Newsweekiem**” Tomasz Imiela, członek ORL w Warszawie. – *(...) Mam nadzieję, że władza znajdzie jakiś pomysł na zorganizowanie lekarzy, pielęgniarek, personelu pomocniczego w taki sposób, żeby nie ucierpieli inni pacjenci”.*

□ W **Radiu Zet** na pytania o dodatek dla lekarzy walczących z epidemią odpowiadał Michał Matuszewski z Prezydium ORL w Warszawie: – *Od jakiej kwoty ma on być obliczany? W tym momencie stawka lekarza rezydenta to około 20 zł za godzinę pracy. W obecnych warunkach, kiedy cała niewydolność systemu spada na nasze barki, wiemy, że to nie tak powinno wyglądać.*

## TELEMEDYCYNĄ

□ – *Na skutek wybuchu pandemii opieka zdrowotna musiała zostać przeorganizowana. Technologie telemedyczne rozwijały się w Polsce powoli, jednak epidemia zdecydowanie przyspieszyła ten proces. Za zmianami – jak wynika z badań – nie nadążyli niestety ani pacjenci, ani lekarze. (...) W warunkach polskich telewizyta nie jest odpowiednikiem wizyty w gabinecie. Ale już sama rozmowa z lekarzem może pozwolić na nadanie statusu pilności niezbędnej diagnostyce i leczeniu – mówił w „Dzień dobry TVN” prezes ORL w Warszawie.*

□ Rozmowę o wspomnianych kwestiach można przeczytać na portalu **Cowzdrowiu**: „*Używanie tutaj wielkich słów, mówienie o zaawansowanej formie telemedycyny w sytuacji naszego obecnego przygotowania sprzętowego i narzędziowego do teleporady moim zdaniem jest przedwcześnie. Na pewno czekają nas duże zmiany, ale to pieśń przyszłości.*”

## REAKCJE NA NIEPRAWDZIWE I KRZYWDZĄCE INFORMACJE ROZPOWSZECHNIANE PRZEZ POLITYKÓW I MEDIA

□ Do wypowiedzi ministra zdrowia w **RMF FM** odniósł się wiceprezes ORL w Warszawie Jarosław Biliński: – *Już wszystko jest na naszych głowach i w naszych rękach. Dziś na odprawie ustalaliśmy, kto z nas skleci „pleksę” ostatnią, żeby była bariera. Na 40 pacjentów przypada jeden lekarz, który nie wie, w co ręce włożyć, przypadają dwie butle z tlenem i nie wiadomo, kogo podłączyć do tego tlenu. A minister snuje plany przenoszenia personelu, by bardziej zaangażował się w walkę z pandemią. (...) Gdzie my byliśmy*



*przez całą wakacje, dlaczego nie powstał żaden sensowny plan? Po co likwidowano szpitale jednoimiennie, teraz naprędce przywracając je pod inną nazwą, żeby się nie przyznać do błędów. Chaos i gaszenie pożarów.*

□ – *Oczekujemy przeprosin za te słowa, bo podważają i tak już wątłe morale lekarzy – powiedział w „Faktach” TVN Łukasz Jankowski, prezes ORL w Warszawie, odnosząc się do słów wicepremiera Jacka Sasina.*

□ Podczas rozmowy w **TVN24** w „Dniu na żywo” o komentarz do słów wicepremiera poproszono przewodniczącego Komisji Młodych Lekarzy OIL w Warszawie Pawła Docze-

kalskiego: – *Nie miałem ani jednego dnia wolnego od marca, więc tak naprawdę nie wiem, skąd te słowa. Nie znam też osób, które by nie pracowały.*

□ „*Trudno nawet skomentować próby przerzucania odpowiedzialności za niewydolny system na lekarzy. Oczywiście jest, że sytuacja w ochronie zdrowia się pogarsza. Nie poprawią jej absurdalne tezy o braku chęci niesienia pomocy przez lekarzy. Oczekujemy od polityków określenia długofalowej strategii i skutecznego działania, a nie zrzucania odpowiedzialności na medyków, którzy są przecież z pacjentami podczas całej pandemii*” – powiedział „**Rzeczpospolitej**” prezes ORL w Warszawie.

□ „*Rządzący próbują stworzyć wrażenie, że lekarze nie chcą pomagać i pracować przy epidemii. Traktuje się nas jak sprzęt*” – tak w rozmowie z **PAP** prezes skomentował doniesienia, że izby lekarskie nie współpracują z wojewodami w sprawie delegowania pracowników medycznych do walki z epidemią.



□ Tomasz Imiela wypowiedział się w **Onecie** na temat wadliwych skierowań dla lekarzy: „*Docierały do nas sygnały od lekarzy o bezprawnych decyzjach, kiedy skierowania otrzymywały kobiety w ciąży, rodzice małych dzieci, opiekunowie niepełnosprawnych, lekarze przewlekłe choroby, których stan zdrowia pozwala na pracę np. w poradni, ale już niestety nie przy zwalczaniu epidemii. Były też sygnały o wydawaniu skierowań do pracy w miejscu oddalonym o kilkadziesiąt kilometrów z terminem od następnego dnia.*”



Lekarz skomentował sprawę na portalu **Interia**.

□ Skierowań dotyczył też wywiad z prezesem ORL w „**Medycynie Praktycznej**”: „*– Dziwi mnie zaskoczenie rządzących tym, że lekarze nie zgłaszają się do wojewodów, żeby być kierowanymi do pracy przy epidemii. Czy rząd nie wie, jak mało jest w Polsce lekarzy? Którzy lekarze mieliby się zgłaszać? Przecież wszyscy lekarze pracują dziś przy chorych! Mieliby rzucić swoje miejsce pracy, zostawić pacjentów po to, żeby jechać do pracy w innym miejscu? – powiedział portalowi mp.pl Łukasz Jankowski, prezes ORL w Warszawie. – To ze strony rządzących cyniczna gra. Czy naprawdę nie zdają sobie sprawy z trudnej sytuacji kadrowej w ochronie zdrowia? Zupełnym niezrozumieniem sytuacji jest mówienie o lęku lekarzy przed skierowaniami. Lekarze każdego dnia stykają się z chorymi na COVID-19, więc mówienie o lęku przed chorymi czy przed wirusem w stosunku do naszej grupy jest absurdalne.*”

□ Nasza izba skomentowała także słowa senatora Stanisława Karczewskiego dla **Konkret 24**: „*Najpierw próbowano wmówić opinii publicznej, że lekarze nie pracują, a teraz próbuje się skupić uwagę na lekarskich zarobkach. Chyba nikt dziś nie da się przekonać, że to lekarze są winni braku przygotowania systemu do epidemii. Wątek zarobków w takim momencie dziwi, szczególnie że poruszają go politycy, a nie środowisko lekarskie.*” ■

# „Bądź mężczyzną!”

Jedne cechy wrzucane są do worka „kobiecy”, a inne do worka „męski”. Stereotypy pomagają nam porządkować rzeczywistość, w której jesteśmy nieustannie bombardowani niezliczonymi informacjami. Upraszczenie i symbolika wykorzystywane są w przekazach medialnych. Niekiedy bywają one przerysowane lub wręcz banalne, co może wzbudzać sprzeciw. Proste skojarzenia przykuwają uwagę, a niosące ze sobą słuszną ideę powodują, że wiele osób się z nimi identyfikuje. Bo trudno czepiać się wąsów, jeśli są symbolem związanym z męską profilaktyką, nawet gdy nie przepada się za nimi jako elementem wyglądu. W rubryce „Zabiegi wizerunkowe” o tym, co męskie, niemęskie, a przede wszystkim prozdrowotne z **Maciejem Orłosiem** rozmawia Renata Jeziótkowska.



**Mężczyźni często wychodzą z założenia, że nie należy się nad sobą rozczulać, faceci nie płaczą itd. Czy stereotypy mają wpływ na fakt, że część mężczyzn nie dba o siebie, o swoje zdrowie?**

**P**okutują stereotypy w rodzaju: chłopaki nie płaczą, nie okazują emocji, bo męski – znaczy nie-okazujący emocji. Widzimy więc granie twardego i duszenie w sobie emocji. A wiadomo, że kumulowanie ich, niedawanie im upustu niedobrze działa na człowieka. To jednak postawa ugruntowana przez dziesięciolecia, stulecia... Ja zdaję sobie sprawę, że tłumienie emocji jest złe, ale też mam w sobie coś, co mnie powstrzymuje przed ich okazywaniem. Weźmy zwrot wypowiedziany do chłopca: „nie bądź babą”. Czyli baba może mieć emocje, a chłopak nie. Bo gdyby np. musiał pójść na wojnę, nie byłoby tam na nie miejsca.

**Często określamy zachowania w kategoriach męskie – niemęskie. Stereotypy utrwalane są w mediach, przekazach reklamowych. Jest mężczyzna bohater domu i kobieta gotująca obiad.**

No tak, facet to zdobywca, zapewnia byt, a kobieta rodzi i wychowuje dzieci, ogarnia rodzinę w całość. Stosunkowo niedawno, w dwudziestoleciu międzywojennym, bywało tak, że ojciec nie bardzo interesował się dzieckiem, dopóki nie

Fot. archiwum



zaczęło mówić. To znaczy zaczynał się nim interesować dopiero wtedy, gdy można było z dzieckiem pogadać.

**Często mężczyźni są bardziej konkretni, szorstcy w sposobie porozumiewania się, witają się inaczej niż kobiety. Eksperci od komunikowania się podkreślają, że panowie mówiąc, mają inne cele. Naturalne wydaje się więc, że przekaz kierowany do mężczyzn musi być inny niż do kobiet.**

Rzeczywiście tak jest. Mężczyzna wita się krótkim uściskiem dłoni i bez zbędnych czułości. Chociaż można zauważyć, że z biegiem lat coraz częściej mężczyźni, którzy dobrze się znają, lubią, witają się serdecznie, robią „niedźwiedzie”, czyli takie przygarnięcie na chwilę, coś dużo więcej niż uścisk dłoni. Kiedy myślę teraz o swoich relacjach z rodzicami, przypominam sobie, że zawsze mama była osobą, która przygarniała, od której się człowiek spodziewał ciepła i serdeczności, empatii, a z ojcem było bardziej konkretnie – mniej czułości itd. W mojej rodzinie również funkcjonowały stereotypy, tradycyjny podział ról. Pokolenie naszych rodziców ten podział ról pielęgnuje.

**Czy w kampaniach społecznych, mających na celu przekonanie mężczyzn do badań profilaktycznych i ogólnie do dbania o zdrowie, warto wykorzystywać te stereotypy, czy lepiej je łamać?**

Specjaliści od marketingu i reklamy zapewne prowadzą analizy i stosują środki umożliwiające dotarcie i do mężczyzn, i do kobiet. Należy jednak pamiętać, że nie ma jednolitej grupy: mężczyzna. Mężczyźni różnią się wrażliwością, doświadczeniami, wykształceniem, poczuciem estetyki, pochodzą z różnych środowisk, chociaż archetyp mężczyzny twardziela nadal funkcjonuje. I teraz pytanie, na ile współcześni rodzice są gotowi ten stereotyp przełamać. Nie tylko rodzice, bo i nauczyciele, wychowawcy. Jeśli chodzi o badania, niezależnie od płci najważniejsza jest świadomość, że chodzi o zdrowie. Ja od wielu lat robię sobie co roku „prze-

gląd” (dotyczy to także prostaty) i dla mnie to jest coś oczywistego, wręcz obowiązek. Ludziom świadomym jak ważne są badania, dbającym o zdrowie trudno zrozumieć, dlaczego inni się nie badają. Dlatego najważniejsze jest uświadomienie wagi tej kwestii.

**Jak skutecznie przekonywać do profilaktyki? Jak mówić, jakich argumentów używać, żeby odbiorca, pacjent nie bagatelizował jej roli.**

Ludziom świadomym jak ważne są badania, dbającym o zdrowie trudno zrozumieć, dlaczego inni się nie badają.

Myślę, że w takich rozmowach przydają się perswazyjne sposoby, które działają na wyobraźnię. Pamiętam, jak agent ubezpieczeniowy przekonał mnie do wykupienia polisy ubezpieczeniowej przed wyjazdem na narty zagranicę. Po prostu opowiedział historię człowieka, który pojechał bez polisy, zderzył się na stoku, a skutki były, delikatnie mówiąc, takie sobie, bo poniósł duże wydatki. Ta historia podziałała na moją wyobraźnię tak silnie, że od tego czasu zawsze wykupuję polisę dla siebie i dla całej rodziny. Lekarz podobnie może próbować trafić do wyobraźni osoby, która jest stosunkowo młoda, nie ma wyraźnych sygnałów, że jej zdrowie szwankuje, przez jakąś historię, liczby, dane, które coś obrazują. Ale najskuteczniejsza byłaby opowieść o tym, że ktoś zrobił badania i uratował sobie zdrowie, życie. Okazało się, że ocaliły go badania na tak wczesnym etapie. Gdyby ich nie zrobił albo zrobił pół roku później, na wyleczenie już by nie było szans. Taka historia ułatwia dotarcie do człowieka, zwłaszcza takiego, który jest na tyle młody i zdrowy, że nie myśli o chorobach. Bo młodzi nie myślą ani o emeryturze, ani o zdrowiu.

**Wiele wynosi się z domu. Rodzice mogą w dużym stopniu kształtować postawy prozdrowotne swoich dzieci.**

Mogą i powinni. Dla mnie to oczywiste – w mojej rodzinie ciągle mówi się

o zdrowiu. Mamy zaufanego lekarza rodzinnego, robimy badania.

**Często w akcjach, kampaniach profilaktycznych wykorzystuje się charakterystyczne symbole, atrybuty męskości, kobiecości, np. wąsy czy buty szpilki.**

Niezależnie od postury, koloru skóry, orientacji seksualnej mężczyzna z tymi wąsami może się utożsamiać. Może się pod nimi „podpisać”, nawet gdy ich nie nosi. Nie wszystkie kobiety chodzą w szpilkach, ale często postrzegają je jak atrybut kobiecości. Jeśli tego rodzaju symbole są skuteczne w kampaniach profilaktycznych, czemu mielibyśmy się nimi nie posługiwać.

**Profilaktyka raka piersi, szyjki macicy, prostaty nadal dla wielu stanowi tabu...**

Trzeba o tym mówić, pisać, nagłaśniać. Kampanie społeczne robią swoje i sączą tę wiedzę strumyczkiem, który się poszerza, i w ten sposób edukują. Bo jak inaczej? Najlepiej edukować w mediach tradycyjnych i społecznościowych, by tematy tabu przestały być tematami tabu. Przykładowo dzięki programom telewizyjnym o zdrowiu wiedza może być przekazywana widzowi z każdego zakątka Polski. Siła mediów jest ogromna.

**W kampaniach społecznych prowadzonych w mediach dość często występują autorytety, osoby publiczne, znane twarze, artyści, aktorzy. Oni mówią np.: – Tak, ja też się badam. Czy przekaz z udziałem VIP-a jest skuteczniejszy?**

Pytanie tylko, jaka jest wiarygodność takiej osoby. Na ile odbiorca wierzy w prawdziwość słów, a na ile uznaje, że to takie „pitu pitu” – zapłacili, to powiedziało. A czy naprawdę zrobił te badania? Przecież tego nie sprawdzimy... Jestem ciekaw efektu występu w kampanii promującej profilaktykę raka prostaty np. gwiazdy disco polo. Czy dla słuchających tej muzyki byłoby to wielkie „wow”? Bo z pewnością byłoby to dość zaskakujące. ■



Fot. P. Bieżański

# Nie poddajemy się!

## DARIUSZ PALUSZEK

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentyków



Od początku października gwałtownie rośnie liczba zakażonych koronawirusem. Statystyka zmienia się z dnia na dzień. Nie wiemy, co będzie dalej, ale sytuacja w ochronie zdrowia jest coraz trudniejsza. Epidemia obnażyła wszelkie błędy organizacyjne i zarządcze systemu. Gdy wszystkie siły kierowane są na linię frontu walki z COVID-19, przede wszystkim do szpitali, widać najlepiej, jak wiele obszarów w ochronie zdrowia było i jest zaniedbanych. My, lekarze dentyści, w systemie zostaliśmy na szarym końcu. Wiadomo, że dentysta nie stanie przy respiratorze, a jako grupa zawodowa pracująca w innych realiach niż szpitalnicy nie pozostajemy w sferze zainteresowania Ministerstwa Zdrowia.

**J**esteśmy lekarzami zabiegowymi, nie możemy leczyć w ramach teleporady. Oczywiście, w pojedynczych przypadkach porada udzielona zdalnie przez lekarza dentyście może np. złagodzić ból, ale są to działania doraźne. Pracujemy przy fotelu dentyście, w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i chcemy, aby nasze gabinety były otwarte. Powolny spadek liczby zakażeń w okresie wakacji spowodował, że gabinety dentyście zaczęły przyjmować pacjentów i odrobić opóźnienia wynikające z przestoju w pierwszych miesiącach epidemii.

W tej chwili znowu zadajemy sobie pytanie, jak dalej pracować? Dzisiaj, w połowie października, w czasie wzbierającej fali pandemii, znów zostaliśmy bez wytycznych postępowania. Obowiązują nas rzecz jasna zalecenia, które zostały ogłoszone w połowie roku, ale czy są wystarczające? Przede wszystkim musimy maksymalnie ograniczać ryzyko zakażenia, aby nie narażać personelu, pacjentów. Musimy zwrócić uwagę na utrzymanie podwyższonego rygoru sanitarnego, a także starać się wykonywać tylko zabiegi niezbędne. Samorząd lekarski robi wszystko, co w jego mocy, aby wymóc na ustawodawcy pomoc dla lekarzy dentyków. Udało się nam uzyskać obietnicę od Ministerstwa Zdrowia dostarczenia

szczepionek przeciw grypie także dla lekarzy dentyków. Wciąż czekamy na dostawę, ale mam nadzieję, że gdy ten tekst zostanie opublikowany, szczepionki już będą w izbie. W tym trudnym okresie musimy zadbać o bezpieczeństwo zdrowotne. Szczepiąc się przeciwko grypie, chronimy siebie i pacjentów.

Problemy funkcjonowania naszych gabinetów nie wynikają wyłącznie z trwającej epidemii, choć wiele z tego powodu przybrało na sile. Epidemia ograniczyła możliwości doskonalenia zawodowego, zwiększyła zagrożenie likwidacją wielu praktyk. Rośnie liczba gabinetów przejmowanych przez medyczne firmy sieciowe. Powodem są piętrzące się przed nami zadania administracyjne i warunki, których małe praktyki nie mogą spełnić. O narastających utrudnieniach w prowadzeniu praktyki stomatologicznej pisałem na łamach „Pulsu” wielokrotnie.

Jednym z przykładów takich utrudnień jest przygotowany w ostatnim czasie projekt rozporządzenia dotyczącego stosowania techniki radiologicznej w gabinecie stomatologicznym. Zgodnie z owym projektem, lekarz dentyście mógłby zrobić zdjęcia RTG tylko wewnątrzustne. W celu wykonywania w gabinecie zdjęć pantomograficznych lub CBCT musiałby zatrudnić technika radiologii lub lekarza specjalistę rentgenodiagnostyki, ewentualnie sam przejść kurs radiologii. To absurd! Przecież nigdy nie wiemy, kiedy pojawi się pacjent, któremu takie zdjęcie będzie potrzebne. Czy wykonamy jedno czy dwa dniennie? A może żadnego?

Uniemożliwienie wykonania przez lekarza dentyście w dowolnym czasie zdjęcia RTG utrudnia prawidłową diagnostykę

i leczenie. Obowiązek zatrudnienia dodatkowego personelu jest działaniem blokującym prowadzenie praktyki stomatologicznej na europejskim poziomie. Zdjęcia pantomograficzne i CBCT w leczeniu ortodontycznym i chirurgicznym uważa się dziś za niezbędne. Nowoczesna aparatura rentgenowska upraszcza technikę pozycjonowania, a dawki promieniowania używane w czasie projekcji w wyniku stosowania czujnika komputerowego (nie kliszy) są wielokrotnie mniejsze i bezpieczniejsze dla pacjenta.

Lekarz dentysta oczekuje rozwiązań ułatwiających prowadzenie praktyki, nie zaś kolejnych utrudnień i niezrozumiałych obostrzeń. Przecież dotąd zdjęcia pantomograficzne robione były w bezpiecznych warunkach, dostosowanych do aktualnych przepisów prawa atomowego. Wszystko dobrze działało, dlatego nieoczekiwane pomysły zmian i projekt rozporządzenia uważamy za niezasadne. Rozmawialiśmy o tym z wiceprezesem NRL Andrzejem Cislą i głównym inspektorem sanitarnym. Nasze stanowisko zostało również przedstawione ministrowi zdrowia. Mamy nadzieję, że postulaty, które podczas rozmowy z GIS spotkały się ze zrozumieniem, zostaną uznane i treść rozporządzenia przed wejściem w życie ulegnie zmianie.

Wciąż istnieje problem polegający na tym, że urzędnicy wprowadzają pewne regulacje, nie biorąc pod uwagę głosu samorządu lekarskiego. Opierają się natomiast na opiniach poszczególnych grup zawodowych, przedstawicieli określonych specjalności i nie zauważają, że ich decyzja oczekiwana przez jedną stronę nie zawsze jest korzystna dla innych. Z pewnością dla dobra systemu ochrony zdrowia potrzebne jest całościowe spojrzenie na stomatologię i głos doradcy samorządu lekarskiego dotyczący projektów z naszej dziedziny.

Przykład z radiologią unaocznia jeszcze jeden problem. Lekarz dentysta nie może zrobić specjalizacji z radiologii, gdyż



Fot. licencja Artmedia Partners

musiałby ukończyć studia na kierunku lekarskim, a nie lekarsko-stomatologicznym. Staramy się z Polskim Towarzystwem Radiologicznym wypracować ścieżkę postępowania umożliwiającą zdobycie świadectwa umiejętności z radiologii przez lekarza dentystę.

Okres jesienno-zimowy, czyli sezon przeziębień i grypy, wraz z epidemią koronawirusa i wszelkimi jej konsekwencjami dla naszego systemu ochrony zdrowia powodują, że wchodzimy w trudny czas. Ale jak zwykle, mimo przeciwności losu, wysokie kwalifikacje zawodowe i umiejętności organizacyjne oraz samodyscyplina lekarzy dentystów pozwolą na utrzymanie się na rynku i leczenie pacjentów. Nie raz stawialiśmy czoła trudnościom. I tym razem nie poddajemy się!

Trzeba też powiedzieć, że od początku pandemii odnotowaliśmy w Polsce tylko 113 przypadków zakażenia koronawirusem wśród lekarzy dentystów. Oby się ta liczba nie zwiększała. Zachowujemy ścisły reżim sanitarny, więc – choć pracujemy w niewielkiej odległości od twarzy pacjenta – w naszych gabinetach jest bezpiecznie dla obu stron. ■

## Zapraszamy na szkolenie

Rozpoczyna się cykl szkoleń hybrydowych przygotowanych przez Warszawski Oddział Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Komisję ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie.

Najbliższa sesja naukowo-szkoleniowa odbędzie się 21 listopada 2020 r. Wykłady poprowadzą prof. Agnieszka Mielczarek, lek. dent. Milena Marcinkowska-Ziemak i dr n. med. Marcin Aluchna.

Za udział przyznawane będą punkty edukacyjne. Liczba miejsc ograniczona.

Zapisy przez stronę internetową ■



Komisja ds. Lekarzy Dentystów





Fot. K. Bortyzel

# Lampki kontrolne

**MAGDALENA  
FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**

Gdy coś szwankuje w silniku, na desce rozdzielczej samochodu zapala się żółta, a czasem od razu czerwona lampka. Znam kierowców, którzy ją zignorują i pomkną dalej po autostradzie. Pół biedy, jeśli po prostu gdzieś staną na amen, jeśli będą mieć mniej szczęścia – skończą w roztrzaskanym wraku.

**Alicja**

**O**d trzech miesięcy jest rezydentką medycyny rodzinnej. Sumienna, dokładna, zaangażowana w pracę. Boi się, by jej brak doświadczenia nie zaszkodził pacjentom, dlatego po pracy analizuje wizyty, zastanawia się, czy zrobiła wszystko jak należy, czy jej decyzje były dobre. Rozmyślania, wątpliwości i obawy napływają falami, szczególnie wieczorem. Kiedy w końcu uda jej się usnąć, śni jej się pogrzeb. Żałobnicy wytykają ją palcami i szepczą: „To jej wina!”. Zaczyna uciekać, a kondukt rusza w pogoń. Budzi się zadyszana, z tachykardią. Uff! To tylko sen. Jest 4.30, ale już nie może usnąć. Tego dnia jedzie do pracy godzinę wcześniej. W przychodni przegląda karty wczorajszych pacjentów. Nie zawadzi przecież sprawdzić, czy czegoś nie przeoczyła.

**Paweł**

Lubi, gdy wokół niego dużo się dzieje, dlatego nie wyobraża sobie pracy w poradni. Nie znosi rutyny, więc od lat pracuje tam, gdzie najgoręcej: na SOR i w pogotowiu. „Obstawia” kilka szpitali i stacji, krążąc autem po całym województwie: dzień, noc, potem kolejna doba. Dzieje się, jest fajnie. Gdy ma wolny wieczór, z przyjemnością obejrzy dobry film, ze szklaneczką whisky w ręku. Chwila relaksu jest potrzebna. Ba, niezbędna. Jego organizm zapomniał, co to rytm dobowy.

**Anna**

Ma 58 lat, jest zastępcą ordynatora w szpitalu powiatowym. Spokojnie się tu żyje, ludzie się znają, lekarzy się jeszcze trochę szanuje. Pracę kiedyś nawet lubiła, ale po tylu latach chyba każdy miałby dość. Dzieci poszły na studia do Warszawy i tam zostały, wiadomo, lepsze perspektywy, nie ma się co dziwić. Mąż teraz pracuje, ale szczęścia do pracodawców nie ma, ciągle jakieś kłopoty. Żona też mu się nie udała – tak

mówi – roztyła się, dużo pracuje, dom zaniedbany, obiady jakieś marne. Złości się na nią, że inne kobiety pracują i jakoś dbają o męża, dom. Po prawdzie to mąż ma rację, jest ciągle zmęczona, nie może się zabrać do niczego, wygląda źle. Wieczorami zasypia szybko. W środku nocy budzi się i leży, przyniesiona ciężkimi myślami, zwykle aż do rana, gdy trzeba wstać i zacząć kolejny nijaki dzień. Bez sensu takie życie – myśli pewnego dnia.

**Jarek**

Przez kilka ostatnich lat nic się nie działo w jego życiu. Było nudno. Kolega psychiatra rzucił kiedyś: „weź sobie jakiś SSRI, lepiej ci się zrobi”. Wziął. I proszę – ile się zmieniło! Wniosek o grant napisał w tydzień, przekonał nawet do swojego pomysłu sceptycznego zazwyczaj profesora, zaczął ćwiczyć, spotykać się z koleżankami, kupił sobie wreszcie jakieś porządne ciuchy. Dostał grant, to wprowadziło go na nową orbitę kreatywności. Sypiał po trzy godziny na dobę, bo szkoda mu było cennego czasu, pomysły sypały się jak z rękawa, coraz śmielsze, wiedział już, że będzie tym, kto zrewolucjonizuje leczenie nowotworów i zapisze się na stałe w historii medycyny. Od trzech nocy nie spał i nie jadł, pracował non stop, jak w amoku. Próbował się zdrzemnąć, ale do działania podrywały go ciągle nowe pomysły, nie mógł wyleżeć pięciu minut. Z niewyspania bolały go oczy, myśli zaczęły się płatać. Trzeba chwilę odsapnąć, powiedział sobie i zadzwonił do kolegi psychiatry. – *Stary, dużo pracuję, ale wiesz, tyle jest do zrobienia. Słyszałeś o moim grantcie, tym na badania? To zupełnie nowy trop, nikt nie wpadł na pomysł, by podejść do sprawy od tej strony! Profesor dziwnie na mnie patrzy, chyba czuje, że mu zagrażam – wykrzykiwał podekscytowany do słuchawki. – Tylko spać nie mogę ostatnio trochę, co mam sobie przepisać? W słuchawce zaległa cisza, a po chwili kolega odezwał się zaspianym głosem: – Jarek, jest w pół do czwartej w nocy...*

**Epilog**

Moich bohaterów stworzyłam na potrzeby tego tekstu, ale wszystkie historie są wzorowane na prawdziwych, zaczerpniętych od pacjentów-lekarzy. Wszyscy czworo potrzebowali „tylko czegoś na sen”. Każde z nich miało problemy ze snem, ale żadnemu lek nasenny by nie pomógł, a mogłyby pogorszyć sytuację. Skomplikowana maszyna mózgu, gdy zachwieje się jej równowaga, nie daje się naprawić cudowną pigułką. Szczególnie, jeśli wcześniej przez lata eksploatowało się ją do granic możliwości, ignorując zapalające się raz po raz lampki kontrolne i unikając wszelkiej konserwacji.

Problemy ze snem to lampki kontrolne na naszej tablicy rozdzielczej. Nie przywykliśmy do tego, by zajmować się sobą. Ale może czas to zmienić? I zamiast podpytywać kolegę, co na ten sen, bezpieczniej dla nas i dla innych powierzyć naszą cenną maszynę fachowcom w autoryzowanym serwisie... dla mózgu? ■

We wszelkich sprawach dotyczących lekarskiego zdrowia psychicznego można pisać pod adresem: [pelnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl](mailto:pelnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl).



# W zdrowym ciele zdrowy duch

**ARTUR DROBNIAK**, zastępca sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, członek Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Walka z COVID-19, inaczej określanym koronawirusem, „koroną”, chińską zarazą itd., przepełnia nasze lekarskie i rodzinne życie. Tymczasem wraz z rozwojem pandemii kiełkuje i rozrasta się nowotwór „koronasceptycyzmu” i „Big Pharma spisku”, celujący ostrzem przede wszystkim w medyków. Na wieść o tym, że w naszym społeczeństwie jest największy w Europie odsetek „koronasceptyków”, można się tylko złapać za głowę. Dlaczego znowu Polska?! Na pewno też część z nas zadaje sobie pytanie: dlaczego edukacja medyczna, sanitarna i zwyczajne dbanie o higienę jest materią tak bardzo nieprzystawalną dla Polaków?

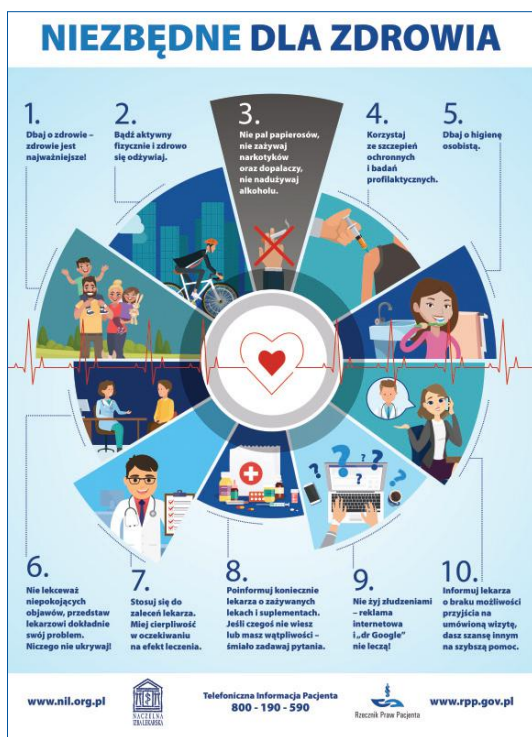
**W** tym niedouczeniu społecznym najbardziej boli fakt, że większość lekarzy wie, jak niewiele trzeba uczynić, by przekształcić nas w społeczeństwo kompetentne w zakresie podstawowych czynności medycznych i higienicznych. Tylko albo decydenci nie mają na to czasu (patrz: walka z koronawirusem), albo zwyczajnie nie widzą w tym wyraźnego politycznego celu.

W cieniu pandemii przeszedł niemal bez echa ciekawy projekt Naczelnej Izby Lekarskiej i rzecznika praw pacjenta „Niezbędne dla zdrowia”. To dekalog najważniejszych zasad dbania o zdrowie własne i najbliższych. Prosty, klarowny, opatrzony czytelnymi grafikami przekaz, który każdy Polak powinien znać i wziąć sobie do serca. Przyznaję, że mi się podoba, choć po przeczytaniu owych 10 punktów ogarnęło mnie lekkie przygnębienie, że tak oczywiste oczywistości trzeba w ogóle ludziom przypominać i zachęcać do stosowania się do tak podstawowych wskazówek.

Rzecznik praw pacjenta obiecuje pełne zaangażowanie we wprowadzanie do szkoły przedmiotu wiedza o zdrowiu. W związku z całkowitym społecznym dyletanctwem w zakresie zdrowia uważam ten pomysł za najważniejszy dla poprawy zdrowotności polskiej populacji, rozwoju zdrowia publicznego w Polsce, rozsądnego i racjonalnego korzystania z ochrony zdrowia oraz usług medycznych.

Jako osoby odpowiedzialne za dbanie o zdrowie pacjentów możemy podpisać się oboma rękami pod tą inicjatywą i wspierać ją, bo profilaktyka i zachowania prozdrowotne to ponad połowa sukcesu w naszej pracy. Jak zwykle jednak pojawia się obawa, że skończy się na dobrych intencjach i głośnych hasłach. Istnieje też ryzyko, że przesuwanie środków budżetowych na cele profilaktyki zdrowotnej odbędzie się jedynie kosztem leczenia i diagnostyki.

Gdyby jednak udało się wprowadzić do szkół przedmiot wiedza o zdrowiu, gdyby kolejne pokolenie Polaków zaczęło się stosować choćby do wymienionych w projekcie „Niezbędne dla zdrowia” 10 prostych reguł, może jeszcze udałoby się nam żyć w zdrowym, ekologicznym, wyedukowanym i tolerancyjnym społeczeństwie, dla którego zdrowie JEST NAJWAŻNIEJSZE. ■





# Mówmy więcej o szczepieniach

**Świat czeka na szczepionkę przeciwko COVID-19. W Polsce wzrosło zainteresowanie szczepieniami przeciw grypie. Czy pandemia przypomniała społeczeństwu o znaczeniu szczepień?**

**N** razie trudno to jednoznacznie stwierdzić. Zobaczmy, jak zainteresowanie szczepieniami przełoży się na liczby. Przede wszystkim trzeba zwrócić uwagę na skalę zjawiska. Ludzie dopytują się o szczepionkę, ale przypomnijmy, że do tej pory przeciwko grypie szczepiło się w Polsce niecałe 4 proc. populacji. Oczywiście, słyszymy deklaracje, że wszyscy wokół chcą się zaszczepić, i to jest bardzo pozytywne. Może osiągniemy 20 proc. zaszczepionych w populacji, ale są kraje, gdzie przeciw grypie szczepi się ponad 50 proc. ludności, np. Holandia, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone. Wciąż jesteśmy daleko za nimi. Dlatego ciekaw jestem, jak wypadniemy na koniec sezonu szczepień. W marcu i kwietniu będziemy to mogli sprawdzić.

O szczepieniach mówi się też w kontekście COVID-19, ale nie wszyscy są gotowi do zastosowania tej szczepionki, gdy już powstanie. W Polsce tylko około jednej trzeciej społeczeństwa chce się zaszczepić przeciwko wirusowi SARS-CoV-2. Jedna trzecia się waha, a pozostali mówią: nie!

To ciekawe, bo akceptacja szczepień, które przyjmujemy w dzieciństwie, jest u nas wysoka, sięga 80 proc. Tyle właśnie wynosi średnia światowa. Są kraje, gdzie poparcie szczepień jest dużo niższe, np. we Francji wynosi 50 proc., w Rosji – 45 proc., w Rumunii i w Niemczech – 65 proc. Natomiast wobec szczepionki przeciwko COVID-19 społeczeństwa Europy Środkowo-Wschodniej, które nie doświadczyły tak mocno pandemii jak inne kraje europejskie, są mocno sceptyczne.

**Wspomniał pan o szczepieniach, które przyjmujemy już jako dzieci. Czy kalendarz szczepień obowiązkowych wymaga uzupełnień, aktualizacji?**

Nie ma wątpliwości. Wytwarzamy coraz nowsze szczepionki przeciwko różnym groźnym drobnoustrojom, bo np. meningokoki zabijają. 20 lat temu marzyliśmy, aby mieć szczepionkę przeciw nim. Dzisiaj jest osiągalna, można ją kupić. Nie rozumiem rodziców, opiekunów dzieci, którzy mówią: – *Ile jest w Polsce rocznie przypadków zakażenia meningokokami? Tylko 300? O nie,*

*Wiedza społeczeństwa o istnieniu chorób śmiertelnych, przeciwko którym opracowano szczepionki, jest wciąż stosunkowo niska.*

Na temat szczepień, ich akceptacji i potrzebie działań edukacyjnych mówi dr hab. n. med. **Wojciech Feleszko**, pediatra i immunolog z Kliniki Pneumonologii, Alergologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w rozmowie z Anettą Chęcińską.

Fot. archiwum



to my nie skorzystamy, dziękujemy. Wiedza społeczeństwa o istnieniu chorób śmiertelnych, przeciwko którym opracowano szczepionki, jest wciąż stosunkowo niska. Dlatego kalendarz szczepień trzeba uzupełniać. Kolejny przykład to szczepionka przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, czyli krótko mówiąc, chroniąca przed nowotworem m.in. szyjki macicy. Wszyscy zdają sobie sprawę, że rak jest śmiertelną chorobą, ale jak przychodzi do zaszczepienia się, chętnych zbyt wielu nie ma. Szczepionka przeciwko HPV rekomendowana jest nastolatkom, którzy nie rozpoczęli aktywności seksualnej. Nie tylko dziewczynkom. Amerykańska Akademia Pediatrii kilka lat temu zaleciła szczepienie również chłopców. Mężczyźni dość rzadko chorują na raka prącia, mogą być jednak transmiterami choroby.

### Rodzice pytają o to szczepienie?

Przed wszystkim dorośli najczęściej kojarzą szczepienia dzieci z ich wczesnym dzieciństwem, okresem dwóch – pięciu pierwszych lat życia. W pierwszym roku, gdy dziecko intensywnie się rozwija, wszyscy pamiętają o terminach szczepień, później jest gorzej. Słyszałem od kolegów pediatrów i ginekologów, że próby przekonania rodziców do podania szczepionki przeciwko HPV dzieciom (młodszej młodzieży, jak już wspominałem – przed podjęciem aktywności seksualnej) dość często spotykają się z komentarzem: – *Co pan doktor sugeruje?* Zapewne ma tu znaczenie kwestia światopoglądowa, w opinii Kościoła to szczepienie wiąże się z szerzeniem promiskuityzmu. Dlatego potrzebna jest kampania informacyjna, że takie szczepienie jest oferowane, bo chroni przed groźnymi chorobami.

### Akcje edukacyjne są niewystarczające? Nie dość skutecznie przekonują nieprzekonanych, niedoinformowanych? Kto powinien takie działania prowadzić?

Oczywiście m.in. Ministerstwo Zdrowia, ale ono ma mnóstwo innych ważnych spraw. Są też fundacje, tzw. trzeci sektor, ich działania bywają niezwykle skuteczne. Ale na pewno akcji na rzecz uświadomienia społeczeństwu wagi szczepień jest zbyt mało. Powinniśmy mówić więcej na ten temat. W minionym roku został ogłoszony projekt grantowy „Odмова szczepień jako wyzwanie dla polityki zdrowotnej państwa, zaufania społecznego, zdrowia publicznego oraz polityki rodzinnej i społecznej” w ramach programu GOSPOSTRATEG. To przykład inicjatywy, która mogłaby troszkę zmienić podejście do szczepień. Mam wrażenie, że w tym zakresie państwo jest w defensywie.

### Przeciwników szczepień procentowo jest niewielu, a jednak są słyszalni.

I mają swoich widocznych reprezentantów, chociażby w Sejmie. Grupy antyszczepionkowców są aktywne, a państwo nie

umie skutecznie na te działania reagować. Rzeczywiście trudno coś zrobić, skoro gdy sanepid nałoży karę na jedną czy drugą osobę, zaraz rozpoczyna się w mediach dyskusja, że kogoś ukarano, choć nie mógł się zaszczepić z powodów zdrowotnych. W związku z pandemią COVID-19 powinny być opracowane przepisy określające grupy, które muszą się zaszczepić, gdy szczepionka będzie dostępna. Na pewno też nie powinno być tolerowane głoszenie, że szczepionki nam zaszkodzą.

### Czy osoby sceptyczne wobec szczepień rezygnują ze wszystkich szczepionek, czy tylko z wybranych?

Szczepienia na błonicę, tężec i krztusiec nie wzbudzają emocji. Nawet ci, którzy mają wątpliwości i się wahają, z tymi szczepieniami nie mają problemu. Szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B jest obowiązkowe i wszyscy to akceptują. Wątpliwości wielu osób budzi szczepienie dziecka przeciwko gruźlicy w 24 pierwszych godzinach życia. Pojawiają się głosy, czy nadal należy je wykonywać, gdyż w Polsce wskaźniki zachorowań na gruźlicę się obniżają. Najwięcej wątpliwości budzi szczepionka przeciwko odrze, śwince

i różyczce, o której antyszczepionkowcy (nie bacząc na doniesienia naukowe i fakty!) mówią, że wywołuje autyzm. W efekcie tą szczepionką szczepi się niewiele dzieci. Nie potrafię podać konkretnych liczb, ale na ogół, gdy rodzice wahają się, czy szczepić dzieci, ich wątpliwości rodzą się w przypadku tego szczepienia. To najsłabsze ogniwo i obecnie, gdy z powodu pandemii koronawirusa utrudnione jest przeprowadzanie szczepień, możemy spodziewać się nowej epidemii odry.

### Przeciwko jakim chorobom powinni szczepić się dorośli?

Dorośłym rekomendujemy szczepionkę przeciwko grypie. Co 10 lat powinniśmy doszczepić się przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi, bo odporność na nie po pewnym czasie zanika. Szczepimy się również przed wyjazdem w rejon, w których to jest wymagane, np. w tropiki.

### Jak chętnie szczepią się lekarze?

Na naszej uczelni zrealizowaliśmy projekt badawczy – sprawdziliśmy, ilu lekarzy chce się zaszczepić przeciwko grypie i czy szczepili się w ubiegłych sezonach. Ku mojemu zdziwieniu odsetek nie był wyższy niż odsetek deklarujących gotowość zaszczepienia się w całym społeczeństwie. 10–15 proc. lekarzy i pielęgniarek twierdzi, że zaszczepi się przeciwko grypie. W przypadku COVID-19 dane są znacznie lepsze: 69 proc. planuje się zaszczepić, a 20 proc. ankietowanych nie jest pewnych. Ale na razie tej szczepionki nie mamy... ■

” W związku z pandemią COVID-19 powinny być opracowane przepisy określające grupy, które muszą się zaszczepić, gdy szczepionka będzie dostępna. ”

# Teleporada, a nie telefon do przyjaciela

MICHAŁ NIEPYTALSKI

Środowisko lekarskie zmagają się z oburzeniem pacjentów, którzy kilka miesięcy temu nagle niemal z dnia na dzień przeżyli zderzenie z teleporadami. Chorzy z utęsknieniem czekają na powrót do normalności, nieraz niesprawiedliwie zarzucając lekarzom, że z nowej formy obsługi pacjenta korzystają z lenistwa albo co gorsza z tchórzostwa, a nie z konieczności. Nie rozumieją jednak, że do modelu sprzed pandemii nie ma już powrotu. Choć oczywiście teleporady nie powinny wyglądać tak, jak często wyglądają obecnie.

**Na** początku pandemii sprowadzenie obsługi pacjenta do teleporad mogło wręcz budzić entuzjazm. Dla przeciążonego systemu ochrony zdrowia z deficytem lekarzy, którzy są ponad miarę obłożeni pracą, był to prawdziwy drugi oddech.

Szybko jednak pacjenci zaczęli krytykować masowo udzielane teleporady. Przyzwyczajeni byli do rozmowy z lekarzem twarzą w twarz i dlatego nie odpowiadała im nowa forma kontaktu. Poza tym rzeczywiście teleporada ma wiele niedostatków. – *W polskich warunkach określenie, które się przyjęło – teleporada, oznacza tak naprawdę rozmowę telefoniczną z lekarzem – mówił niedawno w rozmowie z portalem Cowzdrowiu.pl prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski. Warto zwrócić uwagę, co kryje się pod tym określeniem w krajach Europy Zachodniej. Tam także epidemia spowodowała przyspieszenie rozwoju i zastosowania teledycyny, ale startowano z zupełnie innego poziomu. Podczas gdy my ledwie zdążyliśmy wprowadzić e-recepty i elektroniczne zwolnienia lekarskie (strach pomyśleć, jak wyglądałaby ochrona zdrowia czasów pandemii bez tego!), Zachód szedł już innymi ścieżkami, które można podzielić na dwie kategorie.*

## Gadżety i algorytmy

Szymon Piątkowski, założyciel polskiej firmy oferującej oprogramowanie dla placówek ochrony zdrowia, wyjaśnia, że teledycyna to z jednej strony aparatura pomiarowa oraz diagnostyczna i zdalnie prowadzone gabinety, z drugiej zaś oprogramowanie wspierające pracę lekarza.

„Zdalny gabinet” jest rozwiązaniem, które w warunkach epidemii pozwala minimalizować ryzyko zakażenia personelu medycznego lub ograniczyć liczbę pracowników medycznych mających kontakt z chorym. W Wielkiej Brytanii taki gabinet, a nawet salę szpitalną, można założyć w domu pacjenta. Trzeba tylko ów gabinet wyposażać np. w sprzęt do pomiaru saturacji, który pozwala odczytywać wyniki na odległość i w czasie rzeczywistym.

Gdy nie trzeba się martwić epidemią, „zdalny gabinet” jest świetnym sposobem na rozwiązanie problemu utrudnionego korzystania z usług medycznych na wsiach i w małych miejscowościach. Mowa tu o gabinecie z zaawansowanym sprzętem medycznym, do którego podpinają pacjenta pielęgniarka, ale wyniki może poznać (zdalnie) tylko lekarz, który na tej podstawie udziela kompleksowej porady.

Wśród urządzeń diagnostycznych i pomiarowych, które polskim lekarzom znacznie ułatwiłyby realizację teleporady, a pacjentom dały poczucie właściwej opieki, są holtery przesyłające wskazania lekarzowi na bieżąco oraz elektroniczne stetoskopy, które przystawia do swego ciała pacjent, a one przesyłają dźwięk do urządzenia odbiorczego lekarza. To sprzęt oferowany na polskim rynku, dostarczany przez polskie firmy.

Druga sprawa to oprogramowanie pomagające w podejmowaniu decyzji. Przykładowo takie, które na podstawie elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta przedstawia automatyczną analizę wyników badań laboratoryjnych obejmującą: opis nieprawidłowości, możliwe choroby oraz rekomendację dalszego postępowania.





W telemedycynie przydatne są także programy umożliwiające komunikację – teleporady i telekonsylia, tak jak wcześniej telekonferencje w biznesie. Tymczasem w polskiej ochronie zdrowia bazujemy głównie na zwykłej rozmowie telefonicznej.

### Bliżej niż dalej

Epidemia trwa i nie wiadomo, kiedy wygaśnie. System ochrony zdrowia ledwo zipie, więc fundusze idą głównie na zaspokajanie bieżących potrzeb i łatanie największych dziur, a nie na wdrażanie nowinek technicznych. Taki stan rzeczy powoduje, że kiedy epidemia ustanie, nie będzie infrastrukturalnej podbudowy, która gwarantowałaby, że telemedycyna się utrwali.

– *Myślę, że popadliśmy ze skrajności w skrajność. Korzystaliśmy z telemedycyny w ograniczonym zakresie, a teraz korzystamy do granic możliwości, bo jesteśmy do tego zmuszeni. Rynek zaś ukształtuje się ostatecznie gdzieś pomiędzy tymi ekstremami. Z części teleporad będzie trzeba zrezygnować – w przypadku kiedy kontakt pacjenta z lekarzem jest po prostu niezbędny. Wydaje się jednak, że epidemia odblokowała system i przynajmniej najprostsze porady zachowują zdalną formę. Niektóre bardziej skomplikowane też – o ile zostaną wsparte techniką, czyli urządzeniami medycznymi czy algorytmami wspierającymi pracę lekarzy. Rynek reaguje na to coraz bardziej przychylnie – uważa Szymon Piątkowski. Ten pozytywny trend dostrzega zarówno on, jak i inni przedstawiciele branży medycznej wśród wszystkich świadczeniodawców na rynku.*

Rozmiar placówki lub sieci placówek może wpłynąć na to, jak realizowana będzie integracja rozwiązań informatycznych. Większe podmioty mogą nabyć konkretne algorytmy i zastosować je we własnym systemie informatycznym, mniejsze zaś – wykupić usługę polegającą na wypożyczeniu programów komputerowych, które będą działać na podstawie bazy danych klienta.

Zdaniem prezesa Szymona Piątkowskiego punkt wyjścia dla dynamicznych zmian technicznych jest korzystny – placówki ochrony zdrowia mamy z informatyzowane. Choć ciągle w niektórych problemem jest papierowa dokumentacja, w skali całego kraju nastąpiła daleko idąca digitalizacja. – *Możliwe jest zatem relatywnie szybkie wdrożenie innowacji, w zależności do poziomu skomplikowania oraz wymogu rejestracji i certyfikacji rozwiązań, ale może ono trwać od kilku tygodni do kilku, a nawet kilkunastu miesięcy* – mówi Piątkowski. Podkreśla, że inwestycja na ogół bardzo szybko się zwraca.

Ostatnią barierą będzie integracja baz danych wszystkich placówek medycznych, by pacjent nie musiał przynosić dokumentacji z jednej poradni do drugiej. Stworzenie ogólnopolskiej bazy informacji medycznej pozwoli także na skuteczniejsze zastosowanie algorytmów wspomagających pracę lekarzy, bo im więcej danych, tym diagnoza programu komputerowego będzie trafniejsza.

– *Temat wspólnego, scentralizowanego systemu danych jest kluczowy dla rozwoju telemedycyny. Rozmowy o nim trwają od lat, a mimo to ciągle go nie mamy. Inna sprawa, że jest to temat bardzo skomplikowany i nie radzą sobie z nim także inne rozwinięte kraje. To będzie moim zdaniem jeden z ostatnich etapów w rozwoju telemedycyny, jaką znamy dzisiaj, ale rewolucyjny. Scentralizowane, ustrukturyzowane dane medyczne otworzą zupełnie nowy etap w procesie digitalizacji sektora ochrony zdrowia* – podsumowuje nasz rozmówca. ■





Fot. archiwum

# Nowelizacja rozporządzeń dotyczących epidemii COVID-19

FILIP NIEMCZYK, adwokat

W związku z wzrastającą liczbą zakażeń koronawirusem na przełomie września i października Ministerstwo Zdrowia i Rada Ministrów wydały szereg aktów prawnych wprowadzających istotne nowe ograniczenia, których celem jest walka z epidemią. Nastąpiło zatem odwrócenie trwającej od kilku miesięcy tendencji łagodzenia restrykcji.

## REGULACJE DOTYCZĄCE STANDARDÓW OPIEKI NAD PACJENTEM PODEJRZANYM O ZAKAŻANIE LUB ZAKAŻONYM WIRUSEM SARS-COV-2

Istotne wątpliwości wzbudziła ogłoszona 8 września 2020 r. nowelizacja rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego,<sup>1</sup> zgodnie z którą lekarz podstawowej opieki zdrowotnej mógł zlecić wykonanie testu pacjentowi, u którego podejrzewa zakażenie wirusem SARS-CoV-2, po wykonaniu badania fizykalnego lub w ramach teleporady wyłącznie wówczas, jeśli stwierdził jednocześnie wystąpienie: temperatury ciała powyżej 38°C, kaszlu i duszności oraz utraty węchu lub smaku. Na gruncie tej regulacji nie było jasne, czy lekarzowi wolno zlecić wykonanie testu, jeśli nie stwierdził wystąpienia wszystkich wymienionych objawów klinicznych u pacjenta. W konsekwencji zasadne było pytanie, czy lekarz poniesie odpowiedzialność prawną, jeśli – zgodnie z treścią rozporządzenia ministra zdrowia – odmówi zlecenia wykonania testu pacjentowi, który okaże się chory na COVID-19.

<sup>1</sup> DzU 2020 r., poz. 1550.



<sup>2</sup> DzU 2020 r., poz. 1749.



Wychodząc naprzeciw tym wątpliwościom, minister zdrowia wydał 8 października 2020 r. rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2.<sup>2</sup> Według nowej regulacji zlecenie badań

diagnostycznych w kierunku wirusa SARS-CoV-2 wymaga stwierdzenia przez lekarza szeroko pojętych wskazań do wykonania takich badań, uwzględniających aktualną wiedzę medyczną i stan zdrowia pacjenta, a nie wyłącznie wówczas, gdy stwierdzi wystąpienie ściśle określonych objawów klinicznych. Omawiane rozporządzenie doprecyzowało ponadto tryb postępowania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z pacjentami, u których należy podejrzewać zakażenie oraz zakażonymi wirusem SARS-CoV-2. Zgodnie z dokumentem, o skierowaniu pacjenta na izolację domową, a także o jej zakończeniu decyduje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu porady lub teleporady, nie wcześniej niż w ósmej dobie odbywania tej izolacji. Lekarz POZ kieruje również na hospitalizację osobę zakażoną, przy czym jeśli lekarz ze szpitala nie stwierdzi powodów do hospitalizacji, może odesłać pacjenta na izolację lub izolację domową.

<sup>3</sup> DzU 2020 r., poz. 1573, 1614, 1654, 1687.



<sup>4</sup> DzU 2020 r., poz. 1758.



## ROZPORZĄDZENIA RADY MINISTRÓW DOTYCZĄCE STANU EPIDEMII

We wrześniu mocą czterech rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii<sup>3</sup> kolejne powiaty obejmowane były dodatkowymi ograniczeniami, nakazami i zakazami w związku z wystąpieniem stanu epidemii, w wyniku zaliczenia ich do obszarów żółtych i czerwonych.

Zasadniczą zmianę w tym zakresie przyniosło rozporządzenie Rady Ministrów z 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii,<sup>4</sup> zgodnie z którym obszar całego kraju objęty został „rygiem żółtym”, z wyjątkiem tych powiatów, w których obowiązują dalej idące, „czerwone ograniczenia”. Nowe rozporządzenie wprowadza wiele reguł związanych ze stanem epidemii, spośród których warto wymienić nakaz zasłaniania nosa i ust. Obowiązuje on w środkach publicznego transportu zbiorowego oraz miejscach ogólnodostępnych, takich jak drogi, place, cmentarze, nieruchomości wspólne, zakłady pracy, budynki użyteczności publicznej, obiekty handlowe i usługowe, budynki przeznaczone na potrzeby kultu religijnego. Wyłączenia z tego obowiązku są stosunkowo szerokie i dotyczą pasażerów pojazdu samochodowego, jeśli podróżują osoby wspólnie zamieszkujące lub gospodarujące, dzieci do lat 5, osób, które nie mogą zakrywać ust lub nosa z powodu całościowych zaburzeń rozwoju, zaburzeń psychicznych, niepełnosprawności intelektualnej albo trudności z samodzielnym zakryciem lub odkryciem nosa czy ust, osób wykonujących czynności zawodowe lub służbowe w budynkach, jeśli nie obsługują bezpośrednio interesantów, sprawujących czynności związane z kultem religijnym, osób przebywających na terenie lasu, parku, zieleńca, rodzinnego ogrodu działkowego lub plaży, dzieci i pracowników przedszkola. Rozporządzenie utrzymuje dotychczas obowiązujące reguły, m.in. nakaz zachowania 1,5-metrowego dystansu społecznego, 10-dniowy okres kwarantanny domowej w przypadku osób, które przekroczyły granicę RP stanowiącą zewnętrzną granicę UE, miały kontakt z osobami zakażonymi (lub potencjalnie zakażonymi) koronawirusem lub mieszkają z osobą, która zostaje skierowana na kwarantannę, limity osób, które mogą uczestniczyć w zgromadzeniach, kongresach, weselach, korzystać z restauracji czy obiektów sportowych. W strefach „czerwonych” ograniczenia idą znacząco dalej, a organizowanie imprez kulturalnych, kongresów i konferencji jest całkowicie zakazane.

Omawiane rozporządzenie wydane zostało na podstawie art. 46a i art. 46b pkt 1–6 i 8–12 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.<sup>5</sup> Zgodnie z treścią art. 46b pkt 4 mocą takiego rozporządzenia można ustanowić obowiązki stosowania środków profilaktycznych wyłącznie przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie. Zgodnie z art. 2 pkt 20 i 21 wspomnianej ustawy podejrzana o chorobę zakaźną jest osoba, u której występują objawy kliniczne lub odchylenia od stanu prawidłowego w badaniach dodatkowych, mogące wskazywać na chorobę zakaźną, a podejrzana o zakażenie jest osoba, u której

nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, ale która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia. Rozporządzenie Rady Ministrów kieruje ograniczenia, nakazy i zakazy związane ze stanem

<sup>5</sup> DzU z 2019 r., poz. 1239 ze zm.



epidemii, chociażby nakaz zasłaniania nosa i ust, do każdej osoby, także tej, wobec której nie ma podstaw, aby podejrzewać, że jest chora lub zakażona. To istotna wada omawianej regulacji, ponieważ dla nakazu zasłaniania ust i nosa w przestrzeni publicznej przez osobę zdrową, a w konsekwencji do karania za jego złamanie, brak należytej podstawy prawnej. Wprowadzenie powszechnego obowiązku noszenia masek w przestrzeni publicznej wymaga zmiany ustawy albo wprowadzenia stanu klęski żywiołowej, co dałoby możliwość wydawania rozporządzeń określających obowiązek zasłaniania twarzy przez wszystkich obywateli. Trudno zrozumieć, dlaczego rządzący nie zadbali o prawidłową legislację w tym zakresie, skoro minęło już ponad pół roku od początku epidemii, a sygnalizowany problem prawny dotyczył także tych ograniczeń, które wprowadzane były wiosną. Jest to tym bardziej istotne, że konieczność ścisłego egzekwowania nakazu zasłaniania nosa i ust uzasadnia niezmiennie wysokie zagrożenie epidemiczne, a jego naruszenia są powszechne, o czym donosi m.in. Komenda Główna Policji.<sup>6</sup>

## NOWELIZACJA TZW. USTAWY COVIDOWEJ

17 września 2020 r. uchwalona została nowelizacja ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych,<sup>7</sup> zwana ustawą covidową. Jej zapisy koncentrują się głównie wokół wsparcia dla branży turystycznej, ale istotne jest to, co ostatecznie w ustawie tej się nie znalazło. Po pierwsze, w toku prac legislacyjnych zrezygnowano ze skrajnie kontrowersyjnego zapisu, który miał zwalniać z odpowiedzialności karnej urzędników, jeśli w celu przeciwdziałania COVID-19 naruszyli obowiązki służbowe lub obowiązujące przepisy, a działali

w interesie społecznym i bez naruszenia tych obowiązków lub przepisów podjęte działanie nie byłoby możliwe lub byłoby istotnie utrudnione. Po drugie, w ustawie nie znalazły się zapisy, o które zabiegała Naczelna Rada Lekarska,<sup>8</sup> mające ustanowić ograniczenie odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej osób wykonujących zawody medyczne za działania pozostające w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zapobiegania, przeciwdziałania lub zwalczania COVID-19. Można jedynie ubolewać, że w toku prac legislacyjnych proponowane rozwiązania nie spotkały się z zainteresowaniem, a prawodawca zdaje się nie zauważać, jak nadzwyczajną sytuacją dla pracowników ochrony zdrowia jest stan epidemii i w jak trudnych warunkach obecnie pracują. ■

<sup>6</sup> <https://www.pap.pl/aktualnosci/> (dostęp: 10.10.2020).



<sup>7</sup> DzU 2020 r., poz. 1639.



<sup>8</sup> <https://nil.org.pl/aktualnosci/> (dostęp: 9.10.2020).





Fotografie: archiwum

# Zlekceważone objawy

## Analiza przypadku

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

Roszczenia wobec lekarzy rodzinnych nie należą do najczęstszych. Nie można wykluczyć, że w związku z nową strategią walki z koronawirusem ta tendencja się zmieni. Poznajcie przypadek (jeszcze sprzed okresu pandemii), kiedy właśnie lekarzowi rodzinnemu zarzucono nieprawidłowości w procesie leczenia.

**P**ani A. była pacjentką NZOZ „X” Sp. z o.o. od 2010 do 2016 r., a funkcję jej lekarza rodzinnego pełniła lek. B.

W historii choroby pani A. są liczne wpisy dotyczące infekcji górnych dróg oddechowych, dolegliwości bólowych kręgosłupa – zwłaszcza odcinka szyjnego, nadciśnienia tętniczego i arytmii. Prowadząca pacjentkę dr B. skierowała ją na szereg badań laboratoryjnych (m.in. USG jamy brzusznej, RTG kręgosłupa szyjnego).

Stwierdzono prawidłowy wynik OB w badaniu z 2012 r. i niewielką niedokrwistość w badaniach wykonanych w latach 2010–2016. W dokumentacji znajduje się wpis o obfitych miesiączkach, jako ewentualnej przyczynie niedokrwistości. Niemniej jednak w związku ze stwierdzoną niedokrwistością poza badaniami laboratoryjnymi pani A. miała wykonane w grudniu 2014 r. trzykrotne badanie na obecność krwi w kale, które dało wynik ujemny. Dopiero dwa lata później wynik tego samego badania okazał się dodatni. W związku z tym zlecono badania endoskopowe przewodu pokarmowego, w tym gastroskopię i kolonoskopię. Kolonoskopia z 2.06.2016 r. ujawniła guza esicy. Pacjentka została skierowana na oddział chirurgiczny,

gdzie w lipcu 2016 r. wykonano resekcję esicy. Z powodu zmian przerzutowych do wątroby rozpoczęto chemioterapię, a następnie wykonano ich termoablację.

Mając na uwadze leczenie prowadzone w poradni NZOZ „X”, pełnomocnik pani A. zarzucił dr B., że lekceważyła objawy zgłaszane przez pacjentkę od roku 2010. W jego opinii pani A. skarżyła się na wiele dolegliwości, w tym typowe objawy przedwczesne dla nowotworu, mimo to lekarz rodzinny dr B., dysponując możliwością konsultacji ze specjalistami, skierowania pacjentki do odpowiednich specjalistów oraz zlecenia dodatkowych badań, nie udzieliła świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiam wiedzy medycznej i swojej specjalności. Pełnomocnik pani A. zarzucił, że pacjentkę leczono wyłącznie na anemię, podczas gdy zgłaszane dolegliwości oraz złe wyniki badań krwi świadczyły o innej chorobie, która mogłaby być właściwie zdiagnozowana i całkowicie wyleczona, gdyby dr B. zleciła wykonanie badań. Owo zaniechanie doprowadziło do znacznego pogorszenia stanu zdrowia pani A. i rozwinęła się choroba – nowotworu jelita grubego w IV stadium, z przerzutami do węzłów chłonnych, wątroby i innych organów – nierokującej wyzdrowieniem.

W celu ustalenia, czy postępowanie dr B. było zgodne z aktualną wiedzą medyczną, zasięgnięto opinii lekarza specjalisty z zakresu chirurgii onkologicznej.

W wydanej opinii orzecznik wskazał, że w przedstawionej dokumentacji z NZOZ „X” Sp. z o.o. brak jakiegokolwiek wpisu o dolegliwościach związanych z przewodem pokarmowym, a zwłaszcza objawach dotyczących jego dolnego odcinka. W wykonanych badaniach laboratoryjnych wskazał na odchylenia w postaci niewielkiej anemii ustępującej po podaniu preparatów żelaza.



Lekarz opiniujący po przeanalizowaniu kartoteki pacjentki nie stwierdził żadnych skarg mogących sugerować występowanie u niej choroby przewodu pokarmowego, w szczególności nowotworu. Wyjaśnił ponadto, że dr B. mimo to w styczniu 2015 r. skierowała panią A. na badanie kału na obecność krwi, które dało wynik ujemny. Wynik tego badania powtórnego rok później był dodatni, co spowodowało pilne skierowanie na badania endoskopowe. Po uzyskaniu rozpoznania pacjentka została skierowana na leczenie specjalistyczne.

Lekarz opiniujący wyjaśnił, że brak podstaw do uznania, że skargi pani A. były lekceważone. Podawane dolegliwości to (jak wynika z wpisów do kartoteki): stany zapalne górnych dróg oddechowych, bóle kręgosłupa, stan zapalny żyłaków kończyn dolnych oraz okresowe problemy kardiologiczne. Żadna z nich nie jest typowa dla choroby nowotworowej ani dla choroby jelita grubego. Jednocześnie podkreślił, że nie istnieją „typowe objawy przedwczesne dla nowotworu”, a w większości przypadków choroba nowotworowa przebiega podstępnie, bez żadnych dolegliwości. Pojawiają się one wraz z rozwojem nowotworu, a „typowe dolegliwości” występują dopiero w okresie znacznego zaawansowania choroby.

W tym stanie rzeczy, biorąc pod uwagę wyjaśnienia stron, dokumentację medyczną, a zwłaszcza opinię orzecznika, uznano, że nie ma podstaw do stwierdzenia, że prowadzone przez dr B. leczenie było niezgodnie ze sztuką lekarską. Z tego powodu odmówiono przyznania pani A. jakichkolwiek świadczeń.

#### Pytanie redakcji:

Jakie czynniki zaważyły o tym, że biegły stanął po stronie lekarza?

#### Odpowiedź prawnika lekarza:

Nie ulega wątpliwości, że najważniejszym aspektem w tej sprawie była dokumentacja medyczna. Pani A. przez kilka lat leczyła się u dr B. Można się domyślać, że zupełnie inaczej przedstawiała ona proces leczenia, a szczególnie dolegliwości, z jakimi zgłaszała się do lekarza, niż właśnie ten lekarz. Najbardziej wiarygodne okazały się więc zapisy w dokumentacji medycznej.

#### Pytanie redakcji:

Zatem staranne i rzetelne wpisy w dokumentacji medycznej uchroniły lekarza przed bezpodstawnymi zarzutami.

#### Odpowiedź prawnika lekarza:

Zdecydowanie tak. Dowód z dokumentacji medycznej trudno obalić. Jeśli pacjent chciałby to zrobić, musiałby udowodnić, że w dokumentacji nie było zgłaszanych przez niego objawów. A na to pacjentowi trudno znaleźć dowody, pozostają tylko jego własne słowa... ■

Podsiadły  Powierża  
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.

**PRAWNIK** § **LEKARZA**

www.prawniklekarza.pl



**DARIUSZ KONDAS** - Dyrektor Biura Sprzedaży i Szkoleń w TU INTER Polska S.A.

## Nie ma jak w domu... ubezpieczonym w INTER Lekarz Nieruchomości

**INTER: INTER Lekarz Nieruchomości to ubezpieczenie domu i mieszkania dedykowane lekarzom. Skąd pomysł na taki produkt?**

Inspiracji dostarczają nam codziennie nasi klienci. Branża medyczna postrzega nas przede wszystkim jako ubezpieczyciela oferującego specjalistyczne pakiety chro-

niące lekarzy i lekarzy dentyków podczas wykonywania czynności medycznych. W ofercie INTER Polska mamy również produkty życiowe, zdrowotne, a także chroniące majątek prywatny przedstawicieli branży medycznej. Szukając najlepszych rozwiązań, staraliśmy się dać klientom realną wartość. Aktualnie, rynek ubezpieczeń chroni cały majątek właścicieli, w zasadzie od wszystkiego. My również. Przedmiot ubezpieczenia - dom, ogrodzenie, podjazd, sprzęt elektroniczny itp. - to wszystko można ubezpieczyć z grubszą od każdego ubezpieczyciela. Skoro nie w przedmiocie ubezpieczenia i nie w zakresie, zaczęliśmy szukać inspiracji w procesie likwidacji szkody. Jest to niewralgiczny moment, w którym klient poznaje realną wartość posiadanego ubezpieczenia.

#### Czy mógłby Pan powiedzieć coś więcej na ten temat?

Zauważyliśmy, że w niektórych sytuacjach wypłata odszkodowania np. klientowi, który zaal swoje mieszkanie, nie powoduje końca jego problemów. Wręcz przeciwnie - jest to początek jego zmagani. Musi się mierzyć ze wszystkimi konsekwencjami, takimi jak konieczność znalezienia ekipy remontowej, ustaleniem ceny usług, zakupu materiałów koniecznych do naprawy oraz nadzorem nad całym procesem.

#### Tak, to może być wyzwanie...

Dokładnie. Problemатyczne są także z pozoru błahе szkody, jak np. uszkodzony telewizor... Standardem na rynku jest, że w takiej sytuacji klient dzwoni do ubezpieczyciela i dowiaduje się, że musi dostarczyć ekspertyzę z serwisu. Niby drobna rzecz, ale wiąże się z koniecznością znalezienia serwisanta i dowiezieniem telewizora. Mój ma 52", a Pani? (śmiejch).

#### Mniej, ale zastanawiam się, jak go zabezpieczyć na czas przejazdu...

Dokładnie. Lekarze są bardzo zajęci, nie mają chęci i czasu na takie rzeczy. Z polisą INTER Lekarz Nieruchomości to my dostarczymy profesjonalną ekipę remontową, która wykona naprawę, doprowadzając mieszkanie do stanu sprzed szkody. Także wspomniany telewizor dostarczymy do serwisu lub zapewnimy serwis u klienta, a na czas oczekiwania na naprawę, zapewnimy sprzęt zastępczy.

Warto także wspomnieć, że w procesie likwidacji każdy klient ma dedykowanego opiekuna szkody (inżyniera budownictwa), z którym kontaktuje się bezpośrednio na wskazany numer telefonu, omijając infolinię. Ta sama osoba towarzyszy klientowi od zgłoszenia do rozwiązania problemu. Podsumowując, z polisą INTER Lekarz Nieruchomości, klient nie musi się martwić o formalności, pozyskanie ekipy remontowej, logistykę. Za całe to zamieszanie odpowiedzialność przejmuje INTER Polska

TU INTER Polska S.A.  
Oddział w Warszawie  
☎ 22 639 74 30

  
UBEZPIECZENIA

REKLAMA



## INDYWIDUALNA ENDOPROTEZA

W Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie, w Klinice Ortopedii i Rehabilitacji WUM kierowanej przez dr. hab. n. med. Artura Stolarczyka, została wykonana pierwsza w Polsce operacja wszczepienia częściowej, indywidualnej endoprotezy Episurf, tzw. custom-made, przygotowywanej specjalnie dla uszkodzonej części stawu. Zabieg przeprowadzono u 48-letniego pacjenta z dolegliwościami bólowymi spowodowanymi jądłową, oddzielającą martwicą chrzęstno-kostną (*osteochondritis dissecans*) kłykcia przyśrodkowego kości udowej. Implant przygotowano na podstawie rezonansu magnetycznego pacjenta i dzięki temu został dopasowany do kształtu, lokalizacji i wielkości uszkodzenia. W efekcie współpracy inżynierów z lekarzami również instrumentarium do zabiegu przygotowano indywidualnie i precyzyjnie dostosowano do kształtu kości oraz powierzchni stawowej chorego.

## IN VITRO NA MAZOWSZU

Decyzją zarządu województwa mazowieckiego program *in vitro* będzie prowadzony do 2025 r. Na jego realizację w latach 2023–2025 wygospodarowano dodatkowo 10,5 mln zł. W sumie na ten cel samorząd województwa mazowieckiego przeznaczy 18 mln zł. Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Mazowsza rozpoczął się we wrześniu 2019 r. Do połowy października 2020 potwierdzonych zostało 228 ciąży i urodziło się 24 dzieci.

## DECYZJA O PRZYSTĄPIENIU DO PFSZ

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu został nowym członkiem Polskiej Federacji Szpitali, zrzeszającej placówki niezależnie od ich struktury własnościowej, wielkości i modelu funkcjonowania. Federacja działa na rzecz lepszego finansowania szpitali, wzrostu znaczenia kadry zarządzającej, bezpieczeństwa pacjentów oraz pracowników, dobrych praktyk zarządzania, edukacji oraz dobrego ustawodawstwa. PFSz reprezentuje polskie szpitale na forum krajowym, a także międzynarodowym.

## DO WALKI Z COVID-19

W związku z szerzeniem się SARS-CoV-2 Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie przekazał dla SPZOZ w Mińsku Mazowieckim środki ochrony indywidualnej. Również Agencja Rezerw Materiałowych, wykonując polecenie ministra zdrowia w sprawie wydania rezerw strategicznych, przekazała mińskiemu szpitalowi respirator i kardiomonitor. ■

Oprac. *ach*



FUNDACJA  
PRO SENIORE

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).

**Okazja:** dwufotelowa stomatologia Pruszków, działająca 20 lat, baza pacjentów, możliwość kontraktu.  
606-655-116, 501-701-285.



## Nawet osiem godzin czekania na przyjęcie

5 października przed Szpitalem Czerniakowskim w Warszawie ustawił się sznur dziesięciu karetek. Problemy się powtarzają i to nie tylko w tej stołecznej placówce. Kiedy karetka przywozi pacjenta z podejrzeniem COVID-19, jej załoga czas do przyjęcia do szpitala musi spędzać w maskach, kombinezonach i przyłbicach, a czeka się coraz dłużej. Karol Bielski, dyrektor warszawskiego pogotowia Meditrans, wyjaśnia, że problemem jest gwałtowne zwiększenie się liczby wezwań. Warszawskie pogotowie otrzymuje średnio 800 zgłoszeń, co oznacza wzrost o 30 proc. w stosunku do liczby zgłoszeń notowanych na początku pandemii. Pacjenci, którzy w czasie epidemii mają trudności z dostaniem się do lekarzy, ratują się przez korzystanie z SOR.

## SARS-CoV-2 dosięga młodych

W Warszawie koronawirusem zakaża się coraz mniejsza liczba seniorów, przybywa za to infekcji wśród osób w wieku 20–40 lat i młodzieży. Z danych udostępnionych przez Główny Inspektorat Sanitarny wynika, że od marca do sierpnia osoby między 60. a 79. rokiem życia stanowiły w Warszawie ponad 16 proc. zakażonych, we wrześniu było ich już niecałe 10 proc. Natomiast zakażeni w wieku 20–40 lat we wrześniu stanowili ponad połowę chorych na COVID-19, podczas gdy w poprzednich miesiącach około 43 proc. Największy wzrost liczby zakażeń zaobserwowano wśród trzydziesto- i trzydziestoparolatków – o blisko 6 proc. We wrześniu koronawirusem zakażyło się o ponad 3 proc. więcej młodzieży niż od marca do sierpnia.

## Zakażają głównie dzieci

– W dwóch na trzy przypadki nie znamy źródła zakażenia. Wiemy jednak, że w dużej mierze są nimi dzieci w szkołach. Dzieci zakażają rodziców i dziadków, nagle gdzieś indziej ten wirus wybuchła i zupełnie nie jest to związane z zakażeniem w szkole. W związku z tym poznajemy źródło tylko jednej trzeciej zdiagnozowanych zakażeń. To też sugeruje, że tracimy kontrolę. Najczęściej identyfikujemy zakażenia w domach, co nie znaczy, że to największe źródło zakażeń, bo w większości przypadków po prostu nie jesteśmy w stanie go zidentyfikować – informuje dr Jakub Zieliński z Zespołu Modelu Epidemiologicznego Interdyscyplinarnego Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego UW.

## Hormon związany z aktywnością fizyczną

Iryzyna produkowana przez mięśnie po dłuższym wysiłku fizycznym może hamować namnażanie się wirusa SARS-CoV-2 – poinformowali brazylijscy naukowcy. Wnioski z ich prac zamieszczono w czasopiśmie „Molecular and Cellular Endocrinology”. Iryzyna bierze udział w procesie brązowienia tkanki tłuszczowej, czyli przemianie niekorzystnej białej w bar-

dziej korzystną brunatną. Główną funkcją brązowej tkanki tłuszczowej jest produkcja ciepła przez spalanie cukrów i trójglicerydów. Oddziałuje ona także na aktywność makrofagów, komórek układu odpornościowego uwalniających cytokiny i regulujących proces zapalny. Podczas analizy ekspresji genów w tkance tłuszczowej naukowcy zaobserwowali, że iryzyna wpływa hamująco na geny związane z replikacją wirusa SARS-CoV-2.

## 1,6 mld dol. odszkodowania

Korporacja farmaceutyczna Bayer w 2018 r. zaprzestała sprzedaży w USA wkładek domacicznych Essure. Początkowo zapewniała, że środek nie zagraża życiu i zdrowiu kobiet. Wskutek skarg około 39 tys. pacjentek, które domagały się odszkodowania z powodu szkód wyrządzonych przez implant, została zmuszona do zmiany stanowiska. Firma poinformowała, że choć nie poczuwa się do odpowiedzialności, w ramach ugody ureguluje 90 proc. roszczeń (wypłaci odszkodowania w wysokości 1,6 mld dol.). Z pozostałymi 10 proc. osób, które pozwały Bayera, nadal prowadzone są negocjacje.

## Mapa serca

Specjaliści z Harwardzkiej Szkoły Medycznej i ich współpracownicy z całego świata opisali na łamach „Nature” przełomowe dokonanie w badaniach nad budową serca. Przeanalizowali prawie pół miliona tworzących je komórek obecnych w sześciu różnych rejonach, sprawdzili m.in., jakie geny są w nich aktywne. W ten sposób powstał najdokładniejszy atlas komórek serca. Ukazuje on ogromną różnorodność komórkową, m.in. chroniące narząd komórki immunologiczne i skomplikowaną sieć naczyń krwionośnych. Okazało się, że komórki tworzące naczynia dostosowują się do zaleźnego od lokalizacji ciśnienia krwi. Z mapy wynika też, jak komórki komunikują się ze sobą, aby zapewnić synchroniczną pracę serca. Projekt był częścią programu Human Cell Atlas. Jego twórcy chcą stworzyć mapy wszystkich komórek ludzkiego organizmu.

## Kij w walce z pandemią

O ścianę Przychodni nr 3 w Tarnobrzegu oparty jest długi kij. Służy do kontaktu z pielęgniarkami pracującymi w jednym z gabinetów lekarzy rodzinnych znajdujących się w budynku. „Pacjent nie zostaje wpuszczony do środka, tylko idzie na tyły przychodni, przez trawnik, przedziera się między drzewami aż dojdzie do okna, obok którego stoi duży kij. Ponieważ okna są na wysokości 1,8–1,9 m, bierze się ten kij i wali w parapet. Jak ktoś to usłyszy, otwiera okno i pyta, o co chodzi. Po uzyskaniu odpowiedzi rzuca skierowanie przez okno – opisuje wprowadzone z powodu epidemii „środki bezpieczeństwa” jedna z pacjentek. ■

Jarosław Kosiaty

Przy opracowaniu doniesień korzystałem z serwisów: nauka.pap.com.pl, rp.pl, wyborcza.pl, gazetaprawna.pl, nature.com, www.journals.elsevier.com, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.

Rys. D. Garcia





# Męska specjalizacja?

O postępie w opiece okołoporodowej, zmianie świadomości pacjentek i porodach rodzinnych mówi prof. dr hab. n. med. **Stanisław Radowski**, koordynator Oddziału Endokrynologii Ginekologicznej Szpitala „Inflancka” w Warszawie, były konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii, w rozmowie z Anettą Chęcińską.

Fot. archiwum

## Dlaczego wybrał pan specjalizację z ginekologii i położnictwa?

**Dz**iedzina ta łączy to, co dla mnie jest najbardziej fascynujące w medycynie: zabiegowość z koniecznością rozwiązywania na bieżąco problemów diagnostycznych i terapeutycznych. Szczególnie interesowały mnie zmiany (oraz ich dynamika) zachodzące w narządzie rodnym i w całym organizmie kobiety w okresie ciąży i porodu, w pełni zależne od gry hormonalnej ujawniającej się w tym czasie. Hormonami zainteresowałem się w liceum, ale w połowie lat 60. XX w. wiedzieliśmy o nich niewiele. Na studiach pokazano mi, że hormony nie tylko działają w obrębie układu hormonalnego, ale też odgrywają istotną rolę w prawidłowym funkcjonowaniu innych układów i narządów, np. ośrodkowego układu nerwowego czy mięśnia macicy. Przez moment chciałem zostać chirurgiem, byłem nawet członkiem koła chirurgicznego. Jednak wcześniejsze zainteresowania endokrynologią okazały się silniejsze. Przydzielono mi staż podyplomowy

w Szpitalu Bielańskim. Wiele miesięcy spędziłem w klinice prof. Walentego Hartwiga, ówczesnej sławy endokrynologii internistycznej. Pracowałem pod opieką doc. Wandalina Massalskiego, który nauczył mnie trudnej sztuki diagnostyki i medycznego myślenia. Dzięki moim szanownym promotorom nie porzuciłem endokrynologii, tylko, ulegając ich namowom, połączyłem ją z ginekologią i położnictwem.

## Jak z perspektywy wieloletniego konsultanta wojewódzkiego i krajowego zmieniała się ta dziedzina medycyny?

Początki były skromne. W połowie lat 80. powołano mnie na konsultanta wojewódzkiego w województwie płockim. To był czas biedy. Leki i środki opatrunkowe były ściśle reglamentowane, aparatura diagnostyczna i wyposażenie sal porodowych znacznie wyeksploatowane. Współczynnik umieralności okołoporodowej wynosił aż 22,8 promila, co świadczyło o bardzo niskiej jakości opieki nad kobietą ciężarną. Dlatego podjęliśmy

wielokierunkowe działania. Szpital Wojewódzki w Płocku został zobligowany do konsultowania i leczenia pacjentek wymagających specjalistycznej opieki. Szpitale powiatowe – do świadczenia usług podstawowych, ale ordynatorzy mieli swobodę wprowadzania nowych sposobów leczenia i technik operacyjnych, o ile baza szpitala zapewniała bezpieczeństwo pacjentkom. Rozpoczęła się modernizacja oddziałów i sal porodowych oraz regularne szkolenia lekarzy i położnych. Powstały szkoły rodzenia. W lokalnej prasie zainicjowaliśmy akcję uświadamiania kobiet o konieczności odbywania regularnych wizyt u ginekologa podczas ciąży. Stopniowo unowocześniliśmy wyposażenie oddziałów położniczych. Województwo płockie było pierwszym w Polsce, w którym wszystkie oddziały położnicze miały aparaty USG. Był to sprzęt polskiej produkcji, bardzo dobry jak na owe czasy. Odnieśliśmy ogromny sukces. W ciągu trzech lat okołoporodowa umieralność noworodków obniżyła się o 10 promili, a pod koniec lat 90. wahała się w granicach 8–9 promili.

## Technika miała wpływ na dalsze zmiany?

Mało kto dziś pamięta, że druga w Polsce operacja laparoskopowa wykonana została w województwie płockim. Wprowadzenie do powszechnego użytku nowych technik wizualizacyjnych – ultrasonografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego – zmieniło dogłębnie zasady opieki nad kobietą ciężarną. Należało opracować nowe rekomendacje, które ukierunkowałyby i zunifikowały diagnostykę i opiekę okołoporodową w Polsce. Moje doświadczenia z pracy w Płocku okazały się pomocne w pełnieniu funkcji konsultanta krajowego. Na podstawie wytycznych WHO, uwzględniając rodzime uwarunkowania, opracowaliśmy szczegółowe rekomendacje nowoczesnego postępowania w ciąży prawidłowej w oparciu o najnowsze osiągnięcia w diagnostyce. Rekomendacje zyskały rangę rozporządzenia ministra zdrowia (2010 r.), zawierającego klauzulę odstępowania od obowiązujących zasad, jeżeli położnik uzna, że dla dobra ciężarnej i jej dziecka jest to konieczne. Wprowadziliśmy równolegle model trójstopniowej opieki okołoporodowej (ciąża prawidłowa – szpital powiatowy, patologia lekka – dawne wojewódzkie, ciężka – ośrodki kliniczne), który porządkował przepływ pacjentek ciężarnych i przyspieszył kontakt z lekarzem dysponującym zapleczem diagnostycznym i możliwościami leczniczymi adekwatnymi do rozpoznanej patologii.

Należy podkreślić, że wspomniane rozporządzenie było uzupełnieniem opracowanych wcześniej (2004 r.) zasad prowadzenia badań prenatalnych, które pozwalają w określonych przypadkach wdrożyć wewnątrzmaciczne leczenie płodu ratujące jego życie. Zastosowanie tych rozwiązań miało istotny wpływ na rozwój opieki neonatologicznej. Notabene Polska jest krajem ze specjalizacją w dziedzinie neonatologii, to dobrze. Współczynnik umieralności okołoporodowej należy do parametrów, na podstawie których WHO ocenia jakość opieki medycznej. Przywołane regulacje oraz wyłożona praca moich koleżanek i kolegów doprowadziły do obniżenia w Polsce tego współczynnika

z 10 promili w roku 2000 do 4,8 w 2015, co uplasowało nas w czołówce europejskiej. Niestety, późniejsza reforma zdeorganizowała wypracowany system opieki nad ciężarną.

## Jak zmieniło się podejście ginekologów do pacjentek, a jak wiedza pań o własnym zdrowiu?

Mówi się, że czasy się zmieniają i my się zmieniamy. Coraz częściej dla pań ciąży i różne schorzenia są nie tylko przedmiotem troski, ale także przyczynkiem do poznania istoty problemu. Internet dostarcza często sprzecznych informacji, dlatego podczas wizyty lekarz musi odpowiedzieć na liczne pytania. Uważam, że w ostatnich latach nastąpiło znaczne „otwarcie” w relacji pacjentka – lekarz. Coraz częściej po zabiegach operacyjnych, utracie ciąży lub urodzeniu dziecka z wadami pacjentki potrzebują opieki psychologicznej. W większości szpitali jest zapewniona.

” Nie zawsze mąż wspiera, bo gdy zobaczy pierwsze objawy porodu, mdleje i to nim trzeba się zajmować.

## Z czasem szpitale otworzyły się na bliskich rodzącej. Czy obecność na sali porodowej przyszłych ojców pomaga lekarzom, położnym?

W historii ludzkości większość porodów odbywała się poza szpitalami, a rodzina oczekiwała na zakończenie porodu w pomieszczeniu obok. W Polsce obecnie większość kobiet rodzi w szpitalach. Swego czasu sporo mówiło się o porodach domowych, w ramach powrotu do tradycji, ale nie stały się u nas zjawiskiem masowym (około 600 rocznie).

Porody rodzinne możliwe są w szpitalu. Wielu kobietom obecność bliskiej osoby jest potrzebna. Pozwala czuć się bezpiecznie, zwłaszcza jeżeli kochający mąż jest obok i podtrzymuje na du-

chu. Dla personelu medycznego obecność osoby towarzyszącej bywa niekiedy utrudnieniem. Nie zawsze mąż wspiera, bo gdy zobaczy pierwsze objawy porodu, mdleje i to nim trzeba się zajmować. Byłoby wskazane, aby osoby planujące towarzyszenie rodzącej zapoznały się wcześniej z poszczególnymi etapami porodu, aby nie doznały wstrząsu emocjonalnego.

## Rolę przygotowawczą spełniają szkoły rodzenia, a w zajęciach uczestniczą również partnerzy kobiet.

Szkoły rodzenia są nie do zastąpienia, szkoda, że wciąż jest ich zbyt mało. Przygotowują oboje rodziców nie tylko do porodu, ale też do początkowej opieki nad dzieckiem. Często podczas takich zajęć zarówno panie, jak i panowie po raz pierwszy dowiadują się o wielu zagadnieniach z zakresu fizjologii własnego organizmu.

## Czy i kiedy mężczyźni starający się o dziecko przechodzą badania?

Jeżeli oboje partnerzy są zdrowi, badania przedciążowe nie są wymagane, ale wyłącznie zalecane. Mężczyzna powinien być przebadany, jeżeli przeżył uraz lub operację układu moczowo-płciowego. W przypadku par niepełnych badania partnera jest obligatoryjne. Zgodnie z definicją za niepełną można uznać parę, która po roku regularnego współżycia bez zabezpieczenia nie osiąga ciąży. Zatem należy poczekać 12 miesięcy, aby rozpocząć badania diagnostyczne. Wyjątkiem są pary po 40. roku życia. W ich przypadku należy rozpocząć badania po sześciomiesięcznym okresie bezskutecznego starania się o dziecko.

## Zapytam przewrotnie, czy położnictwo i ginekologia to męska specjalizacja?

Historycznie rzecz ujmując, tak. Obecnie sytuacja się zmienia i myślę, że w Polsce stosunek płci w naszym zawodzie wynosi 40 proc. kobiet i 60 proc. mężczyzn, ale są już oddziały, gdzie pracują wyłącznie kobiety. Jednakże większość podręczników z położnictwa i ginekologii napisali mężczyźni. ■



# Na rowerze cały rok



Do sportowej rywalizacji podchodzi poważnie, ale wyścigi są dla niego także świetną zabawą. – *Jeżdżąc, odpoczywam* – mówi **Grzegorz Stokłuska**, specjalista położnictwa i ginekologii, miłośnik kolarstwa i uczestnik rowerowych zawodów przełajowych, w rozmowie z Anetą Chęcińską.

## Jak zaczęła się pańska rowerowa pasja?

Zawsze interesowałem się sportem, chociaż w dużej mierze jako kibic, przede wszystkim piłkarski. Jestem nim do dzisiaj. W szkole i na studiach amatorsko uprawiałem różne dyscypliny i oczywiście rekreacyjnie jeździłem na rowerze. W osiedlowych zawodach wziąłem udział, mając 11 lat. Wystartowałem na pożyczonym rowerze i wygrałem. Nagrodą były słodycze. W ósmej klasie szkoły podstawowej dostałem od rodziców tzw. półkolarzówkę. Jazda na rowerze zawsze była moim hobby, ale jeździłem rekreacyjnie.

## Od kiedy uczestniczy pan w wyścigach terenowych? Pamięta pan wrażenia z pierwszego?

Kolarstwem przełajowym zainteresowałem się za sprawą dr. Wojciecha Puzyny, dyrektora Szpitala Specjalistycznego

św. Zofii w Warszawie, który również startował w zawodach rowerowych razem z synami. To on mnie namówił do udziału w wyścigach i wciąż kibicuje, śledząc moje wyniki sportowe. W 2009 r. wsiadłem na tzw. rower górski, czyli MTB, jeszcze inaczej przełajowy lub terenowy. Przyznam, że pierwsze zawody w terenie przyniosły pewne rozczarowanie, gdyż byłem nieprzygotowany. Wybrałem zbyt długi dystans – 43 km. Spodziewałem się lekkiej przejażdżki, a okazało się, że to prawdziwy, ciężki wyścig. Byłem amatorem, łapały mnie bardzo bolesne skurcze mięśni, z którymi nie mogłem sobie poradzić. Ale

Jeżdżąc w mieście, należy być ostrożnym, trzeba mieć rozwinięty instynkt samozachowawczy.

porażka mnie nie zniechęciła, zacząłem trenować, kupiłem sprzęt wyższej klasy i od następnego sezonu było już lepiej.

## Na czym polegają takie zawody?

Są różne formy kolarstwa. Ja biorę udział w maratonach terenowych o charakterze sportowym organizowanych przez Cezarego Zamanę, swego czasu członka kolarskiej reprezentacji narodowej, m.in. zwycięzcę Tour de Pologne w 2003 r. Obecnie tego typu imprez jest więcej, ale on był ich prekursorem. Frekwencja podczas wyścigów jest duża – od 1 tys. do 1300 osób. Uczestników dzieli się na kategorie wiekowe, a także na sektory zależne od wcześniej uzyskanych wyników. Każdy zawodnik ma swoje *dossier*, w którym odnotowywane są punkty, awanse i spadki. Mamy do wyboru trzy trasy: Fit 20–25 km, 1/2 Pro 40–45 km oraz Pro 60–80 km. Ja startuję na najkrótszej. Skala trudności jest różna. Najwytrwalsi i najtwardsi zawodnicy jeżdżą na trasach najdłuższych i najtrudniejszych. Im bardziej urozmaicony teren, im więcej zjazdów, podjazdów, utrudnień terenowych, slalomów między drzewami, tym lepiej. Im trasa trudniejsza technicznie, tym bardziej uczestnicy są zadowoleni. Wyścigi stanowią również okazję do rodzinnych i towarzyskich spotkań. Organizowane są konkursy dla najmłodszych. Przygotowuje się krótkie trasy Hobby 5–8 km dla dzieci, które w zabawie angażują się w sportową rywalizację, może nawet bardziej niż dorośli.

## Jak często pan trenuje?

Żeby osiągać dobre wyniki, powinienem przynajmniej trzy razy w tygodniu albo częściej. Ponieważ nie mam aż tyle czasu, w ramach treningu dojeżdżam rowerem do pracy. Mieszkam w okolicach Piaseczna. W drodze do szpitala przy ul. Żelaznej w Warszawie pokonuję dystans 23 km. Samochodem jadę około 45 min, bywa, że dłużej, gdy są korki, a mój rekord rowerem wynosi 42 min. Inaczej jeździ się po szosie, inaczej terenowo, ale mimo wszystko trening szybkościowy



jest pomocny. Na pewno jeżdżąc w mieście, należy być ostrożnym, trzeba mieć rozwinięty instykt samozachowawczy. Widziałem wiele kolizji, nawet na ścieżkach rowerowych.

Fotografie: archiwum GS



### Na trasie zawodów zdarzają się wypadki?

W 2014 r. startowałem w Puławach. W zawodach, za moją namową, brała udział również moja żona. Byliśmy w innych sektorach startowych, jechaliśmy w oddzielnych grupach. Ja ruszyłem wcześniej i na zjeździe w jednym z puławskich wąwozów mój rower wpadł w szczelinę. Poleciałem głową w dół. Miałem bardzo poważną kontuzję, długo wracałem do zdrowia, na szczęście wszystko skończyło się dobrze. Po wypadku obawiałem się trochę powrotu na rower, ale postanowiłem przełamać strach i w następnym roku znów zacząłem jeździć. Podchodzę jednak ostrożnie do karkołomnych zjazdów. Żona już nie startuje, ale towarzyszy mi na zawodach, bardzo mnie wspiera i kibicuje.

### Czy uprawianie sportu pomaga w pracy zawodowej?

Bardzo. Zawody łączę z weekendowymi wyjazdami rodzinnymi. Nabieram energii do pracy. Taki oddech i odpoczynek od codzienności jest potrzebny. Po wyścigu, o ile nie nabawię się kontuzji, wracam do pracy z nowymi siłami. Do sportowej rywalizacji podcho-

dzę poważnie, ale wyścigi są dla mnie także świetną zabawą. Jeżdżąc, odpoczywam.

### Jaki sprzęt jest potrzebny uprawiającym kolarstwo?

Rower. Jaki? W miarę jeżdżenia rośnie apetyt na coraz lepszy model. Kask jest niezbędny nie tylko na zawodach, także w mieście. Kaski są różne, ale zawsze lepiej kupić taki z wyższej półki, bo jego jakość ma znaczenie dla naszego bezpieczeństwa. Zawsze namawiam i przekonuję wszystkich do noszenia kasku, gdyż można sobie zrobić krzywdę nawet na prostej drodze. Strój, różnego rodzaju akcesoria – to kwestia indywidualna, są oferowane na każdą pogodę i na każdą kieszeń. Oczywiście, czym innym jest wyposażenie zawodnika, czym innym jest amator jazdy rekreacyjnej. Jednak w obu przypadkach trzeba chcieć jeździć na rowerze.

### Czy tegoroczny sezon zalicza pan do udanych?

Z powodu pandemii na pewno był skromniejszy. Tradycyjnie sezon zaczynamy 1 kwietnia, w tym roku wyruszyliśmy na trasę w połowie lipca. Zamiast kilkunastu etapów było tylko osiem. Startowało mniej zawodników, ale najwytrwalszych nie zabrakło. Finałowy etap był rozgrywany 18 października w Legionowie i na pewno różnił się od spotkań kończących sezon w latach ubiegłych. Nie było świętowania, radośnej fety, zachowywaliśmy konieczny obecnie dystans. Niemniej jednak dla mnie był to sezon udany. W mojej kategorii wiekowej (FM7) wygrałem pięć z ośmiu etapów i zająłem I miejsce, natomiast w klasyfikacji generalnej czyli wśród wszystkich startujących na dystansie Fit byłem piątnasty.

”

Taki oddech i odpoczynek od codzienności jest potrzebny. Po wyścigu, o ile nie nabawię się kontuzji, wracam do pracy z nowymi siłami.

”



### Zachęca pan współpracowników do jazdy na rowerze?

Jak najbardziej. Namawiam też do udziału w zawodach. Był czas, że nasza drużyna rowerowa – Żelazna Grupa MTB, była dość liczna. Startowaliśmy w kilkanaście osób: lekarze, pielęgniarki, położne. Z czasem ciężar reprezentacji spoczął tylko na mnie. A przecież chętnych do jazdy i rowerowej przygody na pewno jest wielu, trzeba tylko wsiąść na rower. Naprawdę warto spróbować. Na rowerze jeżdżę cały rok. ■





---

Wystarczy **tylko raz w roku** odnowić deklarację przystąpienia do programu, by zachować ciągłość ubezpieczenia, które Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie gwarantuje swoim członkom.

---

## OC W SKŁADCE

---

Lekarzu,

**pamiętaj o odnowieniu ubezpieczenia!**

Zrób to online na stronie [www.ins-med.pl/oil-warszawa](http://www.ins-med.pl/oil-warszawa), telefonicznie (+48 577 930 560, +48 577 930 370, +48 577 930 380) lub osobiście w siedzibie OIL w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.

W razie pytań związanych z ubezpieczeniem OC zapraszamy do kontaktu z **INS Services: tel. +48 22 494 36 50, e-mail: [biuro@ins-med.pl](mailto:biuro@ins-med.pl)**.



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza








# 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



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W WARSZAWIE  
Im. prof. Jana Nielubowicza

CER  
MED  
CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY

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 57/R-VIII/20**  
**Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie**  
**z 28 września 2020 r.**

**w sprawie uznawania okresu, w którym lekarz/lekarz dentyista nie realizował programu stażu podyplomowego, za równoważny z realizowaniem tego programu, jeżeli realizował w tym czasie zadania wyznaczone na podstawie art. 15o ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty**

Na podstawie art. 25 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. DzU z 2019 r., poz. 965) oraz art. 15o ust. 3 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. DzU z 2020 r., poz. 514), 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, oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2020 r., poz. 567) uchwała się, co następuje:

§1

1. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie może na wniosek lekarza/lekarza dentyisty uznać okres, w którym ten nie realizował programu stażu podyplomowego, za równoważny z realizowaniem tego programu, jeżeli realizował w tym czasie zadania wyznaczone na podstawie art. 15o ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

2. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały. Dopuszcza się możliwość złożenia wniosku w formie elektronicznej.

3. Podstawą rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 2, jest potwierdzenie wykonania pracy na podstawie art. 15o ust. 1 pkt 1 lub 2 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty ze wskazaniem miejsca wykonywania pracy, okresu, na jaki lekarz/lekarz dentyista został skierowany, oraz wymiaru czasu pracy. Niniejsze potwierdzenie powinno mieć formę zaświadczenia wystawionego przez placówkę, w której lekarz/lekarz dentyista wykonywał pracę na podstawie art. 15o ust. 1 pkt 1 lub 2 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

§2

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie upoważnia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do podejmowania uchwał w sprawie uznawania okresu, w którym lekarz/lekarz dentyista nie realizował programu stażu podyplomowego, za równoważny z realizowaniem tego programu na podstawie niniejszej uchwały.

§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 Nielubowicza

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

**SEKRETARZ REDAKCJI:** Krystyna Bieżańska, 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, 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.**

**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**





## Andrzej Morliński (1942–2020)

Andrzej Morliński urodził się 1 listopada 1942 r. w Krakowie. W latach 50. rodzina przeniosiła się do Warszawy, gdzie uczęszczał do renomowanego Liceum Ogólnokształcącego

im. Władysława IV. Studia medyczne rozpoczął w Lublinie, a ukończył w Warszawie.

Po otrzymaniu dyplomu lekarskiego w 1968 r. odbył staż w stołecznym szpitalu PKP, a w 1969 został powołany do służby wojskowej i pełnił funkcję starszego lekarza garnizonu. W roku 1970 rozpoczął pracę w Pogotowiu Ratunkowym w Warszawie i równocześnie, jako wolontariusz, staż specjalizacyjny z ginekologii i położnictwa w szpitalu przy ul. Mada-lińskiego. W 1974 r. został zatrudniony w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym w Pruszkowie, a dwa lata później zdał egzamin specjalizacyjny I stopnia z ginekologii i położnictwa. Uzyskał wówczas etat w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym przy ul. Żelaznej w Warszawie. Tytuł specjalisty II stopnia z ginekologii i położnictwa zdobył w 1980 r. Po odbyciu przeszkolenia z cytologii onkologicznej podjął pracę na stanowisku starszego asystenta w I Klinice Ginekologii i Położnictwa II Wydziału Akademii Medycznej w Warszawie w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym przy ul. Kondratowicza. Od 1982 r. pełnił funkcję zastępcy kierownika ds. leczenia tej kliniki. Jednocześnie był konsultantem ginekologicznym w Instytucie Wenerologii stołecznej AM i w Centrum Medycyny Sportowej w warszawskiej AWF. Po powrocie z dwuletniego kontraktu zagranicznego (1986) zaczął pracować w Szpitalu Bródnowskim. Równocześnie prowadził Poradnię Andropauzy, Menopauzy i Chorób Sutka. Po oddzieleniu leczenia otwartego od szpitalnego pracował w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Bródno, jako kierownik Poradni Ginekologicznej. W roku 2001 ukończył studia podyplomowe w Szkole Głównej Handlowej, zgodnie z profilem zawodowym – w zakresie zarządzania zakładami opieki zdrowotnej. Prywatną przychodnię otworzył w 2006 r. W latach 2011–2013 pełnił obowiązki dyrektora Domu Lekarza Seniora im. dr. Kazimierza Fritza w Warszawie, został odwołany z przyczyn politycznych.

Osobną dziedziną aktywności publicznej dr. Morlińskiego była praca na rzecz samorządu lekarskiego. Brał udział w jego reaktywowaniu w 1989 r., był delegatem na siedem zjazdów krajowych. Przez pierwszą kadencję pełnił funkcję zastępcy rzecznika odpowiedzialności zawodowej, przez następne – członka ORL w Warszawie (od 2018 r.), a w kadencji szóstej (2010–2014) – członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej NIL. W siódmej kadencji (2014–2018) był przewodniczącym Naczelnej Komisji Rewizyjnej Naczelnej Izby Lekarskiej i to właśnie wtedy, będąc sekretarzem tej komisji, miałem okazję bliżej Go poznać.

Nasza znajomość szybko nabrała cech przyjaźni. Był to m.in. efekt Jego łatwości nawiązywania kontaktów, fachowości oraz propolskich, prawicowych poglądów. W dyskusji Andrzej nigdy nie narzucał swojego punktu widzenia, lecz pozwalał każdemu wyrazić swoje zdanie. Nie pamiętam, by kiedykolwiek podnosił głos, nie pamiętam, by ktokolwiek wyprowadził Go z równowagi i zdenerwował. Jego opanowanie budziło szacunek nawet u oponentów. Miał olbrzymią wiedzę fachową i pozazawodową. Umiał wypowiadać się na każdy niemal temat. Niezapomniane były Jego opowieści dotyczące kontaktów z ludźmi kultury i sztuki, a także ze sportowcami. Trzeba przyznać, że Andrzej umiał o relacjach ze znanymi postaciami opowiadać niezwykle barwnie.

Odszedł niespodziewanie po przegranej walce z podstępą nieuleczalną chorobą. Gdy dowiedziałem się o Jego śmierci od zrozpaczonej żony Jolanty, poczułem ogromny smutek. Odszedł wspomniały kolega, wybitny działacz samorządowy, lekarz z zasadami, a przede wszystkim dobry człowiek. Nie zapomnę nigdy naszych spotkań, rozmów, także związanych z pracą w Libii (Andrzej spędził tam dwa lata, a ja trzy, ale wróciliśmy razem w 1986), a przede wszystkim Jego niezwykłych anegdotycznych opowieści, których był mistrzem. ■

**Maciej Andrzej Zarębski**



**Doktorowi Andrzejowi Sawoniemu**

wyrazy szczerego współczucia  
z powodu śmierci

**Mamy**

składają

Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Warszawie,  
i Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie



Z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

**dr. n. med. Jerzego Borowicza**

specjalisty radiologa,

wieloletniego współpracownika

„Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”.

Felietonisty i historyka środowiska lekarskiego.

Przyjaciela lekarzy, Człowieka pełnego humoru i ciepła.

Rodzinie i Przyjaciołom składamy wyrazy głębokiego  
współczucia.

Komisja Lekarzy Seniorów ORL w Warszawie  
oraz redakcja „Pulsu”



## Katarzyna Rostropowicz-Denisiewicz (1926–2020)

2 września 2020 r. zmarła prof. dr hab. n. med. Katarzyna Rostropowicz-Denisiewicz, wieloletni kierownik Kliniki Reumatologii Wieku Rozwojowego Instytutu Reumatologii, później nazwanego Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie.

Urodziła się 15 kwietnia 1926 r. w Warszawie w rodzinie Heleny z Barańskich – nauczycielki i Władysława Rostropowicza – adwokata. Podczas II wojny światowej była sanitariuszką Szarych Szeregów. Egzamin dojrzałości zdała w lipcu 1945 r. Studiowała na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego, później Akademii Medycznej i znów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Absolutorium uzyskała w czerwcu 1950 r., a dyplom lekarza w 1952. Tę krótką przerwę wypełniło zawarcie małżeństwa z dr. n. med. Rościławem Denisiewiczem, lekarzem wojskowym, znakomitym endokrynologiem, i urodzenie jedyne go syna Bogdana. Zaraz po absolutorium rozpoczęła pracę w Państwowym Sanatorium Przeciwgruźliczym dla Dzieci w Łagiewnikach. W latach 1952–1954 była zatrudniona na Oddziale Dziecięcym i Noworodkowym Szpitala w Elblągu, a od roku 1954 w Poradni D w Warszawie. Równocześnie od roku 1956 w ramach wolontariatu pracowała w II Klinice Chorób Dziecięcych ówczesnej Akademii Medycznej, obecnie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W 1959 r. zdała egzamin specjalizacyjny I stopnia, a w 1962 – II stopnia z pediatrii.

W 1962 r. prof. Katarzyna Rostropowicz-Denisiewicz rozpoczęła pracę w Instytucie Reumatologii w Warszawie. Instytut, działający od 1951 r. przy ul. Nowogrodzkiej 59 w Warszawie, w Szpitalu Dzieciątka Jezus, w 1962 otrzymał nową siedzibę przy ul. Spartańskiej. Powstała Klinika i Poliklinika Reumatologii Wieku Dziecięcego, później Rozwojowego. Jej kierownikiem został prof. dr hab. n. med. Edward Wilkoszewski. Z instytutu przy Nowogrodzkiej oprócz prof. Wilkoszewskiego do kliniki przeszło dwóch pediatrów (dr n. med. Zygmunt Łazowski i dr n. med. Irena Kozicka-Polakowa), dołączyła do nich prof. Rostropowicz-Denisiewicz, a następnie kolejne lekarze. Klinika miała 82 łóżka i poradnię. Pani Profesor prowadziła także wykłady dla pediatrów i pracowała naukowo. W 1968 r. obroniła pracę doktorską, w 1975 habilitowała się. Przedmiotem habilitacji było studium kliniczne nad skrobiawicą u dzieci z reumatoidalnym zapaleniem stawów. W 1973 r. zdała egzamin specjalizacyjny z reumatologii.

Po przejściu prof. Wilkoszewskiego na emeryturę (1976) objęła stanowisko kierownika kliniki. Piastowała je przez 20 lat, do osiągnięcia wieku emerytalnego w 1996 r. W latach 1980–1984 pełniła funkcję przewodniczącej Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. W 1988 r. została odznaczona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodze-

nia Polski. W 1989 Rada Państwa nadała Jej tytuł profesora. Bardzo zaangażowana w pracę kliniczną, wiele czasu poświęcała nam, młodszym lekarzom, wspierając w pracy z chorymi dziećmi. Mobilizowała nas także do pracy naukowej. Wskazywała drogi współpracy z innymi ośrodkami. Była wybitnym przedstawicielem reumatologii dziecięcej, doświadczonym klinicystą i autorytetem dla pediatrów reumatologów z różnych ośrodków reumatologicznych. Kierowała programem specjalizacji wielu przyszłych reumatologów. Była promotorem kilku prac doktorskich, recenzentem prac doktorskich i habilitacyjnych, autorem licznych prac naukowych oraz redaktorem i autorem podręczników.

Po przejściu na emeryturę pracowała jeszcze przez kilka lat w przyklinicznej poradni. Zawsze ciekawa życia, uwielbiała podróże po świecie i odpoczynek w ukochanym Kazimierzu nad Wisłą.

Żegnamy Panią Profesor z serdecznością i wdzięczną pamięcią.

**Lidia Rutkowska-Sak i Piotr Gietka**



12 października 2020 r. zmarł

### prof. dr n. med. Marek Kochmański

długoletni pracownik Lekarskiej Spółdzielni  
Profesorsko-Ordynatorskiej w Warszawie  
przy ul. Waliców, troskliwy, mądry lekarz,  
wspaniały człowiek.

Rodzinie Zmarłego składamy wyrazy  
szczerego współczucia.

Prezes, członkowie zarządu, pracownicy LSPO



Naszej drogiej Koleżance

### Agnieszce Bromirskiej-Mice

wyrazy głębokiego współczucia z powodu nagłej śmierci

### Taty

składają najbliżsi współpracownicy  
Ośrodka Doskonalenia Zawodowego  
Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie





**Władysław Czarski**  
(1935–2020)

11 czerwca zmarł w wieku 85 lat dr Władysław Czarski, pediatra.

Dyplom lekarza uzyskał w 1961 r. po ukończeniu studiów na Wydziale Lekarskim Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Przez całe życie zawodowe był związany z Radomskim Szpitalem Specjalistycznym im. dr. Tytusa Chałubińskiego przy ul. Tochtermiana.

Dr Czarski po odbyciu stażu podyplomowego i uzyskaniu specjalizacji I i II stopnia z pediatrii był kolejno: starszym asystentem, zastępcą ordynatora i ordynatorem Oddziału Pediatrii w RSS. Z chwilą powstania Poradni Specjalistycznych dla Dzieci i Młodzieży zorganizował i poprowadził Poradnię Kardiologii Dziecięcej. Był pionierem kardiologii dziecięcej w Radomiu. Współpracował z klinikami kardiologii dziecięcej Instytutu Pomnika-Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie i Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Wiedza oraz zaangażowanie zdobyło Mu uznanie i wdzięczność małych pacjentów, a także ich opiekunów. Był nauczycielem, przewodnikiem wielu pokoleń lekarzy pracujących, specjalizujących się na Oddziale Pediatrii.

Odszedł od nas wybitny lekarz, pełen twórczego działania, życzliwy Kolega. Pozostanie w naszej pamięci jako wspaniały lekarz, wymagający szef, nauczyciel sztuki lekarskiej.

**Lekarze Oddziału Pediatrii  
Radomskiego Szpitala Specjalistycznego**



Z głębokim żalem zawiadamiamy  
o śmierci naszej Koleżanki

**dr Barbary Punczewicz-Kimszal**

która zmarła 9 października 2020 r.

Pani Doktor była długoletnim pracownikiem  
Lekarskiej Spółdzielni Profesorsko-Ordynatorskiej  
w Warszawie przy ul. Waliców,  
dobrym, troskliwym, mądrym lekarzem,  
wspaniałym człowiekiem.

Rodzinie Zmarłej składamy  
wyrazy szczerego współczucia.

Prezes, członkowie zarządu  
i pracownicy LSPO



**Piotr Zdzisław Pawlak**  
(1930–2020)

Piotr Zdzisław Pawlak urodził się 25 stycznia 1930 r. w Popowie. Studia medyczne odbył na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie (1950–1955). W latach 1959–

1960 pracował w Instytucie Technicznym Wojsk Lotniczych. Jego rozwój zawodowy i naukowy przypadł przede wszystkim na okres pracy w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej (1961–1990). W tym czasie uzyskał specjalizację I stopnia w zakresie medycyny lotniczej i epidemiologii, a pięć lat później, po uzyskaniu specjalizacji II stopnia z neurologii, został ordynatorem Oddziału Psychoneurologii w WIML. Równolegle prowadził badania nad wpływem niedotlenienia na czynność bioelektryczną mózgu u pilotów. W 1975 r. uzyskał stopień doktora nauk medycznych. Był wielokrotnie wyróżniany wysokimi odznaczeniami, m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski oraz Złotym Krzyżem Zasługi. Rada Narodowa m.st. Warszawy nadała Mu Złotą Odznakę Honorową, a za zasługi dla oświaty i wychowania przyznano Medal Komisji Edukacji Narodowej. Służbę wojskową zakończył w stopniu pułkownika. W 1990 r. odszedł na emeryturę, ale pracował nadal w Lekarskiej Spółdzielni Pracy „Zdrowie”, gdzie cieszył się dużym uznaniem i zaufaniem pacjentów.

Płk dr n. med. Piotr Zdzisław Pawlak miał syna i córkę. Kochał rodzinę, cenił przyjaciół, szanował ludzi. Przez wiele lat utrzymywał serdeczne kontakty z grupą kolegów ze studiów. Mimo złego stanu zdrowia regularnie był na naszych comiesięcznych spotkaniach, zawsze pogodny, chętny do udzielenia pomocy.

Zmarł 1 lipca 2020 r. w Warszawie. Odszedł z grona lekarskiego znakomity neurolog, oddany chorym lekarz, życzliwy, dobry człowiek.

Odszedł nasz Przyjaciel, pozostał smutek i wspomnienia.

**Koleżanki i koledzy z rocznika 1950–1955**



Drogiej Przyjaciółce

**dr n. med. Pauli Śliwińskiej-Stańczyk**

wyrazy szczerego współczucia i słowa wsparcia  
z powodu śmierci

**Taty**

składają koleżanki i koledzy z grupy studenckiej.



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

Punkt obsługi: siedziba OIL w Warszawie, ul. Puławska 18 (Biuro Obsługi Lekarza)



# E-skierowanie w pytaniach i odpowiedziach

Już od 8 stycznia 2021 roku skierowania do poradni, szpitali czy na badania diagnostyczne będą wystawiane pacjentom w postaci elektronicznej. E-skierowania będą działać na podobnej zasadzie jak e-recepty. W poprzednim wydaniu opisywaliśmy najważniejsze zasady, związane z wprowadzaniem tego rozwiązania oraz jego zalety dla lekarzy i pacjentów. Dziś przedstawiamy odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania, dotyczące e-skierowań.

## Jak w praktyce wygląda wystawienie e-skierowania?

– Lekarz kierujący pacjenta wystawia i podpisuje e-skierowanie. Może do tego wykorzystać swój system gabinetowy lub bezpłatną aplikację przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia i dostępną w internecie pod adresem [www.gabinet.gov.pl](http://www.gabinet.gov.pl). Czynność ta wygląda analogicznie do wystawienia e-recepty. Wystawione e-skierowanie musi zostać podpisane (podpisem elektronicznym), po czym trafia do ogólnokrajowego systemu e-zdrowie (P1). Pacjent otrzymuje dane dostępowe e-skierowania drogą elektroniczną – jako SMS lub e-mail z czterocyfrowym kodem, o ile podał swoje dane kontaktowe na Internetowym Koncju Pacjenta w serwisie [pacjent.gov.pl](http://pacjent.gov.pl). Pacjent może też otrzymać wydruk informacyjny. Wydanie wydruku jest wymagane, jeśli pacjent nie wskazał swoich danych na IKP lub jeśli po prostu o to poprosił.

## Gdzie pacjent może zrealizować e-skierowanie?

– Pacjent może zarejestrować się z e-skierowaniem w każdej placówce w Polsce. Jeśli przychodnia jest już podłączona do systemu e-zdrowie (P1) i obsługuje e-skierowania, pacjent zapisuje się na wizytę lub badanie, podając 4-cyfrowy kod e-skierowania oraz numer PESEL.

W placówkach, które do 8 stycznia 2021 nie będą jeszcze podłączone do systemu, pacjent, aby zapisać się na wizytę lub badanie musi podać więcej informacji, które znajdują się na wydruku:

- podstawowe informacje o skierowaniu (kto wystawił, z jakim rozpoznaniem)
- 4-cyfrowy kod dostępu i numer PESEL osoby, której wystawiono e-skierowanie lub
- klucz – 44-cyfrowy numer umożliwiający odczytanie e-skierowania; numeryczne przedstawienie kodu kreskowego lub
- numer identyfikujący – identyfikator techniczny umożliwiający rozróżnienie dokumentu w systemie, zawierający różne metadane zgodne ze standardami.

W takiej sytuacji pacjent musi złożyć również oświadczenie, że zapisuje się tylko do jednej placówki. Wzór tego oświadczenia dostępny jest na stronie [pacjent.gov.pl](http://pacjent.gov.pl) w artykule „E-skierowanie przyjazne dla pacjentów”.

## Czy mój dostawca oprogramowania jest gotowy z modułem do obsługi e-skierowań?

– Producenci oprogramowania przygotowali lub przygotowują odpowiednie zmiany lub rozszerzenia pozwalające na obsługę e-skierowań. Na stronie [www.ezdrowie.gov.pl](http://www.ezdrowie.gov.pl) w sekcji poświęconej e-skierowaniu znajdują się aktualizowane informacje o oprogramowaniu poszczególnych dostawców – czy już umożliwia ono wystawianie lub realizację e-skierowania lub w jakim terminie to będzie możliwe.

## Czy e-skierowanie można wystawiać zdalnie?

– Tak. Lekarz może wystawić e-skierowanie zarówno po zbadaniu pacjenta w czasie tradycyjnej wizyty, jak również po zbadaniu pacjenta w czasie teleporady, czyli z wykorzystaniem na przykład komunikatora internetowego lub innego systemu teleinformatycznego.

## W jaki sposób można wystawić e-skierowanie pacjentowi, który nie posiada numeru PESEL?

– Jeśli pacjent nie ma numeru PESEL, do identyfikacji wykorzystywany jest 44-cyfrowy kod kreskowy, znajdujący się m.in. na wydruku informacyjnym. Dlatego w takiej sytuacji należy wystawić e-skierowanie i przekazać pacjentowi wydruk. Na jego podstawie pacjent będzie mógł zrealizować e-skierowanie. W tej sytuacji nie generuje się 4-cyfrowy kod. Dotyczy to np. noworodków bez numeru PESEL lub obcokrajowców.

## Czy na e-skierowaniu trzeba wskazać konkretną placówkę lub rodzaj placówki, do której kierowany jest pacjent?

– W tej kwestii e-skierowanie działa identycznie, jak to było dotychczas w przypadku skierowań w postaci papierowej. Lekarz wskazuje tylko rodzaj placówki, do której pacjent ma się udać, na przykład poradnię kardiologiczną. Według obowiązującej od wielu lat zasady, pacjent sam decyduje, gdzie chce się zapisać na wizytę lub zabieg i nie jest kierowany do konkretnej szpitala ani przychodni.

## Czy pacjent może zrealizować e-skierowanie w prywatnej placówce?

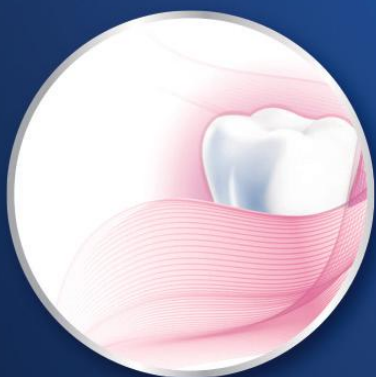
– Wprowadzenie e-skierowania nie zmienia zasad zapisywania się na konsultację czy zabieg. Według obowiązujących zasad, skierowanie jest potrzebne, aby pacjent otrzymał świadczenia finansowane przez NFZ, czyli ze środków publicznych. Tylko w przypadku dwóch rodzajów badań diagnostycznych – badania medycyny nuklearnej oraz tomografii komputerowej - skierowanie jest wymagane zawsze, niezależnie od tego, czy pacjent płaci za nie prywatnie, czy też są one finansowane przez NFZ.

Centrum e-Zdrowia zaprasza wszystkich lekarzy do kontaktu i zadawania pytań, przy pomocy infolinii – numer 19 457 – lub na adres: [e-skierowanie@csioz.gov.pl](mailto:e-skierowanie@csioz.gov.pl).



# Oral-B

## NOWOŚĆ



Tworzy warstwę ochronną,  
która natychmiast  
redukuje nadwrażliwość



Kremowa, delikatna  
konsystencja koi dziąsła



dostępne w drogeriach **ROSSMANN**