

» 100 działań na 100-lecie
aktywnego samorządu
» Operacja równowaga

» W transfuzjologii zrezygnowaliśmy
z chałupnictwa
» Czy nadejdzie *golden age*?

» Mamy prawo do ochrony
przed nienawiścią
» Gdzie ci statyści, prawdziwi tacy?

SPIS TREŚCI

- ▶ IZBA DLA LEKARZY (str. 1, 22, 30, 31, 36, 38) _____
- ▶ NA DZIEŃ DOBRY (str. 2) _____
- ▶ DZIŚ I JUTRO (str. 3) _____
- ▶ SAMORZĄD: 100 NA 100 _____
- 4 100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu** _____
- ▶ OPINIE _____
- 6 Gdy medycyna przyspiesza. Czy nadejdzie *golden age*?**
– Małgorzata Solecka
- 8 Leczymy Mimo Wszystko**
– Artur Drobnik
- 11 Szczepień czar**
– Paweł Walewski
- 12 Przyszłość? Medycyna „na miarę”**
– Paweł Kowal
- ▶ WYNURZENIA I IDEOLOGIE... _____
- 9 Co mnie dziś zabije**
– Jarosław Biliński
- ▶ BEZ ZNIECZULENIA _____
- 10 Stygmatyzacja strukturalna**
– Marek Balicki
- ▶ SŁOWA NA ZDROWIE _____
- 13 Krew**
– prof. Jerzy Bralczyk
- ▶ SAMORZĄD PRZYSZŁOŚCI _____
- 14 „Miejsce akcji”**
– rozmowa z prezesem ORL Łukaszem Jankowskim
- 16 Etyka, logika, przyszłość**
– rozmowa z naczelnym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej Grzegorzem Wroną
- ▶ EPIDEMIA _____
- 18 Gdzie ci statyści, prawdziwi tacy?**
– rozmowa z Markiem Posobkiewiczem
- 20 Dać pacjentowi czas, czyli leczenie osoczem ozdrowieńców**
– rozmowa z Grażyną Rydzewską
- 24 Ozdrowieńcy do leczenia**
– rozmowa z Michałem Chudzikiem



Graf. na okładce: P. Łojek

www.miesiecznik-puls.org.pl

- ▶ MEDIA _____
- 25 #SPRAWDZAM**
– Małgorzata Solecka
- 32 #W_ETERZE** _____
- ▶ KADRA MEDYCZNA _____
- 26 Nie ma cudów**
Michał Niepytalski
- ▶ SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW _____
- 28 Kotwice w rejsie do przyszłości**
– Dariusz Paluszek
- 29 Stomatologia jutra**
– rozmowa z Pauliną Maciejewską
- ▶ ZABIEGI WIZERUNKOWE _____
- 34 Halo, mówi się...**
– rozmowa z Maciejem Orłosiem
- ▶ PRAWO _____
- 40 Wada wrodzona**
– Aleksandra Powierża,
Karolina Podsiadły-Gęsikowska
- 42 Ustawa o kadrach medycznych w okresie epidemii**
– Filip Niemczyk
- ▶ NA PRZESTRZENI LAT _____
- 46 W transfuzjologii zrezygnowaliśmy z chałupnictwa**
– rozmowa z Wiesławem Jędrzejczakiem
- ▶ PO GODZINACH _____
- 48 To nie jest działalność usłana różami**
– rozmowa z Dagmarą Chmurzyńską-Rutkowską
- ▶ OKIEM NFZ (str. 39) _____
- ▶ BIULETYN ORL (str. 44) _____
- ▶ W PIGUŁCE (str. 50) _____
- ▶ WSPOMNIENIA (str. 52) _____

KIERUNEK - SPECJALIZACJA

SESJA DLA LEKARZY STAŻYSTÓW

HARMONOGRAM

LUTY godz. 18.00 | 19.00 | 20.00

22	interna, <u>onkologia</u> , pediatria
23	radiologia, <u>endokrynologia</u> , med. rodzinna
24	ginekologia, <u>rehabilitacja</u> , psychiatria
25	kardiologia, <u>ortopedia</u> , stomatologia zachowawcza
26	nefrologia, <u>chirurgia ogólna</u> , podsumowanie
27	med. ratunkowa, <u>anestezjologia</u>



ZAPISY DO 15 LUTEGO

 izba-lekarska.pl



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

LEKARZ DOKTOREM?

DROGA DO TYTUŁU DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH

2.03
godz. 16.00-19.00



SZKOLENIE ONLINE
ZAPISY DO 7 LUTEGO
 izba-lekarska.pl



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza



Fot.: K. Bartyzel

RENATA JEZIÓŁKOWSKA

redaktor naczelna

Porozmawiajmy o pogodzie

Ciemne chmury wciąż będą wisały nad psychiatrią. Promyk nadziei można natomiast dostrzec, obserwując sytuację anestezjologii. Kolejki pacjentów – gorąco, coraz goręcej. Profilaktyka – możliwe, że pozostanie w najbliższym czasie niemal w zamrożeniu... Potrzeby stomatologii najprawdopodobniej nadal będą niewidoczne dla systemu. Wszystko wskazuje na to, że niezmiennie wśród personelu medycznego będą miały miejsce skoki ciśnienia. Prognozy dotyczące różnych dziedzin i aspektów ochrony zdrowia to nie jest temat łatwy, lekki i przyjemny.

Ochrona zdrowia w pewnym sensie jest jak pogoda, bo dotyczy nas wszystkich. Warunki atmosferyczne mają znaczenie w naszym codziennym funkcjonowaniu. Warunki leczenia, dostęp do niego, profilaktyka – to bywa kwestią życia i śmierci.

Z kolei wiatr zmian w ochronie zdrowia, w przeciwieństwie do wiatru w dosłownym znaczeniu, zależy od człowieka, od grupy ludzi podejmujących decyzje o finansach, strategii, priorytetach. Wydaje się, że można wpłynąć na wygląd „mapy pogodowej” dotyczącej zdrowia, że powinna być przewidywalna i stanowić oczekiwany efekt konkretnych działań. Czy takiego efektu jak przedstawiony na naszej okładce oczekiwano? Pandemia, owszem, jest gwałtownym, zaskakującym zjawiskiem, którym można wiele usprawiedliwić, ale wcześniej nie było dobrego klimatu dla zdrowia, dla rozmów o zdrowiu, dla zmian w systemie.

Warto wyciągać wnioski i iść dalej. Nie zgadywać. Nie gdybać. Tylko planować i realizować.

Po burzy przychodzi spokój. Jeśli więc epidemia jest burzą, spokój w ochronie zdrowia wcale nie brzmi dobrze. Bo ochronie zdrowia potrzebne będzie poruszenie, nadrobienie wielomiesięcznego spowolnienia i przestojów w kwestiach otoczenia opieką pacjentów z chorobami innymi niż COVID-19. Po burzy nie będzie czasu na odpoczynek. Wracamy więc do wątku poprawy warunków – dla leczenia i leczących (!).

Przyszłość. Na niej skupiamy się w tym numerze „Pulsu”. Punktem wyjścia jest mimo wszystko przeszłość. Przypomi-

namy o przypadającym w tym roku 100-leciu samorządu lekarskiego. Jest o nim mowa w naszych artykułach i wywiadach. 100. rocznicę obchodzimy w formie 100 działań na rzecz lekarzy i lekarzy dentystów, które systematycznie wdraża OIL w Warszawie. Dziesięć razy dziesięć miesięcy – takiego planu się trzymamy.

Poza tym koncentrujemy się na medycynie przyszłości, lekarzach przyszłości, samorządzie przyszłości, nowoczesnych technologiach, kierunkach, w których zmierza świat medyczny. Pochylamy się nad sprawami związanymi z epidemią: szczepieniami, leczeniem chorych osoczem ozdrowieńców (często pada słowo krew), poradniami dla ozdrowieńców, wsparciem po trudnych przejściach, aktualnymi problemami w relacjach lekarz – pacjent. Podsumowujemy naszą obecność w mediach – dziennikarze bardzo często prosili przedstawicieli naszej izby o komentarze na gorąco, rozmowy i eksperckie opinie.

Każdego dnia nasza izba przekonuje się, jak wiele wątpliwości i pytań mają lekarze w związku z zawilgością i wielością zmieniających się przepisów i reguł. Docierają do nas setki zgłoszeń problemów prawnych, na które reagujemy. Zachęcamy do korzystania z pomocy Biura Prawnego OIL w Warszawie i przypominamy, że w Państwa imieniu może interweniować rzecznik praw lekarza, który od tego numeru ma w naszym piśmie własną rubrykę.

Zapraszamy do udziału w organizowanych przez nas wydarzeniach, które w najbliższej przyszłości będą jeszcze realizowane online. Zapraszamy na naszą stronę internetową oraz profil @oilwarszawa w mediach społecznościowych. ■



ŁUKASZ JANKOWSKI
prezes ORL w Warszawie

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

w rozpoczynającym się roku będziemy obchodzić 100-lecie izb lekarskich w Polsce. Jubileusz zawsze są czasem podsumowań, czasem refleksji. Przez pryzmat historii chcemy dziś spojrzeć w przyszłość. Samorząd przyszłości. Jaki jest? Jaki powinien być? Przyszłość? Koniec pandemii?

Chóć piszę te słowa w momencie, gdy rozpoczyna się akcja szczepień ochronnych, nikt chyba nie ma wątpliwości, że przed nami kilka kolejnych pandemicznych miesięcy. Ale co potem? Jak zmieni się system ochrony zdrowia? Czy zostaną wyciągnięte jakiegokolwiek wnioski? Nastąpi zwiększenie finansowania systemu? Na pewno nierozwiązany pozostanie problem niedoboru kadr medycznych. Prognozy nie są w tym względzie optymistyczne, demografia jest nieubłagana, a pandemia dołożyła cegiełkę do wypalenia zawodowego lub chęci emigracji wśród medyków. Domagaliśmy się i domagamy poprawy warunków pracy lekarzy m.in. przez zmniejszenie biurokracji i zapewnienie nam bezpieczeństwa prawnego w wykonywaniu zawodu, co można osiągnąć dzięki wprowadzeniu systemu *no-fault*. Mówiliśmy i mówimy głośno o bólach systemu szkolenia specjalizacyjnego.

Niestety, zamiast ułatwić pracę rodzimym lekarzom, wybrano drogę na skróty – wprowadzenie uproszczonej ścieżki podejmowania pracy w Polsce przez lekarzy z zagranicy. Nie byłoby w tym nic złego – wszak wiele krajów świata zabiega dziś o zagranicznych lekarzy – gdyby nie fakt, że furtkę tę otwarto zbyt szeroko. Zgodę ministra zdrowia na podjęcie pracy w Polsce jako lekarz może otrzymać osoba niemówiąca po polsku albo taka, która nie zdała np. egzaminu LEK. Doprowadzono do niedopuszczalnej wręcz sytuacji: polski absolwent medycyny, który np. nie zdał LEK, jest w gorszej sytuacji zawodowej niż będący w tym samym położeniu cudzoziemiec! Te rozwiązania legislacyjne wprowadzono mimo protestów środowisk medycznych, mimo tłumaczeń, jak prze-

biegać może współpraca z lekarzem nieznającym języka, mimo wytykania szkodliwości zbyt wielu ułatwień. Wizja uzupełnienia niedoboru kadry (za wszelką cenę) była dla decydentów tak kusząca, że nie przekonały ich merytoryczne argumenty.

Obawiam się jednak, że w ten sposób nie osiągną celu – nie uda się załatać dziur kadrowych bez stworzenia dobrych warunków pracy. Jeśli rządzący nie zadbają w końcu o pracujących w systemie lekarzy, niedobór kadr będzie się tylko pogłębiał, a medyków będziemy szkolić głównie „na eksport”. I nie wystarczy system zachęt dla obcokrajowców albo daleko idące ułatwienia administracyjne. Żeby zapobiec ostatecznej katastrofie (która już dziś ma miejsce w systemie), w najbliższej przyszłości należy gruntownie przemodelować całą ochronę zdrowia. „Mądrzy patrzą w przyszłość” – to hasło, wymyślone kilka lat temu przez ówczesnego wiceprzewodniczącego Porozumienia Rezydentów, a dziś wiceprezesa naszej izby dr. Jarosława Bilińskiego. Mimo upływu kilku lat nie straciło na aktualności. Oby to spojrzenie w przyszłość nadeszło jak najszybciej, a przemyślana strategia zastąpiła taktykę gaszenia pożarów.

Na koniec prosba również dotycząca przyszłości. Chcielibyśmy, w ramach świętowania 100-lecia izb, w tym roku przedstawić Państwu 100 inicjatyw, w które angażuje się lub które podejmuje nasza izba. Zachęcam Państwa do działania w samorządzie, wiem, że do grudnia z Państwa pomocą nasz licznik aktywności ma szansę przekroczyć zakładaną setkę. ■

100 działań na 100-lecie aktywnego samorządu

OIL w Warszawie dostosowuje swoje działania do aktualnych potrzeb lekarzy, które z upływem czasu się zmieniają. Dlatego w roku 2021, czyli roku, w którym przypada 100-lecie samorządu, przedstawimy 100 działań będących zarówno nowymi, jak i sprawdzonymi inicjatywami naszej izby. W każdym z 10 zaplanowanych na ten rok numerów „Pulsu” przybliżymy 10 działań. W numerze grudniowym zaś (dokładnie 2 grudnia 2021 r. minie 100 lat od ustanowienia samorządu lekarskiego) szerzej odniesiemy się do historii, podkreślając jednak, że to, co było, jest dla nas inspiracją do działania w przyszłości.

1 „Kierunek specjalizacja” – cykl spotkań online dla młodych lekarzy stojących przed wyborem kolejnego etapu zawodowej drogi. Każde 45-minutowe spotkanie będzie dotyczyło jednej specjalizacji należącej do cieszących się największym zainteresowaniem. Prowadzący specjaliści i lekarze w trakcie specjalizacji podzielą się swoimi doświadczeniami oraz odpowiedzą na pytania uczestników. Termin: 22–27 lutego. Harmonogram i zapisy:



4 Wznawiamy **program stypendialny ORL w Warszawie** – do końca marca (I termin) i do końca września (II termin) przyjmujemy wnioski o dofinansowanie staży, kursów i warsztatów w zagranicznych ośrodkach. Mimo pandemii część wymian personalnych odbywa się, ponadto rozpoczęły się szczepienia przeciwko COVID-19, więc zdecydowaliśmy o powrocie do projektu powstałego z inicjatywy Komisji Współpracy z Zagranicą ORL w Warszawie.



2 OIL w Warszawie zorganizowała 23 stycznia **szkolenie antymobbingowe**. Możemy działać tylko w sprawach, o których wiemy, więc w reakcji na docierające do nas sygnały o przypadkach mobbingu w ochronie zdrowia wyszliśmy z inicjatywą warsztatów online opartych na współpracy z rzecznikiem praw lekarza OIL w Warszawie, prawnikami i psychologami. Celem szkolenia było przekazanie lekarzom praktycznych informacji o możliwościach przeciwdziałania mobbingowi i narzędziach do walki z nim.



5 Czwarta już edycja **certyfikowanego kursu zapewnającego uprawnienia w zakresie kwalifikacji do szczepień ochronnych** miała miejsce 27 i 28 stycznia. W ramach kursu online w 12 miesięcy przeszkoliliśmy już 1600 lekarzy. Program kursu został przygotowany przez Zespół ds. Szczepień OIL w Warszawie i Klub Młodego Wakcynologa Polskiego Towarzystwa Wakcynologii. Szkolenia organizowane są pod patronatem Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego i Ministerstwa Zdrowia.



3 Nasza izba, jako jedyna, powołała specjalny **Zespół ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia**. Od dwóch lat działa on aktywnie m.in. w Internecie, reagując na hejt i godzące w dobre imię lekarzy nieprawdziwe informacje. To reakcja na potrzeby lekarzy pracujących w realiach XXI w.



6 Inicjatywą Zespołu ds. Szczepień, z której korzystają setki lekarzy, jest **program refundacji szczepień przeciwko meningokokom B**. Realizujemy go od początku obecnej, VIII kadencji ORL w Warszawie. Lekarze mogą zgłaszać się po rekompensatę do wyczerpania się puli 100 tys. zł na dany rok.



7 Uruchomiliśmy wsparcie organizacyjne szczepień lekarzy przeciwko COVID-19.

Lekarze seniorzy i inni lekarze potrzebujący pomocy w zapisaniu się, którzy nie zgłosili uprzednio chęci zaszczepienia się w innym punkcie, mogą zapisywać się na szczepienia za pośrednictwem OIL w Warszawie. W styczniu odbywały się one w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. Izba wychodzi naprzeciw oczekiwaniom medyków proszących o pomoc w zgłoszeniach. Więcej na grafice na str. 31.



8

Ruszymy z „Funduszem COVID-19”, w ramach którego izba zapewni wsparcie finansowe lekarzom, którzy ciężko przechorowali COVID-19, będącym w trudnej sytuacji materialnej. Szczegóły: grafika obok.



9

Izba zadba także o zdrowie psychiczne lekarzy, którzy odczuwają skutki epidemii. Pod hasłem „Operacja równowaga” zaplanowaliśmy serię warsztatów online z terapeutą. Pierwszy, związany z tematyką stresu pourazowego, odbędzie się 1 marca. Więcej na str. 22.



10

OIL w Warszawie wnioskuję o pośmiertne przyznanie przez prezydenta RP medali lekarzom zmarłym z powodu COVID-19. Nasz samorząd uznał, że takie uhonorowanie jest ważnym gestem wobec osób wykonujących zawód lekarza, będący zawodem zaufania publicznego, wiążący się ze szczególnym poświęceniem i poczuciem misji. ■



Oprac. Renata Jeziółkowska

FUNDUSZ COVID-19

500 000 ZŁ

indywidualne zapomogi dla lekarzy i lekarzy dentyistów z OIL w Warszawie po przechorowaniu COVID-19 wiążącym się z:

- hospitalizacją z respiratoroterapią
- hospitalizacją z wysokoprzepływową tlenoterapią
- innym ciężkim powikłaniem

wsparcie w wysokości

2500 ZŁ

regulamin:



wniosek:



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza



Fot. archiwum

Gdy medycyna przyspiesza. Czy nadejdzie *golden age*?

MAŁGORZATA SOLECKA

Pandemia COVID-19 sieje w świecie spustoszenie: to nie tylko już ponad 2 mln zgonów przypisanych tej chorobie, ale również wzrost śmiertelności z innych przyczyn, które mają pandemiczny wspólny mianownik – paraliż systemów ochrony zdrowia. Problem dotyczy, w różnym stopniu, wszystkich rozwiniętych krajów świata, niezależnie od poziomu nakładów czy pozapandemicznej wydolności systemu. Dotyczy również Polski.

Trudno o optymizm, zwłaszcza w tej chwili, pod koniec stycznia 2021 r., gdy podskórnie czujemy, że najtrudniejsze chwile ciągle mogą być przed nami, gdy trwa wyścig z czasem, z nowymi mutacjami SARS-CoV-2 i z niedostatkami szczepionek. Ale przecież nie ma żadnych wątpliwości, że każdy kryzys się (kiedyś) kończy. Co więcej, jeśli nie zmarujemy doświadczeń z niego płynących, przyszłość może rysować się w jasnych, a w każdym razie jaśniejszych barwach. Dotyczy to zarówno samej medycyny, jak i organizacji systemu ochrony zdrowia oraz zdrowia publicznego ogółem. Pandemia odblokowała możliwości, jakie wcześniej pozostawały ukryte na zapleczu, traktowane ciągle z podejrzliwością przez zdecydowaną większość interesariuszy systemu ochrony zdrowia. Odblokowała, wydaje się, że trwale, technologie, które pozostaną z nami na zawsze. I zmienią sposób uprawiania medycyny, organizację, a być może i finansowanie systemów ochrony zdrowia. Również w Polsce.

Po pierwsze – telemedycyna. W pierwszych miesiącach pandemii teleporady praktycznie zastąpiły osobisty kontakt lekarza i pacjenta. Z upły-

wem czasu proporcje między wizytami w gabinetach i teleporadami zaczęły się wyrównywać. Ale teleporady – co do tego nie ma żadnych wątpliwości – pozostaną pełnoprawnym narzędziem opieki nad pacjentami i sposobem komunikacji pacjent – lekarz. Lekarze POZ twierdzą nawet, że w tej chwili zdarza się, iż wręcz muszą przekonywać pacjentów do osobistej wizyty w poradniach, jeśli widzą taką konieczność. Co prawda, część pacjentów uskarża się na ograniczenie dostępu do lekarza, wyżej stawiając możliwość osobistej rozmowy i badania fizykalnego, ale przełom już się dokonał. To, co obliczone było na lata, przez pandemię udało się zrobić dosłownie w kilka tygodni. Rzecz jasna, teleporady to jeszcze nie jest telemedycyna. Można się jednak spodziewać dalej idących rozwiązań – że są możliwości (i potrzeby) pokazał choćby niezbyt udany program DOM (czyli monitorowanie stanu pacjentów z COVID-19 za pomocą pulsoksymetrów). Najtrudniejsze są pierwsze kroki, a te mamy już za sobą. Nawet jeśli wypadły nieporadnie, to je wykonaliśmy. Telemedycyna w czasie pandemii jest i dla lekarzy (pracowników ochrony zdrowia), i dla pacjentów rozwiązaniem bezpieczniejszym (oczywiście, muszą być spełnione pewne warunki, niekiedy po prostu telemedycyna jest niewystarczającym środkiem opieki czy pomocy). Zarówno w czasie pandemii, jak i po jej zakończeniu jest i będzie: wygodniejsza, tańsza, ale może być również bardziej efektywna. Rozwiązania telemedyczne, jeśli będą rozwijane, w dużym stopniu pomogą zniwelować nierówności w dostępie do lekarzy, również specjalistów. Można postawić tezę, że po zakończeniu pandemii telemedycyna będzie nadal stanowić istotną część systemu ochrony zdrowia zorientowanego na wartość, systemu opieki kompleksowej i skoordynowanej, jaki chcielibyśmy budować.



Po drugie, boostery w przemyśle farmaceutycznym – cyfryzacja, kooperacja, konkurencja. Pod koniec 2019 r. na portalu Medycyna Praktyczna, w tekście podsumowującym medyczne aspekty kończących się 12 miesięcy, udało mi się napisać coś na kształt prorocstwa: „W ostatnich tygodniach mijającego roku Unia Europejska i Stany Zjednoczone dopuściły do obrotu pierwszą szczepionkę przeciw Eboli, której skuteczność została wcześniej potwierdzona podczas epidemii w Demokratycznej Republice Konga. (...) To przełom w walce ze śmiertelnym wirusem. Niestety – tylko jednym z wielu, które coraz mocniej straszą kraje Starego Kontynentu i Ameryki Północnej. To bezpośredni skutek ocieplania się klimatu, więc w laboratoriach trwa wyścig z czasem, bo groźne wirusy, przenoszone przez owady występujące jeszcze niedawno wyłącznie w strefach tropikalnej i subtropikalnej, wędrują coraz dalej na północ. Świat nauki nie ma wątpliwości: opracowywanie szczepionek tradycyjnymi metodami trwa zbyt długo. W czerwcu w czasopiśmie »Vaccines« opublikowano wyniki badań naukowców z Indian Institute of Science w Indiach i Icahn School of Medicine w Mount Sinai w Nowym Jorku, którzy proponują nowe sposoby pracy nad szczepionkami, oparte o analizę globalnych danych na temat chorób zakaźnych. Naukowcy proponują użycie modeli matematycznych w pracy nad szczepionkami, które miałyby zastąpić (lub przynajmniej uzupełnić) tradycyjne metody prób i błędów”.

Dosłownie kilka tygodni później naukowcy z najważniejszych ośrodków i laboratoriów liczących się firm farmaceutycznych oraz biotechnologicznych stanęli do wyjątkowego wyścigu. Cel był sprecyzowany niezwykle jasno: jak najszybciej opracować szczepionkę, a raczej szczepionki, przeciw SARS-CoV-2. Jak najszybciej, czyli nie w pięć czy dziesięć lat, ale... Na początku mówiono, że to musi potrwać dwa lata. A przynajmniej półtora roku. Tempo wydawało się i tak szalone, wcześniejsze doświadczenia firm amerykańskich i europejskich to pięć, nawet dziesięć lat badań, testów tylko niekiedy zwieńczonych zgodą agencji lekowych na dopuszczenie do obrotu. Tymczasem szczepionki przeciw COVID-19 firm Pfizer i Moderna powstały dosłownie w ciągu kilku tygodni po opublikowaniu przez chińskich naukowców dokładnego kodu genetycznego wirusa.

Tak naprawdę proces trwał o wiele dłużej, bo tylko nad technologią pracowano ponad dekadę. Ale efekt jest oszałamiający

– choć nowe mutacje SARS-CoV-2 straszą świat, wiadomo, że szczepionki oparte na mechanizmie mRNA będzie łatwo zmodyfikować, gdyby już zidentyfikowane i kolejne szczepy okazały się odporne (całkowicie lub w dużej części) na obecne szczepionki.

Po trzecie, samoświadomość i analiza danych. Niemal od początku pandemii było jasne, że nowy wirus zagraża wszystkim, bo paraliżuje system opieki zdrowotnej, z którego w każdej chwili może musieć skorzystać również człowiek młody i zdrowy, ale wprost zagraża najbardziej osobom starszym i obciążonym chorobami przewlekłymi. Statystyki są w tej sprawie nieubłagane: nawet ponad 90 proc. ofiar śmiertelnych COVID-19 stanowią osoby obciążone minimum jedną chorobą przewlekłą. Z dnia na dzień cukrzyca, choroby układu krążenia, ale również otyłość – a więc choroby cywilizacyjne – stały się czynnikami ryzyka zgonu z powodu „banalnego” wirusa, atakującego drogi oddechowe (wiadomo, że SARS-CoV-2 takim wirusem nie jest, ale tak był przedstawiany nie tylko w pierwszych tygodniach pandemii).

Choć eksperci z obszaru zdrowia publicznego od lat tłumaczyli, jak wielką rolę odgrywa indywidualna odpowiedzialność za stan swojego zdrowia, te argumenty nie trafiały do przekonania obywatelom, a decydenci też nie wydawali się przesadnie zmotywowani do tego, by (poza deklaracjami) stawiać na profilaktykę i promocję zdrowego stylu życia, prozdrowotnych wyborów. Najlepszym dowodem – wysokość nakładów na profilaktykę w budżetach zdrowotnych państw wysokorozwiniętych (Polska – maksymalnie 3 proc.). Można mieć nadzieję, że z pandemii zostaną wyciągnięte właściwe wnioski (choć pandemia, jak informowała w ostatnich tygodniach WHO, raczej przyczyniła się do pogłębienia problemów zdrowotnych, bo statystycznie każdy z nas przytył około 2 kg). Samoświadomość i większa dbałość o stan zdrowia, nawet jeśli wyraża się początkowo poszukiwaniem skrótowych dróg do poprawy odporności („morsowanie”), jest nadzieją na przynajmniej częściowe odciążenie systemów ochrony zdrowia w perspektywie kolejnych kilku, kilkunastu lat. A tego odciążenia ochrona zdrowia, nie tylko w Polsce, będzie bardzo potrzebować, bo będzie się musiała zmierzyć z falą problemów zdrowotnych stanowiących efekt pandemii. ■



Fot. archiwum

Leczmy Mimo Wszystko



ARTUR DROBNIAK

zastępca sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej,
członek Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Czy nasze poświęcenie nie jest już jedynie dryfowaniem rozbitków z zatopionego okrętu pod nazwą „Polska Opieka Zdrowotna”?

W listopadzie 2020 r., po kilkuletniej przerwie, ponownie zawiązało się Porozumienie Organizacji Lekarskich. Tym razem w jego skład weszły: Naczelna Izba Lekarska, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Rezydentów, Porozumienie Chirurgów. Liderzy organizacji wspólnie wyznaczyli drogę „do brzegu” dla decydentów ochrony zdrowia, formując „dziewiątkę POL”. Zgodnie z przewidywaniami politycy są ślepi na te inicjatywy, ale...

W otaczającej nas przygnębiającej atmosferze pozostania samymi na placu boju z problemami zdrowotnymi pacjentów organizacje skupiające lekarzy próbują dodać promyk nadziei związanej z naszą, często bohaterską, pracą.

Idea zrodziła się z internetowego ruchu powstałego w drugiej połowie ubiegłego roku pod hasztagiem [leczymymimowszystko](#). Mimo że nie mieliśmy i w niektórych miejscach nadal nie mamy zapewnionych środków ochrony osobistej. Mimo że podczas pandemii naszą jedyną nagrodą były początkowe oklaski, a potem już tylko narastała pogarda. Mimo że przepisy tarcz antykrzysowych nie wspierały pracowników ochrony zdrowia w żaden znaczący sposób. Mimo że żyjemy (nadal!) w chaosie organizacyjnym i prawnym związanym z funkcjonowaniem placówek ochrony zdrowia. Mimo że straciliśmy część kolegów z pracy, którzy zarazili się od pacjentów. Mimo że chce się nas wtrącać do więzienia za niezawinione zdarzenia niepożądane (w ramach tarczy pomocowej do walki z pandemią – ach, czego się nie robi dla tych pokrzywdzonych ludzi). Mimo że w mediach byliśmy ukazywani jako krezusi żerujący na pandemii, gratyfikowani bajońskimi dodatkami do wynagrodzeń. Mimo że przedstawianych publicznie wynagrodzeń nie zobaczyliśmy na naszych kontach, nawet w ograniczonym zakresie. Mimo że pluje nam się w twarz, mówiąc, iż nasze wieloletnie (minimum 12-letnie) poświęcenie dla zdobycia zawodu i specjalizacji równe jest maksymalnie kilkuletniemu doświadczeniu lekarzy dopuszczanych do pracy z pacjentami, często nawet bez znajomości języka polskiego.

Mimo tych i wielu innych, niewymienionych przeze mnie problemów, z którymi borykamy się na co dzień w naszych

zakładach pracy lub zgotowanych przez rządzących w postaci kolejnych niekorzystnych aktów prawnych, my wciąż leczymy.

Leczmy Mimo Wszystko.

Jak jeszcze mamy zachęcić społeczeństwo do poparcia nas i docenienia naszej pracy? Myślę, że pandemia COVID-19 pokazała wyraźnie, że nasz system nie działa (chyba nikt nie był tym zaskoczony) i rozsypuje się jak babki z piasku. Myślę, że pandemia niestety pokazała też, że nasze uświadamianie Polakom tego, co się dzieje z systemem opieki zdrowotnej, jest pozbawione sensu. Wydaje się, że gorzej być nie może. Ludzie widzą, że gorzej być nie może, tyle że wciąż za ten stan rzeczy obarczają nas.

Podajemy próby, jako środowisko, gdzieś w tłumie krzyczących podczas pandemii, walczyliśmy, by nas usłyszano, byśmy nie umierali po cichu. W stanie melancholii, która nas ogarnęła, fajnie jest zobaczyć zapał grupy ludzi, którym jeszcze się chce, którzy pewnie jeszcze wierzą.

Zainteresujcie się akcją Leczmy Mimo Wszystko, zapoznajcie się z „dziewiątką POL” na stronie www.leczymymimowszystko.pl. To nie wymaga wielkiego wysiłku.

Spróbujcie rozpropagować akcję wśród pacjentów. Polubcie fanpage akcji na Facebooku, opublikujcie tam zdjęcie z Waszej codziennej walki z systemem, którą wspólnie z naszymi pacjentami czasem wygrywamy.

Skorzystajcie z naklejek z logo akcji, jakie za miesiąc znajdą się w kolejnym numerze „Gazety Lekarskiej” – rozklejcie je w przychodniach, na fartuchach, by ludzie widzieli, by pamiętali.

Skoro tak wiele osób siedzi teraz w domu, ciężko pracując „na offisie”, może zauważą, że jednak lekarze to nie tylko głos w telefonie, ale też niezatrzymująca się machina do walki o zdrowie i życie Polaków nie tylko chorujących na COVID-19.

Organizatorzy akcji Leczmy Mimo Wszystko widzą jej drugie dno i w odpowiednim czasie ją zmodyfikują. Jak zawsze w służbie pacjentów i dla dobra pracowników ochrony zdrowia. ■



Fot. K. Bortyzel

Co mnie dziś zabije

JAROSŁAW BILIŃSKI, wiceprezes ORL w Warszawie

Coraz częściej słyszę, że ludzie żyją w lęku. Lekarze powtarzają schematy dotyczące ilości pracy, obowiązków, zadań. Budząc się rano, odczuwają lęk. Nie jest to już zwykły lęk, ale także antycypacyjny, czyli lęk przed lękiem, w zasadzie przed atakiem paniki. Czy nie jest tak, że otwierasz oczy i myślisz: co mnie dziś zabije? Czy masz lęk przed dniem codziennym, przed tym, co Cię czeka w pracy? Okazuje się, że nie jesteś sam.

Praca wymagająca stałego kontaktu z ludźmi, co więcej, obszar, w którym nauka rozwija się najszybciej, a takim niewątpliwie jest medycyna, wymaga ciągłego wprowadzania innowacji, najwyższego profesjonalizmu, funkcjonowania na wysokich obrotach. Załóżmy, że wyjaśniasz pacjentowi mechanizm choroby i działanie konkretnego lekarstwa – *de facto* tłumaczysz biologiczne podstawy działania leku, przekładając język molekularny na potoczny. Wchodzisz w świat abstrakcji i próbujesz go dla pacjenta oswoić, uziemić, żeby to rozumiał, bo wiadomo, *compliance*. Musiałeś wcześniej przećwiczyć umiejętność mówienia prostym językiem o rzeczach złożonych. A to wcale nie jest łatwe. I tłumaczysz pacjentowi, jesteś zaangażowany, bo lubisz przybliżać ludziom informacje „naukowe”. Wkładasz w to wiele energii. I nagle zdajesz sobie sprawę, że siedzicie w gabinecie, który ma odrapane ściany, albo w oknach są zardzewiałe kraty, drzwi skrzypią, płytki na podłodze odpadają. Krótko mówiąc, jego wygląd odstrasza, a przecież powinien stanowić godne tło pełnego profesjonalizmu i tej abstrakcji molekularnej, o której mówisz. Drukarka nie działa, na wypisie ze szpitala, na którym zaordynowałeś ten mądry lek, jest plama z tuszu. Tłumaczysz pacjentowi mechanizmy molekularne punktu uchwytu tego leku, a właśnie podają obiad szpitalny – jakąś papkę, breję z mięsem sprzed dwóch dni. To się nazywa dysonans, rozdźwięk. Polscy lekarze w tym dysonansie i rozdźwięku muszą odnaleźć nie tylko pacjenta, ale i siebie. System ochrony zdrowia w Polsce jest nieprzystosowany do nowoczesnych metod leczenia. Nie mówimy tu nawet o jakimś sprzecznię, rozwiązaniach technicznych – zwyczajnie infrastrukturalnie nie jest przystosowany. Dobitym przykładem są szpitale działające

w kilku budynkach, w których, żeby zrobić rentgen, trzeba po śniegu lub błocie iść do innego budynku. Takie miejsca istnieją i wcale nie są rzadkie. Spójrzmy na psychiatrię – przecież to zbrodnia przyjmować pacjenta z depresją albo po próbie samobójczej do pomieszczenia w piwnicy, gdzie jest ciemno lub odwrotnie – goła żarówka świeci prosto w oczy, jak na przesłuchaniu.

Rozdźwięk i dysonans napotykamy codziennie. Dzięki zaangażowaniu uda nam się coś zrobić, przynajmniej zminimalizować ryzyko, że pacjent ten rozdźwięk dostrzeże i będzie nam wstyd. Polak potrafi. Najgorzej, jeśli ten rozdźwięk prowadzi do wypalenia zawodowego i lekarz, pielęgniarka, ratownik stają się mumią.

Wtedy nie zadają już sobie nawet pytania, co mnie dziś zabije? Oni już zostali zabici. Dlatego, kiedy czujesz dysonans, rozdźwięk w czyjejs wypowiedzi, niezależnie czy mówi to minister, ordynator, czy Twój kolega lekarz, zareaguj, ujawnij to. Inaczej wciąż zdarzać się będą takie kurioza jak obskurne budynki przykryte płachtą z namalowanym nowoczesnym wieżowcem, jak

na Euro 2012, albo oddziały covidowe stworzone za pomocą folii, taśmy klejącej i prętów. Kontekst ma znaczenie, np. nowoczesne leki na raka nie dadzą właściwych wyników bez leczenia wspomagającego infekcji, anemii, zaburzeń elektrolitowych. Pacjent leczony za pomocą nanorobota chirurgicznego, który trafi po zabiegu na salę ze ścianami pokrytymi grzybem, może umrzeć z powodu inwazyjnej grzybicy. Lepiej wiedzieć, co nas dziś zabije. Można zapobiec. Przynajmniej trzeba próbować. ■

” Pacjent leczony za pomocą nanorobota chirurgicznego, który trafi po zabiegu na salę ze ścianami pokrytymi grzybem, może umrzeć z powodu inwazyjnej grzybicy. ”



Fot. archiwum

Stygmatyzacja strukturalna

MAREK BALICKI

Różnego rodzaju regulacje i praktyki instytucji obdarzonych pewną władzą, które przyczyniają się do dyskryminacji osób chorujących psychicznie, określane są mianem stygmatyzacji strukturalnej. W dużym stopniu wynika ona ze złożonych uwarunkowań historycznych, ekonomicznych lub społecznych. Mniejszą rolę odgrywają indywidualne uprzedzenia wpływowych jednostek związanych z tymi instytucjami.

Stygmatyzacja taka jest trudno uchwytna, ale powoduje znaczne szkody. W jej efekcie sami stygmatyzowani zaczynają dzielić i odnosić do siebie negatywne stereotypy dotyczące ich grupy. To prowadzi do pozbawiania osób chorujących psychicznie szans życiowych, do ich społecznego wykluczenia i izolacji, spadku samooceny, utraty wiary w skuteczność własnych działań, poczucia beznadziejności i pogorszenia jakości życia.

Przykładem stygmatyzacji strukturalnej jest niedostateczny poziom finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej skutkujący dominacją archaicznego modelu opieki opartego na szpitalach i małą dostępnością innych form pomocy, zwłaszcza środowiskowych. Na psychiatrię przeznaczona jest u nas mniej niż 3,5 proc. ogółu wydatków na ochronę zdrowia, gdy przeciętna europejska wynosi 5–7 proc. Nadzieję dają zainicjowane w ostatnim czasie działania, których celem jest upowszechnienie modelu środowiskowego połączone ze znacznym zwiększeniem nakładów.

Dzisiaj mamy pandemię i coraz liczniejsze głosy

środowisk psychiatrycznych o konieczności przyznania pierwszeństwa w szczepieniach przeciwko COVID-19 osobom z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa i nawracające ciężkie depresje. Mówi o tym m.in. artykuł z najnowszego (lutego) numeru „World Psychiatry” wydawanego przez Światowe Towarzystwo Psychiatryczne.

Autorzy publikacji przypominają, że nawet bez uwzględnienia COVID-19 wśród osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi odnotowuje się od dwóch do trzech razy wyższy współczynnik umieralności niż w populacji ogólnej, co skutkuje krótszym trwaniem życia o 10–20 lat. Przyczyną są głównie współistniejące choroby „somatyczne”. Osoby z zaburzeniami psychicznymi są bardziej narażone na rozwój chorób układu krążenia i oddechowego, cukrzycy i otyłości.

I najistotniejsze w tej sprawie: wyniki ostatnich badań wskazują, że wśród tych osób ryzyko zachorowania na COVID-19 jest od pięciu do siedmiu razy wyższe niż w całej populacji. Wyższe jest także ryzyko ciężkiego przebiegu choroby i śmierci.

Jedną z zasad przyjętych w naszej strategii szczepień jest priorytetowe traktowanie grup, które mogą doświadczyć nieproporcjonalnie większych obciążeń zdrowotnych w wyniku epidemii COVID-19. Grupą taką są niewątpliwie osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Przygotowana przez Radę Medyczną lista chorób przewlekłych, dająca cierpiącym na nie pierwszeństwo w ramach drugiego etapu szczepień, nie obejmuje grupy zaburzeń psychicznych, ale wzięto pod uwagę możliwość jej aktualizacji.

W świetle istniejących dowodów trzeba to jak najszybciej zrobić. Nieuwzględnienie poważnych zaburzeń psychicznych w strategii szczepień będzie bowiem odbierane jak kolejny przejaw stygmatyzacji strukturalnej. ■

Jedną z zasad przyjętych w naszej strategii szczepień jest priorytetowe traktowanie grup, które mogą doświadczyć nieproporcjonalnie większych obciążeń zdrowotnych w wyniku epidemii COVID-19.

”

”



Fot. L. Zych, „Polityka”

Szczepień czar

PAWEŁ WALEWSKI

Do szczepienia personelu medycznego przeciwko COVID-19 rząd wybrał w całym kraju ponad 500 szpitali i nadał im nazwę węzłowych. Ale sama akcja stała się węzłem gordyjskim, którego wielu do dzisiaj nie potrafi rozwiązać.

Pierwszy miesiąc nowego roku upłynął pod znakiem masowych szczepień personelu medycznego. Z tą masowością nie należy przesadzać, a skandal, który wybuchł na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, nie odwrócił uwagi od nieporadnej logistyki dostaw szczepionek, która świadczyła o słabym przygotowaniu rządzących do operacji. A może po prostu zabrakło im wyobraźni? Ktoś powiedział, że na niewydolną, zdewastowaną przez pandemię ochronę zdrowia nałożono bezprecedensowe zadanie zaszczepienia 31 mln obywateli i to dwukrotnie, bo przecież takie są wymagania w przypadku pierwszych szczepionek.

Zasadniczym testem dla narodowej (a jakże!) strategii firmowanej przez cały rząd, a ministra zdrowia w szczególności, jest jednak nie etap zerowy, kiedy szczepiono przeważnie medyków i najbliższej powiązane z nimi osoby, lecz etap pierwszy, zainicjowany dopiero z końcem stycznia. Jeśli nie wszystkie szpitale węzłowe radziły sobie z zamawianiem dostaw albo nie wiedziały, co zrobić z niewykorzystanymi szczepionkami (tu cieniem położył się przykład srogo ukaranego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego), jak zapanują nad tym poradnie podstawowej opieki zdrowotnej albo prywatne ambulatoria specjalistyczne, w których punkty szczepień utworzono po raz pierwszy, z kadrą i ochotnikami bez doświadczenia w kwalifikowaniu do tego typu zabiegów? Zgłaszający się na szczepienie też będą teraz inni – nawet jeśli gotowi są pod-

dać się mu dobrowolnie, znają specyfikę szczepionki i swój organizm dużo gorzej niż profesjonalni medycy. Przygotowanie ich do szczepienia będzie o wiele trudniejsze, a ryzyko, że wystąpienie działania niepożądanego lub najdrobniejszy nawet błąd spowoduje raban na skalę ogólnopolską, jest dużo wyższe.

Pod tym względem akcja szczepień w Centrum Medycznym WUM grupy znanych aktorów i biznesmenów miała kilka pozytywów. Po pierwsze, w pewnym sensie była dla personelu zaprawą przed godziną zero, czyli właściwym etapem szczepienia osób niezwiązanych w żaden sposób z medycyną. Po drugie, pokazała większości obywateli – często sceptycznie nastawionych do nowych szczepionek – że są one towarem deficytowym, o który warto się bić, czyli zabiegać przez wszelakie koneksje. Nawet jeśli żaden z zaszczepionych w grudniu niemedyków sam niczego sobie nie załatwił, jedynie znalazł się na liście obdzwanianych z zaproszeniem do przychodni, omijanie kolejek

Na niewydolną, zdewastowaną przez pandemię ochronę zdrowia nałożono bezprecedensowe zadanie zaszczepienia 31 mln obywateli i to dwukrotnie.

(choćby niekonstytucyjnych, jak ta do szczepień) oraz korzystanie ze świadczeń po znajomości, to zawsze dla niezdecydowanych największa zachęta. Czy na tym właśnie polegać miała makiaweliczna akcja promocyjna z udziałem znanych aktorów, nie dowiemy się pewnie nigdy, ale gdy w styczniu przeprowadzono sondaż na temat gotowości do przyjęcia szczepionki, odsetek zwolenników był o 25 proc. większy niż dwa miesiące przed aferą.

Za to z relacji przedstawionej mediom przez odwołaną prezes placówki, w której szczepiono w Warszawie niewłaściwe osoby, można wyciągnąć wniosek, że nawet podczas niestandardowej akcji szczepień, jaka w tym roku spadła na ochronę zdrowia, wciąż działa ona w oparciu o swoje standardowe, bałaganiarskie metody: półprywatne telefony, nierealistyczne decyzje, dogadywanie umów na ostatnią chwilę, wysuwanie karkołomnych żądań przez NFZ w stosunku do rozliczanych spółek. Taka nasza, codzienna, narodowa partyzantka. ■



Fot. archiwum

Przyszłość? Medycyna „na miarę”

PAWEŁ KOWAL

Rozmowy o medycynie przyszłości najczęściej toczą się jak opowieści z dreszczowców – wizja mikrobów zabijających gatunek ludzki rozpala wyobraźnię. A może przyszłość przed nami inna?

Może czas pomyśleć o przyszłości w kategoriach szansy, przed jaką staje polska niedoinwestowana służba zdrowia. Czym będzie „medycyna przyszłości”? Będzie to medycyna szyta na miarę, jak marynarka u najlepszego krawca. Wiele chorób, szczególnie tych, w opinii ludzi najgroźniejszych, stanowi reakcję organizmu na warunki środowiskowe. Bardzo często mają genetyczne podłoże w tym sensie, że je dziedziczymy, mamy do nich skłonność, ale także są po prostu błędem DNA, który powstaje podczas podziału komórek. Lek może być dostosowany do każdej z tych sytuacji. Każdy dostanie swój zestaw i swoją dawkę – to przyszłość, która jest tuż za horyzontem. Ludzie pytają: „kiedy nas będzie na to stać?”. Odpowiedź jest prosta: a czy stać nas np. na leczenie wszystkich chorych na nowotwory w taki sam sposób, bardzo obciążającymi dla organizmu metodami? Dzisiaj na świecie istnieje już sporo możliwości opracowania wycelowanych leków, przygotowanych na podstawie profilu genetycznego konkretnego pacjenta.

Jak spełnić marzenie o inteligentnej medycynie? Trzeba postawić na metody sekwencjonowania DNA. To zbyt skomplikowany proces, by przeprowadzić go bez udziału państwa. Podstawowe pytanie do polityków brzmi: jak zorganizować ten system? Od czego zacząć? Może powinien powstać narodowy fundusz badań nad terapiami „szytymi na miarę”? Może warto zainwestować w grupę najlepszych lekarzy, może zacząć od uczonych? Może w ogóle rozmowa o postawieniu na nogi polskiej ochrony zdrowia powinna zaczynać się nie od zastanawiania się, jak dogonić inne państwa, ale jak zrobić jeszcze krok dalej i niektórych wyprzedzić? Jak jednym wielkim systemowym ruchem spróbować rozwiązać problemy wielu chorych – na nowotwory, serce, choroby układu krążenia?

W Arabii Saudyjskiej nad technologiami genetycznymi w medycynie pracuje prof. Dorota Monies. Należy do najlepszych na świecie. Gdyby teraz chciała wrócić do Polski, nie mogłaby znaleźć odpowiedniej pracy. Badania nad medycyną „szytą na miarę” prowadzą Francuzi, Hiszpanie i Brytyjczycy. Dlaczego nie Polacy? Może czas zaproponować wspólne europejskie badania i spróbować odegrać w nich rolę lidera?

Dzisiaj myślimy o szczepionkach przeciwko COVID-19, o respiratorach dla najcięższej chorych. Ale to się przecież skończy i trzeba będzie od nowa pomyśleć o wydatkach na służbę zdrowia. ■

doroczny konkurs literacki

„O ZŁOTE PIÓRO ASKLEPIOSA”

temat:

Lekarz w czasie pandemii

nadsyłanie prac (poezja, proza) do 31 maja

Komisja Kultury
DIECJONNA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Irena Niekładowicza

izba-lekarska.pl

ZASADY



Fot. Flickr/P. Drabik

Krew

Prof. JERZY BRALCZYK

Dawne dziwne rzeczowniki z zakończeniem na -y miały w dopełniaczu końcówkę -ve, która wpłynęła na ich późniejsze mianownikowe postacie. Tak z rzeczownika *mrchy* powstała *marchew*, a z *crky* – *cerkiew*. I *krew* ma takie pochodzenie, dawniej był rzeczownik *kry*, który na pytanie „czego?” odpowiadał *krve*, co potem *weszło mu w krew*.

Dawny praindoeuropejski rdzeń *kru-/kreu-* oznaczał krwawe, ociekające krwią surowe mięso (dziś widok może być uznany za niezbyt przyjemny, zresztą widok krwi u wielu budzi wręcz sensacje żołądkowe) i rozwinął się w greckie *kreas* oraz łacińskie *cruur* – o tychże znaczeniach. Bulgoczące germańskie *blood* czy *blut* mają niepewne pochodzenie, podobnie śpiewne romańskie *sanguis*, *sangue* czy *sang*. Słowiańska *krew* wydaje się najbardziej krwawa.

Słowo *krew* ma u nas ogromną frazeologię i metaforykę, często piękną i szlachetną. Jest *krew zimna* (dobra!) i *gorąca* (też); *błękitna*, *czysta*, *świeża* – ale i *nagła*, która może *zalać* (zwykła też czasem *zalewa*, co już niemiłe). Gdy kto *krwaki*, *krew* u niego może *żywiej krążyć* (dobre), a gdy jeszcze żywiej, to *się burzy* (mniej dobre). Taka *krew* już jest *ognista*. Bywa gorzej, gdy coś lub ktoś komuś *psuje krew*.

I, oczywiście, *krew leje się* na polach bitew – tych metaforycznych i prawdziwych. Można nią *broczyć*, gdy własna, i *brodzić* w niej, gdy cudza. Makabryczno-patriotyczne sienkiewiczowskie teksty *ociekają krwią*. Pełno tam *zapachu krwi*. Miało to dodawać ducha, a i *krew w żyły wlewać*. „Duch grał i krew grała”. „Do krwi ostatniej kropili

z żył” mieliśmy „bronić ducha”, a Kościuszko miał „pa-trzeć na nas z nieba, jak w krwi wrogów będziem brodzić”. W „Strasznym dworze” Miecznik wymagał od przyszłego zięcia, by „dla swej ziemi macierzystej” był gotów wręcz „na skinienie oddać krew”. Taka *krew* ma też znamiona ofiary – to się nazywa *ofiarna krew*. Z tej *ofiary krwi* można coś zbudować, a zresztą sama ofiara dobrze nas określa, a „z dymem pożarów, z kurzem krwi bratniej” nasz bijący

do Pana głos może łatwiej do Niego trafić. Pacholeta uczono specjalnym katechizmem miłości do ojczyzny, która jakoby została „zdo-byta krwią i blizną”.

Krwawy patriotyzm i dziś w modzie, bo *krew*, gdy nasza, to lepsza – takie narodowe identyfikacje są stosunkowo proste i łatwo

Słowo *krew* ma u nas ogromną frazeologię i metaforykę, często piękną i szlachetną.

satisfakcjonujące. Chodzi tu nie tylko o patriotyzm, także o przynależność w węższym sensie. Gdy kto *krew z krwi*, *a kość z kości*, to nasz – a *krew nie woda* (dawniej znaczyło to tyle, co ‘bliska ciału koszula’, potem dopiero odniosło się do erotycznego temperamentu). Choć *krew krewnych* wydaje się trochę dalsza.

Nieco inne, lecz podobne, jest odniesienie klasowe. Kolor sztandaru „jest czerwony, bo na nim robotników *krew*”, którą „długo leją katy”. I „nadejdzie jednak dzień zapłaty”, zapewne także pełen krwi, tym razem przelanej sprawiedliwie. I w ogóle, jak „oko za oko”, tak „*krew za krew*”! A szczególnie okrutni tyrani łatwo zyskiwali sobie krwawe przydomki.

Zresztą nawet prywatne *zniewagi wymagają krwi*. Gdy sami się nie zemścimy, nasza *krew spadnie na głowy krzywdzicieli*, *krwiopijców* na przykład.

Pełno *krwi* w naszym języku, *krwawy* on, że strach. ■



„Miejsce akcji”

Temat przyszłości odgrywa ważną rolę w tym numerze naszej samorządowej gazety. A jaką rolę samorząd lekarski odegra w przyszłości? O tym, co może i co powinno mieć miejsce, mówi prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie **Łukasz Jankowski** w rozmowie z Renatą Jeziótkowską.

Jaki powinien być samorząd przyszłości?

Samorząd musi zmieniać się tak, jak zmieniają się lekarze i ich potrzeby. Widzę dwie możliwości. Wraz z rozwojem techniki coraz bardziej oddalamy się od siebie, komunikujemy się i funkcjonujemy na odległość. Nie mówię tu tylko o czasie pandemii, ale o ogólnym trendzie – rozwój telemedycyny zmienia na naszych

oczach relacje lekarz – pacjent i lekarz – lekarz. Niewykluczone, że funkcjonowanie środowiska lekarskiego będzie od pewnego momentu polegać głównie na kontaktach w przestrzeni wirtualnej, skupianiu się w grupach w Internecie, a potrzeba organizowania się i samorządności w obecnym rozumieniu zniknie. Z drugiej strony możliwe, że przedłużające się funkcjonowanie na odległość zrodzi po jakimś czasie potrzebę jeszcze silniejszego niż dotychczas stowarzyszenia

się, integracji, spotkań i tworzenia grupowej tożsamości. Zatem albo lekarze nie będą potrzebować organizacji takich jak samorząd lekarski, albo wręcz przeciwnie – nastąpi wzmocnienie potrzeby samorządności naszej grupy zawodowej. Celowo odbiegam od odpowiedzi na pytanie: „jaki powinien być samorząd lekarski przyszłości”, bo moim zdaniem nie można mówić o samorządzie w oderwaniu od lekarzy. Samorząd przyszłości powinien być

dokładnie taki, jakiego będziemy potrzebowali. Izba jest naszym narzędziem, spełnia wiele funkcji. Jeśli pojawią się nowe zadania, będziemy musieli to narzędzie do nich dostosować. Na pewno izba jest z upływem czasu coraz mniej organizacją czy strukturą, a coraz bardziej „miejscem akcji”, „początkiem działania”. Sądzę, że to dobry kierunek na przyszłość.

Wobec tego, czy OIL w Warszawie jest lub będzie samorządem przyszłości?

W OIL w Warszawie staramy się reagować na potrzeby środowiska i dostosowywać nasze działania do sytuacji i codziennych lekarskich trudności. Nasze hasło „Izba dla lekarzy” oznacza, że chcemy być jako izba po prostu użyteczni lekarzom. Obecne tempo życia, rozwój techniki i wiedzy medycznej są bardzo szybkie, można więc zaryzykować stwierdzenie, że już dziś jesteśmy lekarzami przyszłości. A skoro tak, to organizacja zrzeszająca lekarzy przyszłości zasługuje na nazwę samorządu przyszłości.

Co pana zdaniem należy zmienić w funkcjonowaniu samorządu lekarskiego?

Stawiamy na rozwój nowoczesnych technologii, jesteśmy w trakcie modernizacji strony internetowej, wprowadzamy ułatwienia w przepływie informacji i kontakcie członków samorządu z izbą. Chciałbym, żeby do końca kadencji każdą administracyjną sprawę można było w izbie załatwić zdalnie, bo wiem, jak ważny jest dla lekarzy czas, który mogliby dzięki tym rozwiązaniom oszczędzić. A także, by członkowie izby mogli niemal natychmiast dowiadywać się o nowych projektach. Staramy się zapewniać lekarzom bycie na bieżąco w zakresie postępów nauki, np. organizujemy wspólnie z IBM warsztaty dla lekarzy stażystów dotyczące sztucznej inteligencji w medycynie, szkolenia z telemedycyny. Na pewno mamy wiele do zrobienia, jeśli chodzi o poprawę kontaktu ze wszystkimi członkami izby, ale nie uważam, że akurat to powinno być ambicją samorządu. Izba ma być narzędziem, z którego lekarze mogą skorzystać w kryzysowej sytuacji, miej-

Na pewno izba jest z upływem czasu coraz mniej organizacją czy strukturą, a coraz bardziej „miejscem akcji”, „początkiem działania”. Sądzę, że to dobry kierunek na przyszłość.

scem wsparcia, rozwoju zainteresowań, inicjatorem działania, kiedy tego potrzebujemy, a nie zajmować centralne miejsce w lekarskim życiu. Dla mnie ważne jest, żeby każdy lekarz wiedział, że może zwrócić się do izby i na pewno otrzyma pomoc.

Czy narzędzia, którymi obecnie dysponuje samorząd, są wystarczające?

Z pewnością brakuje wsparcia legislacyjnego, np. wpisania kompetencji rzecznika praw lekarza do ustawy o izbach lekarskich. To zwiększyłoby jego możliwości działania, a dzięki temu poprawiło przestrzeganie praw lekarzy. Powołaliśmy zespół, którego zadaniem jest wypracowanie propozycji legislacyjnych w tym zakresie i przedstawienie ich decydująco.

Z drugiej strony, stosując narzędzia, które mamy, czasem padamy ofiarą własnego sukcesu. Przykładowo organizowanie przez samorząd w tej kadencji corocznych szczepień lekarzy przeciw grypie (i wyręczenie w tym obowiązku instytucji do tego powołanych oraz pracodawców) przyzwyczaiło członków izby do korzystania z pomocy do tego

Samorząd przyszłości powinien być dokładnie taki, jakiego będziemy potrzebowali.

stopnia, że nie brakuje dziś telefonów z pretensjami, dlaczego nie szczepimy przeciwko COVID-19. Wieloma akcjami wsparcia dla lekarzy rozbudziliśmy oczekiwania względem samorządu, ale nie mam o to do nikogo pretensji. Co więcej, uważam, że tak właśnie powinna wyglądać praca w samorządzie, a reakcja na zgłaszane nam przez lekarzy potrzeby powinna być niezwłoczna. Stąd pomysł pomocy naszym seniorom w zgłaszaniu się na szczepienia przeciw COVID do szpitali węglowych.

Wykorzystujemy narzędzia, które mamy, żeby ułatwić lekarzom codzienne funkcjonowanie. Nie wykluczam jednak, że w przyszłości będziemy potrzebowali nowych, nawet takich, których sobie obecnie nie wyobrażamy. Bo czy ktoś 10 lat temu przewidywał, że media społecznościowe będą tak ważnym narzędziem komunikacji? Świat szybko się zmienia i izba za tymi zmianami nadąża, również jeśli chodzi o narzędzia, których używamy.

Czy przyszłością jest współdziałanie okręgowych izb lekarskich, czy raczej skupienie się przez każdą z nich na lokalnych potrzebach?

Współdziałanie ma sens. Wiele izb wsparło w poprzednim roku naszą kampanię społeczną „Narodowy Kryzys Zdrowia”. My również angażujemy się w działania innych izb, m.in. w kampanię społeczną „SOR(ry) – tu ratuje się życie”, rozpoczętą przez Śląską Izbę Lekarską. Dzięki współpracy nasze sprawy nabierają ogólnopolskiego wydźwięku, a dyskusje o pojawiających się problemach ułatwiają i przyspieszają ich rozwiązanie. Siłą naszej izby jest oczywiście liczba zrzeszonych lekarzy. Jesteśmy największą izbą w Polsce, w sensie administracyjnym obsługujemy największą liczbę lekarzy, mamy więc największą doświadczeń w zakresie działań administracji, sądu lekarskiego, pionu odpowiedzialności zawodowej. Dzięki dużej liczbie członków nasza pozycja negocjacyjna w projektach ogólnolekarskich jest silna, ale nie wyklucza to przecież wzmocnienia jej przez stowarzyszenie się z innymi izbami lub wymianę doświadczeń. Na współpracy możemy tylko skorzystać. ■

Etyka, logika, przyszłość

Fot. archiwum



Często jest tak, że przepisy zostają w tyle za rzeczywistością osób, których dotyczą, bądź z tą rzeczywistością się rozmiągają. Medycyna, system, realia leczenia pacjentów – wszystko się zmienia. Zmieniają się ustawy, wchodzą w życie nowe rozporządzenia. Czy więc Kodeks Etyki Lekarskiej powinien pozostawać czymś stałym, dającym poczucie stabilności, czy lepsza byłaby ewolucja? Z naczelnym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej dr. **Grzegorzem Wroną** rozmawia Renata Jeziólkowska.

Czy pana zdaniem Kodeks Etyki Lekarskiej jest uniwersalny i adekwatny do dzisiejszych czasów?

Na to pytanie nie da się odpowiedzieć ani tak, ani nie. Sygnalizowałem w 2012 r. ówczesnemu prezesowi NRL, że Krajowy Zjazd Lekarzy powinien się nad tym zastanowić. W 2013 r. mijało 10 lat funkcjonowania kodeksu w obecnym brzmieniu. Uważam, że takie dziesięcioletnie okresy są właściwe. Przyjmuje się, że medycyna w pewien sposób podwaja swój potencjał raz na pięć lat, warto więc podejmować dyskusje o KEL. Nie doszło jednak do tego na żadnym zjeździe. W 2017 r. jako naczelny rzecznik

odpowiedzialności zawodowej zgłosiłem do Komisji Etyki potrzebę dyskusji środowiskowej w kilku aspektach. Jednak komisja uznała, a NRL zaakceptowała ten pogląd, że nie ma w tej chwili potrzeby dyskusji nad Kodeksem Etyki Lekarskiej. Przyjęliśmy do wiadomości, że KEL zostanie opisany interpretacyjnie przez Komisję Etyki Lekarskiej. Należy podkreślić (co jest zapisane w ustawie), że przewinieniem lekarza jest działanie niezgodne z KEL i to rzecznik odpowiedzialności zawodowej podejmuje bardzo ważną decyzję, czy wszczęte postępowanie umorzyć, czy zakończyć wnioskiem o ukaranie. Wniosek o ukaranie trafia do sądu lekarskiego, a w moim przekonaniu nie

ma właściwszego organu do interpretacji wszelkiego rodzaju przepisów, również KEL. Sądzę, że jest nam potrzebna dyskusja o Kodeksie Etyki Lekarskiej. To jedno z najpoważniejszych wyzwań, jeśli nie najważniejszych, jakie stoi przed Krajowym Zjazdem Lekarzy.

Co pana zdaniem należy niezwłocznie zmienić w KEL? Czy zawiera martwe lub archaiczne zapisy?

Uważam, że w KEL nie ma przepisów martwych, wszystkie są istotne. Jeśli któreś nie pojawiają się podczas postępowań rzeczników odpowiedzialności zawodowej, to znaczy, że są przestrzegane. Jednak KEL częściej określa prawa pacjenta

niż nakazy wobec lekarza i na tym polega problem interpretacyjny. Poza tym mam wrażenie, że ciągle chcemy mówić o rzeczach wzniosłych, a przede wszystkim powinniśmy mówić o oczywistych. Nie wolno nam zaniechać mówienia o rzeczach powszechnie akceptowalnych. Odpowiadając na pani pytanie, poruszę dwa tematy. Po pierwsze – tajemnica lekarska, która chyba za słabo jest broniona. Po drugie – rynkowe udzielanie świadczeń i podejście poprzez kodeks do roli rynku. Te dwa aspekty obejmują grupę przepisów, które należy uznać za priorytety do przedyskutowania.

Jak w pana ocenie ma się reklamowanie siebie, swojej firmy, usług, produktów do zapisów KEL? Często łączy się z tym aktywność lekarzy w Internecie, w mediach społecznościowych.

Myślę, że nie do końca sobie z tą sprawą radzimy. A raczej – różnie rozumiemy rolę rynku w kontekście zawodu lekarza. Inaczej rozumie to młode pokolenie lekarskie, które jest już zupełnie inaczej kształcone. I nie mam tu na myśli uczelni czy rodziny, tylko po prostu normalne życie, codzienną rzeczywistość. Zupełnie inaczej rozumie to starsze pokolenie, często postępowania młodych nie akceptuje. Czy uda się zbliżyć stanowiska różnych pokoleń? Sądzę, że potrzebne jest wzajemne wsłuchiwanie się w argumenty. Powtarzam więc: na Krajowym Zjeździe Lekarzy taka dyskusja powinna się odbyć.

Wielu lekarzy w ramach aktywności w Internecie edukuje, wychodzi do pacjentów, walczy z fałszywymi informacjami, mitami. Ale jednocześnie buduje swoją markę. Na ile jest to akceptowalne, a na ile kłóci się z obowiązującymi przepisami?

Na początku kadencji zostałem zaproszony przez prezesa ORL w Warszawie do udziału w panelu dyskusyjnym związanym z tym właśnie tematem. Byłem niesłuchanie zadowolony, wysłuchanie kolegów bardzo dużo mnie nauczyło. Nawet pomyślałem, że fajnie by było, gdyby wszyscy rzecznicy (mówię o okręgowych rzecznikach) znaleźli trochę czasu, żeby podyskutować. Później,

Trudno mieć pretensje do kolegów, którzy prowadzą prawidłową promocję zdrowia czy prawidłową edukację, że podpisują się pod swymi działaniami imieniem i nazwiskiem. Granica między informacją a reklamą to temat złożony.

”

mimo że chciałem temu tematowi nadać bardzo wysoki priorytet, bieżące sprawy odsunęły go na dalszy plan, a następnie przyszła pandemia... Trudno mieć pretensje do kolegów, którzy prowadzą prawidłową promocję zdrowia czy prawidłową edukację, że podpisują się pod swymi działaniami imieniem i nazwiskiem. Granica między informacją a reklamą to temat złożony. Nie chodzi bowiem o to, czy jest płynna, ale o wrażliwość w indywidualnej ocenie człowieka. W ten sposób wracamy do punktu wyjścia – czy uda nam się sformułować przepisy KEL tak, żeby wszyscy lekarze rozumieli je jednakowo, żeby nie trzeba było dawać interpretacji? Niestety, nie jest możliwe, żeby każdy lekarz, każdy sędzia sądu lekarskiego czy każdy rzecznik rozumiał je tak samo. Na końcu tego łańcucha pozostaje człowiek. KEL interpretuje rzecznik odpowiedzialności zawodowej, który decyduje, gdzie leży granica między reklamą a informacją, co jest niedopuszczalne, co dozwolone, a co wręcz pożądane. W większości decyzje będą uwzględniać indywidualną postawę człowieka, a nie tylko suchy zapis w grubszej albo cieńszej książeczce.

Rzucam hasło: rzecznik odpowiedzialności zawodowej w przyszłości, sąd lekarski w przyszłości.

Jak pan to widzi?

Jestem za mały, żeby to widzieć. Gdybym to widział, pewnie bym podejmował jakieś działania. Dzisiaj rzecznikiem lub sędzią może zostać osoba z co najmniej 10-letnim doświadczeniem zawodowym, czyli mówiąc wprost – u szczytu

kariery lekarza. Kiedyś toczyły się dyskusje, czy rzecznikami, sędziami powinni być lekarze emeryci. Mam szacunek dla najstarszego pokolenia, dla jego doświadczenia życiowego, ale sądzę, że gdy doświadczenie życiowe różni się z doświadczeniem zawodowym, różni się z praktyczną obserwacją. Obserwacją tego, co się aktualnie dzieje w organizacjach ochrony zdrowia, co się dzieje w szpitalu, przychodni. Ludzie, którzy już nie mają stałego kontaktu z tzw. systemem, zupełnie inaczej patrzą na zachowania kolegów. Byłbym więc daleki od oczekiwania, że najstarsi nas poprowadzą. Coraz większa grupa rzeczników, i to we wszystkich izbach lekarskich, jest nieaktywna lub mało aktywna przede wszystkim z powodów zdrowotnych. Ci, którym zdrowie dopisuje, są najczęściej tak zajęci pracą zawodową, że na działalność rzecznikowską czy sądową niewiele czasu im pozostaje. Spraw jest mnóstwo, a żeby lekarz ocenił innego lekarza, naprawdę musi poświęcić dużo czasu. Mówi się o należytej staranności w wykonywaniu zawodu lekarza i poświęcaniu odpowiedniej ilości czasu, tymczasem rzecznik lub sędzia muszą na swą działalność przeznaczyć go dużo więcej. W moim przekonaniu byłoby bardzo pożądane, żeby można było wyłącznie na zajęcia okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej poświęcić co najmniej trzy dni w tygodniu. Ponadto uważam, że należy zabiegać, by organy odpowiedzialności zawodowej nie były co cztery lata tworzone *de novo*, gdyż ważny jest aspekt doświadczenia. Ale jest też druga strona medalu: nie można dopuszczać, by ktoś w tych organach funkcjonował „przez zasiedzenie”, np. 20 lat. Słuszną jest swoista etatyzacja tych funkcji i mandatów. Chcę również zwrócić uwagę na kwestię ustawowego wykluczenia możliwości łączenia funkcji w samorządzie. Jedynym wyjątkiem jest łączenie funkcji członka Okręgowej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Lekarskiej. Mówię głośno, że samorząd nie może być zawłaszczony przez grupkę osób. I każdy z nas powinien skupić się na tym, do czego chciałby kandydować i gdzie chciałby działać. Każdy z nas, lekarzy, jest członkiem samorządu, ale jeżeli chce być funkcyjnym członkiem samorządu, powinien być cały dla tego organu. I tę zasadę bym utrzymał. ■

Gdzie ci statyści, prawdziwi tacy?

Lekarz chory na COVID-19 wymaga hospitalizacji – tak bywa. Jednak lekarzowi hospitalizowanemu, słyszącemu od samozwańczych „ekspertów”, że pandemia to wymysł, bardzo trudno pogodzić się z faktem, że w społeczeństwie szerzone są szkodliwe teorie. Gdy nie widzi się sensu dyskusji, można wypowiedzieć się, np. śpiewając. **Marek Posobkiewicz** wielokrotnie w ten niekonwencjonalny sposób propagował postawy prozdrowotne. Z byłym głównym inspektorem sanitarnym, lekarzem, o doświadczeniach z COVID-19, terapii osoczem i rozprawianiu się z *fake newsami* rozmawia Renata Jeziótkowska.

Jak pan się czuje jako ozdrowieniec?

Cuję się jeszcze nie całkiem dobrze, ale dużo lepiej, a przede wszystkim cieszę się z tego, że żyję. Bo choroba COVID-19 niestety jest śmiertelna, choć w małym procencie.

Co pan czuł, chorując? Pytam nie tylko o samopoczucie fizyczne, lecz również o emocje.

Przez pierwsze dwie doby miałem nadzieję, że zostanę w domu, ale mój stan na tyle się pogorszył, że na ponad dwa tygodnie wylądowałem w szpitalu. Zdawałem sobie sprawę, że przebieg choroby bywa bardzo różny, z natury jestem jednak optymistą, dlatego cały czas wierzyłem w to, że będzie dobrze.

Lekarz w roli pacjenta – to sytuacja odwrócona i niecodzienna.

Zdecydowanie bardziej jestem przyzwyczajony do roli lekarza niż pacjenta, ale myślę, że takie odwrócenie ról to dobre doświadczenie dla każdego lekarza. Może się wtedy przekonać, jak sytuacja – nie tylko podczas pandemii, ale podczas każdego leczenia – wygląda z perspektywy szpitalnego łóżka.

I jak wyglądała z tej perspektywy?

Nie był to mój pierwszy pobyt w szpitalu, ale ten różnił się zdecydowanie od poprzednich. W dobie pandemii pacjent jest w pewnym sensie więźniem we własnej sali. Nie wolno mu jej opuszczać, nie może być odwiedzany przez rodzinę, przez przyjaciół. Ograniczona jest możliwość podawania rzeczy z zewnątrz. Jednak obecnie ułatwieniem są wszelkie elektroniczne narzędzia komunikacji, dzięki którym pacjent ma szansę rozmawiać, zobaczyć się z rodziną. Ma możliwości, jakich nie mieli pacjenci podczas pandemii grypy hiszpanki 100 lat temu. Zresztą nie mieli ich jeszcze pacjenci w podobnej sytuacji w drugiej połowie XX w.

A co z systemem? Czy pana zdaniem państwo radzi sobie z epidemią, czy system działa niejako z rozpędu? Czy problemy, które istniały przed wybuchem pandemii, nasilają się?

Sytuacja przerosła przewidywania i możliwości całego świata medycznego. Oprócz osób, które zostały mocno dotknięte przez zakażenie, są również ofiary COVID-19 wśród niezakażonych. W okresie pandemii, tak jak w każdym innym, wielu pacjentów prze-

chodzi zawał serca, nasilenie choroby wieńcowej, świeży udar mózgu, są osoby wymagające diagnostyki i leczenia onkologicznego. Zdrowie tych ludzi z powodu spowolnienia funkcjonowania systemu bywa bardziej zagrożone, a część chorych, których udało się uratować w normalnych warunkach, niestety umiera. To smutne, nie można jednak wskazać jednego winnego, poza tym głównym, którym jest koronawirus.

Podawano panu osocze. Jak wpłynęło to na przebieg choroby? Jeszcze kilka miesięcy temu w terapii osoczem ozdrowieńców pokładano ogromne nadzieje, z czasem pojawiało się coraz więcej wątpliwości, co do jej skuteczności.

Próby leczenia osoczem ozdrowieńców pacjentów chorych zakażenie, których nie można leczyć swoiście, stosowane były od dawna. Mam pozytywne nastawienie do tej metody, bo jest stosunkowo bezpieczna. W osoczu ozdrowieńców znajdują się przeciwciała rozpoznające i częściowo inaktywujące wirusa, który zaatakował organizm biorcy. W przypadku osocza istotny jest czas, w którym zostanie podane pacjentowi. Wiremia trwa z reguły do dwóch tygodni. Jeżeli stan pacjenta stopniowo się pogarsza i po dwóch tygodniach, gdy chory zostanie podłączony do respiratora, będziemy chcieli podawać mu osocze, niewielkie są szanse, że odegra ono swoją rolę. Mechanizm destrukcji organizmu przez chorobę będzie wówczas rozpędzony, a sam wirus nie będzie już w tym procesie uczestniczył.

Podczas gdy pan chorował, pseudo-eksperci negowali pandemię, kwestionowali zasadność noszenia maseczek. Jako chory nie krył pan irytacji wobec takich postaw.

Wydaje mi się, że gdyby ludzie, którzy negują istnienie COVID-19, mogli spojrzeć w oczy młodej osobie duszącej się w przebiegu infekcji koronawirusowej i bojącej się, że za chwilę umrze, zmieniłoby zdanie i chociaż część z nich przestałaby wygadywać głupstwa.

Jak należy reagować na to „wygadywanie głupstw”?



Fot. archiwum

Te głupstwa są nośne, medialne i dlatego często powielane. Spora grupa osób w nie wierzy.

Sporo osób ulega iluzji tej rzekomej rzeczywistości przekazywanej przez koronasceptyków, antyszczepionkowców. Część z nich zderza się potem z realną rzeczywistością, lądując na łóżku szpitalnym. Były już osoby, które protestowały przeciwko wprowadzeniu restrykcji, twierdząc, że nie ma żadnej pandemii, że to jest koronaściana, a potem trafiały do szpitala, z którego część z nich już nie wyszła. Pewien procent koronasceptyków stanowią ludzie z „przeciwniej strony” nauki i wiedzy medycznej, którzy chcieliby być traktowani poważnie, żeby oficjalnie z nimi wchodzić w polemikę, prowadzić debaty. Ale byłoby to legitymizowanie ich prawa do publicznego wygadywania głupstw. Głupotę należy nazwać po imieniu. Tym, którzy zblądzą, trzeba pewne rzeczy wyjaśnić, a jeżeli ktoś z premedytacją miesza w głowach innym, czego wynikiem jest szerzenie się choroby zakaźnej bądź śmierć innych osób, powinien zostać ukarany.

Pan rozmawiał w przestrzeni publicznej z takimi osobami, stosując różne środki wyrazu.

Dość niekonwencjonalnie podchodził pan do tej „dyskusji”.

Czasami działałem „reakcyjnie” i kieruję się intuicją. Leżałem w szpitalu, w którym dyżurowałem od początku pandemii, widziałem, że część pacjentów bardzo ciężko przechodzi COVID, umiera wielu takich, którzy mogliby żyć jeszcze nawet kilkadziesiąt lat. W dodatku sam byłem chory, więc gdy słyszałem opinie, że na łóżkach szpitalnych nie leżą pacjenci, tylko statyści, zareagowałem tak jak zareagowałem...

I w odpowiedzi na słowa piosenkarki m.in. nagrał pan cover jej utworu z nowym tekstem i tytułem „Ja nie jestem statystą”. Było warto odnosić się do teorii wygłaszanych przez celebrytów?

Wydaje mi się, że tak. Celebryci – aktorzy, sportowcy, piosenkarze, inni influencerzy internetowi – są obserwowani przez rzeszę fanów, a także ludzi ciekawych, co u tych osób się dzieje. I słowa wypowiedziane przez celebrytów na podstawie ich własnego wyobrażenia, nawet kłócące się z logiką i rzeczywistością, mogą mieć duży wpływ na postępowanie fanów i obserwatorów. Słowa idola często oddziałują na poglądy fanów.

Na każdym etapie pandemii pojawiają się absurdalne teorie. Był okres, gdy wiele osób, które rzeczywiście nie miały styczności z koronawirusem, podawało jako argument za niestnieniem pandemii fakt, że nie znają nikogo chorego na COVID. Teraz wiele osób wypowiada się negatywnie o szczepieniach: „szczepienia nie mają sensu, to ubezpieczalnia ludzi” itd. Jak więc zachęcać do szczepień, jak je propagować, jak walczyć z mitami, fałszywymi newsami, teoriami spiskowymi?

Zdając sobie sprawę z emocji, jakie mogą się wiązać ze szczepieniami przeciwko COVID, od początku twierdziłem, że powinny to być szczepienia dobrowolne. Po to, by budziły mniej emocji. Zarazem podkreślałem, że wszyscy mądrzy się zaszczepią. Miejmy nadzieję, że do niektórych ta mądrość nie przyjdzie zbyt późno. W ostatnich dniach już odnotowano wzrost liczby deklarujących chęć zaszczepienia się. W Polsce zaszczepiło się kilkaset tysięcy osób, kilkadziesiąt milionów na całym świecie. Gdyby wspomnianych kilkadziesiąt milionów osób się nie zaszczepiło, zgodnie ze światową statystyką, która wskazuje, że około 2 proc. pacjentów z potwierdzonym zakażeniem umiera, mielibyśmy liczbę kilkuset tysięcy osób, które mogłyby umrzeć. Rachunek jest prosty, a ze statystyką i matematyką trudno dyskutować.

Trudno też dyskutować z faktem śmierci na COVID-19 kogoś bliskiego czy znajomego. Niestety, tragiczne sytuacje weryfikują beztrioskie podejście do tej choroby.

W zeszłym roku na wiosnę, tak jak pani wspomniała, wiele osób mówiło: „Czy ktoś widział chorego? Czy znasz kogoś, kto zmarł z powodu koronawirusa?”. W tej chwili trudno znaleźć rodzinę, która w jakiś sposób nie została nim dotknięta. Zanotowaliśmy już w Polsce tyle tysięcy zgonów, że niemal każdy zna kogoś, kto zmarł na COVID-19. ■

Dać pacjentowi CZAS, czyli leczenie osoczem ozdrowieńców

– Podawanie osocza ozdrowieńców nie jest czymś nowym. Jeśli brakuje innych narzędzi, nie leczymy choroby, tylko dajemy pacjentowi trochę więcej czasu, żeby sam z niej wyszedł. Dlatego tę metodę terapii stosuje się u pacjentów z COVID-19 właściwie na całym świecie – przekonuje w rozmowie z Michałem Niepytalskim prof. dr hab. n. med. **Grażyna Rydzewska**, gastroenterolog ze Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, która w marcu ubiegłego roku z konieczności przestawiła się na leczenie pacjentów zakażonych koronawirusem.



Nie wszystkie placówki podają pacjentom z COVID-19 osocze ozdrowieńców. Badania naukowe nie przesądzają o skuteczności tej metody. Na co wskazują pani osobiste doświadczenia?

Brakuje dowodów, bo dotychczasowe prace były przeprowadzane na grupach, do których można mieć zastrzeżenia. Ostatnie badania argentyńskie to jedyne do tej pory randomizowane, ale i w nich 30 proc. pacjentów nie miało żadnych dodatkowych obciążeń. Jeśli zatem podaje się osocze osobom, które z bardzo dużym prawdopodobieństwem i tak wyleczą się z COVID-19, jak mamy zmierzyć efekty terapii? Dlatego nasz wniosek jest następujący: tę metodę stosujemy w grupach z dużym

ryzykiem śmierci w wyniku zakażenia koronawirusem. I na jak najwcześniejszym etapie leczenia, właściwie zanim organizm zacznie wytwarzać własne przeciwciała.

My także przeprowadziliśmy badania – na grupie podobnej do argentyńskiej. Wyniki czekają na publikację w recenzowanym czasopiśmie naukowym. Pokazują mniej więcej trzykrotnie niższą śmiertelność wśród osób, którym podaliśmy osocze ozdrowieńców. Ale dotyczy to pacjentów z bardzo dużym ryzykiem śmierci, w naszym badaniu osób bez obciążeń było 2 proc., a nie 30. Natomiast 17 proc. stanowili pacjenci onkologiczni. Naszym zdaniem im osocze pomaga. To immunizacja bierna, której sami nie są w stanie wywołać właśnie z powodu różnych ciężkich chorób.

Niestety, jeśli badania przeprowadza się szybko, a tak jest w przypadku opracowań dotyczących koronawirusa, bo wiedzy potrzebujemy „na wczoraj”, to obejmują stosunkowo małe grupy. Przeprowadzenie ich na większych próbach nie jest w praktyce możliwe. W efekcie wnioski są różne i niejednoznaczne, tym bardziej że właściwie nie ma żadnego solidnego parametru (oprócz śmiertelności), który pozwalałby określić, czy osocze statystycznie pomaga.

Z jednej strony mamy badania i statystyki, z drugiej pojedynczych pacjentów. Czy bywa, że na pierwszy rzut oka widać skuteczność osocza?

To zależy od pacjenta. W niektórych przypadkach po wczesnym podaniu rze-



Fot. M. Bączek

czywiście widać było, że metoda daje drugi oddech. Warto podkreślić, że podawaliśmy osocze pacjentom ciężko chorym, z którymi nieraz kontakt słowno-logiczny był zaburzony, niezależnie od COVID-19. Trudno więc było od nich oczekiwać, by powiedzieli nam, że czują się lepiej. Ale pozytywne działanie terapii obserwowaliśmy dzięki parametrom określającym przebieg stanu zapalnego. Otwartą kwestią pozostaje, jak długo to pozytywne działanie się utrzymuje. Niemniej jednak po naszych już prawie rocznych doświadczeniach jestem absolutnie przekonana, że dla określonych grup pacjentów podawanie osocza stanowi skuteczną metodę leczenia. Szczególnie że nie mieliśmy żadnych działań niepożądanych. To naprawdę bezpieczna terapia. 200 ml osocza to ilość, jaką przetaczamy regu-

larnie w niezliczonej liczbie innych przypadków, a procedura różni się jedynie tym, że akurat to osocze zawiera przeciwciała przeciwko konkretnemu wirusowi – SARS-Cov-2. Ta metoda nie

Jestem absolutnie przekonana, że dla określonych grup pacjentów podawanie osocza stanowi skuteczną metodę leczenia.

”

”

ma jak zaszkodzić! Odczyny poprzetoczeniowe są niezwykle rzadkie i raczej dotyczą innych składników krwi. Immunizacja bierna jest zresztą znana od wielu, wielu lat.

Środowisko naukowe zwraca uwagę, że ilość przeciwciał w osoczu ozdrowieńców jest bardzo zróżnicowana, a w skrajnych przypadkach może ich nie być wcale.

W ubiegłym roku realizowaliśmy projekt finansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju polegający na badaniu ilości przeciwciał w osoczu ozdrowieńców. W osoczu naszych około 60 dawców, często wielokrotnych, poziom tych przeciwciał był wysoki. Ponieważ grant się wyczerpał, nie kontynuujemy badań, podkreślę jednak, że nie zdarzyło się, by tych przeciwciał nie było wcale. Oczywiście, może się taki przypadek przytrafić, ale dotyczy to nawet szczepień. Przecież ocenia się, że po zastosowaniu szczepionki Pfizera przeciwciała wytworzy 95 proc. zaszczepionych. Na dodatek nie będziemy wiedzieli, kto ich nie wytworzył, bo nie będzie badań osób zaszczepionych, koszt byłby zbyt duży. To dotyczy także innych chorób. Szczepionka przeciwko grypie daje odporność 70 proc. zaszczepionych.

Najważniejsze jest potwierdzenie, że ktoś rzeczywiście jest ozdrowieńcem. Mieliśmy wielu chętnych, którzy na podstawie objawów byli przekonani,

że chorowali na COVID-19, ale nie zrobili testów. Na samym początku, kiedy osocza bardzo brakowało, wykonywaliśmy takim potencjalnym dawcom testy na obecność przeciwciał. I, jak się można było spodziewać, żaden ich nie miał. Wszyscy, którzy się zgłaszali po przebyciu choroby i po pozytywnych testach, mieli przeciwciała. Ważne jest też, jakich szukamy ozdrowieńców. Muszą spełniać warunki takie jak honorowi dawcy krwi – m.in. nie mogą mieć chorób współtowarzyszących i ukończonego 65. roku życia. To są generalnie dość zdrowi ludzie, często młodzi. Szansa, że ktoś taki nie wytworzy przeciwciał po przejściu jakiejś choroby, jest niezwykle niska.

Rzeczywiście do końca nie wiemy, czy przeciwciał jest dużo, czy mało, na tym polega słabość tej metody. Dlatego tak ważne są prace firm farmaceutycznych, chociażby lubelskiego Biomedu, nad immunoglobuliną z niezbędnymi przeciwciałami. To będzie lek zawierający ich konkretną dawkę, a jego stosowanie nie będzie wymagało ustalenia zgodności grup krwi, co stanowi ograniczenie w przypadku podawania osocza. Nie wiemy jednak, kiedy badania farmaceutów się zakończą. Mam nadzieję, że wcześniej skończy się pandemia. Oczywiście, lek nadal będzie potrzebny, bo przecież mimo istnienia szczepionki choroba całkiem nie zniknie.

Czy zapasy osocza są obecnie wystarczające dla wszystkich potrzebujących w pani szpitalu?

Na początku pandemii zdarzało się, że brakowało np. konkretnej grupy krwi, zwłaszcza w szczycie jesiennej fali zachorowań. Pomagały akcje i apele medialne, po których rzeczywiście zwiększała się liczba dawców. Dlatego teraz jest już dobre zaopatrzenie.

Wystarczy na ewentualną trzecią falę?

Trudno mi mówić o szerszej skali niż mój szpital. Na jego terenie znajduje się stacja krwiodawstwa, więc zapas mamy blisko. Poza tym jestem optymistką. Mam nadzieję, że trzeciej fali nie będzie. ■



Fot. K. Bartyzel

Operacja równowaga

MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ

Pandemia bezlitośnie obnażyła to, co dotychczas było tajemnicą skrywaną wstydliwie przed światem: że bycie lekarzem obciąża psychicznie. Że często zdarza nam się być u kresu wytrzymałości. Że szalenie trudno nam znosić bezsilność i niepewność. Podczas „walki na froncie” wielu z nas znalazło się w punkcie krytycznym i poczuło, że kolejny krok spowoduje psychiczne i fizyczne rozpadnięcie się na kawałeczki, z których nie uda się już ułożyć żadnej całości.

Gdy próbuję szukać pozytywnych stron tego, co nas spotkało w ostatnich miesiącach, widzę jeden plus: zainteresowanie psychicznym samopoczuciem lekarzy i – szerzej – ludzi medycyny. Wreszcie mówi się o tym, że lekarz nie jest robotem, że może płakać, być sfrustrowany, wściekły, zrozpaczony, nie mieć siły, cierpieć z powodu natłoku emocji, z którymi nie sposób sobie poradzić. Ludzie o tym mówią, piszą z niepokojem i troską, pojawiają się oddolne i odgórne inicjatywy psychologicznego wspierania medyków. My sami bardziej sobie pozwalamy na mówienie o tym, co dawniej uważaliśmy za słabość i brak profesjonalizmu. Zaczynamy szukać dla siebie fachowej pomocy.

Izba wspiera lekarzy w kwestiach prawnych, organizacyjnych, merytorycznych, finansowych. W ostatnich miesiącach szczególnie potrzebne było łatwo dostępne kryzysowe wsparcie psychologiczne. Na bazie pierwszych doświadczeń koleżanek i kolegów z Zespołu ds. Wypalenia Zawodowego opracowaliśmy i uruchomiliśmy w marcu w naszej OIL program krótkiej interwencji psychoterapeutycznej. Ze wsparcia skorzystało ponad 30 osób. W ramach programu każdy lekarz mógł odbyć 10 sesji z psychoterapeutą skierowanych na konkretną pomoc w radzeniu

sobie ze stresem, wypaleniem zawodowym, krytycznymi sytuacjami w pracy i w życiu. W wielu izbach w kraju podjęto podobne inicjatywy, choć w niektórych rejonach lekarze nadal nie mają wsparcia.

Czyli – budujemy rezyliencję, to znaczy odporność na stres. I zaraz pojawiają się głosy rozgoryczenia: „System nas zabija, a wy nam każecie wzmacniać odporność? Żebyśmy jeszcze więcej znieśli? Żeby nas można było dalej zajeżdżać?”. Trudno się nie zgodzić z tym, że okoliczności, w których przyszło nam pracować, są... niedogodne. To prawda, że potrzeba działań poprawiających sytuację. Wypalenie jest indywidualną reakcją na systemowy problem – konkretne osoby płacą swoim zdrowiem fizycznym i psychicznym. Nie znaczy to jednak, że poza poprawą systemu nie można nic zrobić. Można i trzeba działać z obu stron. Interweniować organizacyjnie, prawnie, logistycznie (i to się dzieje!). Ale trzeba też nauczyć się dbać o siebie i rozpoznawać, kiedy organizm zapala czerwone lampki kontrolne.

Żaba włożona do zimnej wody, która jest powoli podgrzewana, będzie przystosowywać się do wzrastającej temperatury aż do momentu, gdy stanie się dla niej niebezpieczna. Jednak wtedy żaba nie da już rady wyskoczyć z wody, bo zużyła całą energię na dostosowywanie się do zmieniających się warunków. Przegapiła moment, kiedy jeszcze mogła uciec.

Mimo że jako ssaki mamy wielokrotnie bardziej złożony mózg, często działały instynktownie, jak ta żaba. Na szczęście my możemy bazować na tym, czego się nauczymy od innych. Jako lekarze często zadajemy pytania i szukamy na nie odpowiedzi. Wiedza uspokaja, daje nam poczucie kontroli i wpływu na rzeczywistość. Jeśli wiemy, na czym stoimy, możemy poszukać rozwiązania. Możemy się przygotować, zwrócić bacniejszą uwagę na to, co ważne. W lekarskich grupach w mediach społecznościowych i w roz-

mowach lekarze z całej Polski pytają: jak sobie radzić? Jak wzmocnić swoją odporność na stres? Co robić, a czego unikać? Czy to, co się ze mną dzieje, jest przejściowe, czy nie? Jaki poziom lęku lub zmęczenia jest jeszcze „normalny”? Co zrobić, gdy nie mogę spać – lepiej wypić coś, czy wziąć lek nasenny? Jak rozpoznać moment, gdy wsparcie rodziny i przyjaciół nie wystarczy, bo potrzebna jest pomoc specjalisty? Gdzie szukać tej pomocy?

Jako psychiatra i psychoterapeuta zajmuję się pomaganiem medykom od kilku lat, rozmawiam z dziesiątkami lekarzy. Odpowiadam na te i mnóstwo innych pytań. Wszyscy mamy niedosyt wiedzy o naszym psychicznym dobrostanie, o tym, jak dbać o zdrowie psychiczne. Te zagadnienia w naszym kształceniu nie zostały uznane za warte uwagi. Chcę coś z tym zrobić. Teraz, zaraz! Najchętniej spotkałabym się z Wami na żywo, by dyskutować, odpowiadać na pytania, wyjaśniać, polemizować. Mam nadzieję, że w niedalkiej przyszłości będzie to możliwe. A tymczasem skorzystajmy z możliwości wirtualnego świata, by się spotkać i wejść w interakcję. Na tyle, na ile się da. Spotkajmy się online.

Izba wspiera lekarzy w kwestiach prawnych, organizacyjnych, merytorycznych, finansowych. W ostatnich miesiącach szczególnie potrzebne było łatwo dostępne kryzysowe wsparcie psychologiczne.

Zapraszamy na cykl webinarium pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów pt. „Operacja równowaga”. Z zaproszonymi gośćmi będziemy rozmawiać o tym, co ważne dla lekarskiego zdrowia psychicznego. Zero wykładów i nudnych prezentacji, mimo to – ponieważ dbanie o siebie jest wyrazem lekarskiego profesjonalizmu – uczestnicy spotkań otrzymają punkty edukacyjne. Będzie interaktywnie, ciekawie i bardzo praktycznie.

„Operacja równowaga” składa się z cyklu czterech spotkań. Wstępny zarys tematów:

- #1 Stres: eustres, distres i stres pourazowy
- #2 Wellbeing: medycyna stylu życia i *work-life balance*
- #3 Uzależnienia: alkohol, leki, pracoholizm
- #4 Depresja: kobiety vs. mężczyźni

Ale rzeczywistość zmienia się dynamicznie, więc kto wie? Może inne tematy uznamy wspólnie za ważniejsze i coś zmienimy? Wszelkie pomysły i uwagi przyjmę z przyjemnością. Piszcie pod adresem: pełnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl Dbajmy wszyscy o siebie w tych trudnych czasach. ■



OKREGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza

OPERACJA RÓWNOWAGA

CYKL WARSZTATÓW Z PEŁNOMOCNIKIEM
DS. ZDROWIA PSYCHICZNEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
OIL W WARSZAWIE

#1 TEMAT: STRES POURAZOWY
1 marca 2021

SPOTKANIA ONLINE
izba-lekarska.pl

Ozdrowieńcy do leczenia



Fot. archiwum

Impulsem do organizowania poradni dla ozdrowieńców po COVID-19 nie są pieniądze, lecz kwestie naukowo-medyczne – uważa dr n. med. **Michał Chudzik**, kardiolog, inicjator i kierownik poradni dla ozdrowieńców w Łodzi i Zgierzu.

Po co właściwie powstają takie poradnie? Czy istniejące placówki nie wystarczą?

Pacjent, który chorował na koronawirusa, wymaga szerokiej diagnostyki i wielospecjalistycznych konsultacji. Takiej opieki nie da się zorganizować w każdej poradni. Poza tym COVID-19 to nowa choroba, o której wiedzę dopiero zdobywamy. Do poradni dla ozdrowieńców trzeba więc wybrać grupę specjalistów, którzy chcą poznać to schorzenie, będą śledzić wszystkie dotyczące go informacje ze świata, wymieniać doświadczenia z innymi lekarzami. Najważniejsza jest właśnie wola poznawania

nowego obszaru wiedzy. Każdy, kto chce prowadzić działalność podobną do naszej, musi po prostu postawić przed sobą zadanie zapoznania się z nim. Dzięki temu nowe placówki opracowują też *know-how* dla poradni, które dopiero powstaną w kraju.

Ile czasu zajęło przygotowanie do otwarcia pańskiej poradni?

Zacząłem tworzenie placówki w maju, w październiku ostatecznie powstał docelowy wielospecjalistyczny zespół. Zatem przygotowania zabrały kilka miesięcy. Dodam, że w uruchomieniu poradni bardzo pomogła zmiana przepisów NFZ na temat kontraktowania, która de facto uwolniła limity przyjęć pacjentów pierwszorazowych. 90 proc. naszych pacjentów to ludzie młodzi, którzy do tej pory poważnie nie chorowali, wszyscy są więc właśnie pacjentami pierwszorazowymi.

Poza województwem łódzkim przedsięwzięć podobnych do pańskiego jest ledwie kilka, ale nie tak dużo czasu minęło od jesiennego nasilenia epidemii. Czy należy się spodziewać, że zaczęną wyrastać jak grzyby po deszczu?

Nie sądzę, chociażby dlatego, że w ogóle w naszym kraju jest problem z dostępem do lekarzy specjalistów. Poza tym pacjent po COVID-19 nie ma szczególnego trybu finansowania leczenia z NFZ, a musimy mu zrobić wiele badań, dlatego środków dla lekarzy nie zostaje dużo. Zatem magnesem na pewno nie jest aspekt finansowy. To raczej motywacja medyczno-naukowa. Dobrze by było, gdyby w każdym regionie powstała chociaż jedna taka wielospecjalistyczna poradnia. W niektórych działają już placówki dla ozdrowieńców, ale ukierunkowane na kardiologię czy pulmonologię. Udało mi się przekonać jednego kolegę do otwarcia przychodni

w Toruniu. Nie ustajemy w namawianiu kierownictw innych placówek do podjęcia się opieki nad ozdrowieńcami.

Z drugiej strony w niektórych miejscach, gdzie ochrona zdrowia jest lepsza niż w pozostałych regionach, paradoksalnie może nie występować tak pilna potrzeba otwierania poradni dla ozdrowieńców. Być może właśnie dlatego takiej przychodni nie ma w Warszawie, gdzie dobrych placówek ochrony zdrowia jest bardzo dużo i pewnie pacjenci mają lepszy dostęp do opieki specjalistycznej niż w innych częściach kraju.

Skoro przychodnia ma być wielospecjalistyczna, jakich specjalistów powinna zatrudniać?

Na pewno kardiologa, pulmonologa i neurologa. Specjalizacje dodatkowe dla takiej placówki to nefrolog, zakaźnik i reumatolog, bo u ozdrowieńców pojawiają się często stany zapalne o podłożu autoimmunologicznym układu kostnego. Potrzebny jest też psycholog i fizjoterapeuta. Jeśli chodzi o sprzęt diagnostyczny – konieczne są aparaty do tomografii komputerowej płuc, angiografii, rezonansu serca. Nie ma oczywiście poradni, w której są wszystkie wymienione urządzenia, dlatego trzeba tak zorganizować opiekę, żeby pacjent nie czekał na badanie rok – wyszukać miejsce, w którym są krótkie kolejki do badań. Przede wszystkim jednak funkcjonowanie poradni pocovidowej musi opierać się na bardzo dobrej współpracy z lekarzami rodzinnymi. To oni bowiem dokonują triażu pacjentów po COVID-19. Nam udało się takie relacje nawiązać i od stycznia uruchomiliśmy ścieżkę wstępnej oceny ozdrowieńców przez lekarzy rodzinnych. Wytyczne zostały opracowane we współpracy z konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny rodzinnej. Lekarzom rodzinnym przekazujemy w ten sposób nasze doświadczenia wskazujące np. na to, który pacjent potrzebuje pilnej pomocy, na co zwrócić uwagę w zapisie EKG. Uczulamy na rozróżnienie dolegliwości wynikających z powikłań od będących efektem procesu regeneracji, które trzeba przecze-
kać, lecząc objawowo. ■

mn

#SPRAWDZAM

Liczba lekarzy zwiększyła się w Polsce o pięć osób

MAŁGORZATA SOLECKA

Liczba lekarzy w Polsce nie należy do najwyższych w Europie. To jest dzień ważnej zmiany systemowej, w którym mogą wręczyć pierwsze decyzje o pozwoleniu na pracę uzyskane w uproszczonej procedurze – ogłosił pod koniec stycznia minister Adam Niedzielski, przekazując pięciu lekarzom z Białorusi i Ukrainy dokumenty, na podstawie których okręgowe rady lekarskie mają im wydać prawo wykonywania zawodu.

Ministerstwo Zdrowia informowało zresztą początkowo, że czterech mężczyzn i kobieta, w imieniu której w konferencji prasowej wziął udział pełnomocnik, odebrało od ministra prawo wykonywania zawodu (czy też – pozwolenie na pracę). Dopiero po interwencji samorządu lekarskiego, przypominającego, że PWZ wydają okręgowe izby lekarskie po weryfikacji dokumentów, zmieniono komunikat.

Czy rzeczywiście nadszedł „dzień ważnej zmiany systemowej”, jak twierdzi Adam Niedzielski? Minister sam przyznał, że po zmianach przepisów, uchwalonych przez Sejm w październiku i listopadzie, które uprościły jego zdaniem nadmiernie skomplikowaną procedurę uzyskiwania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry przez osoby spoza UE, do resortu zdrowia trafiło 46 wniosków lekarzy (34) i lekarzy dentyistów (12). Połowa została odesłana do uzupełnienia. Z pozostałych tylko pięć Ministerstwo Zdrowia uznało za na tyle kompletne, by wydać na ich podstawie pozytywną decyzję.

– System był skomplikowany. Teraz procedura jest uproszczona, ale zapewniająca bezpieczeństwo – przekonywał Adam Niedzielski. – Dzisiaj liczba lekarzy w Polsce wzrasta o pięć osób. To uzupełnienie potężnego deficytu lekarzy w Polsce i poprawa dostępności leczenia.

Rzecz w tym, że liczba lekarzy wzrośnie wtedy, gdy właściwe okręgowe rady lekarskie wydadzą prawa wykonywania zawodu. Czy tak się stanie? Czy tak się stanie we wszystkich pięciu (i kolejnych) przypadkach? Odpowiedź przyniesie przyszłość.

Czy pięciu lekarzy – choćby i najlepszych, najbardziej kompetentnych – może stanowić „uzupełnienie potężnego deficytu” i zapewnić „poprawę dostępności leczenia”? Ani pięciu, ani pięćdziesięciu, ani nawet pięćuset, których nota bene na horyzoncie nie widać. Tak, również pięćuset lekarzy nie wystarczy, by częściowo uzupełnić „potężny deficyt”, zwłaszcza że w wyniku pandemii ma on ogromne szanse się powiększyć, bo szczególnie młodzi (choć nie tylko) lekarze już w tej chwili deklarują chęć opuszczenia, najchętniej na zawsze, publicznego systemu ochrony zdrowia, gdy tylko skończy się pandemia. Działania resortu zdrowia, m.in. system wypłacania (czy też raczej niewypłacania) dodatków covidowych, są w tym zakresie doskonałym motywatorem.

Ministerstwo Zdrowia widzi to jednak inaczej. – Mam nadzieję, że dzisiejsze wydarzenie zachęci też inne osoby do ubiegania się o pracę w Polsce. Warunki pracy i wynagrodzenia lekarzy w Polsce są godne, zwłaszcza w czasie pandemii. Tym bardziej dla osób pochodzących z krajów nie tak bardzo rozwiniętych gospodarczo jak Polska – mówił Adam Niedzielski.

Tajemnicą poliszynela jest jednak to, że lekarze zza wschodniej granicy nie mogą liczyć w szpitalach, które chcą ich zatrudnić, na warunki płacy choćby zbliżone do tych, jakie mają polscy lekarze.

Trudno też nie zauważyć, że kilkadziesiąt (niekompletnych) wniosków o pozwolenie na pracę w Polsce to nie jest wynik, który oznaczałby spektakularny sukces pomysłu resortu zdrowia na załatanie dziury kadrowej wśród lekarzy. Już na etapie prac nad tymi przepisami – zarówno wiosną i latem 2020 r., jak i jesienią – samorząd lekarski i eksperci przestrzegali przed pokładaniem zbyt wielkich nadziei w tym, że lekarze z Białorusi czy Ukrainy (bo tak naprawdę chodzi o te dwa państwa) zechcą (lub będą w stanie) przyjechać akurat do Polski. Zwłaszcza że wbrew potocznym sądom, które Ministerstwo Zdrowia zdaje się podzielać, bariera językowa jest niebagatelna. Oczywiście, jeśli od lekarza oczekujemy, że bez przeszkód będzie się komunikował zarówno z pacjentami, jak i ze wszystkimi współpracownikami. Często (nawet bardzo często) w warunkach ogromnego stresu. ■

Nie ma cudów

W polskim systemie ochrony zdrowia brakuje kilkudziesięciu tysięcy lekarzy. Rocznie studia medyczne rozpoczyna niespełna 10 tys. studentów. Duża liczba medyków jest w wieku emerytalnym, a uczelnie zwiększają przyjęcia przede wszystkim na studia w języku angielskim. Można się więc domyślać, że ich absolwenci będą szukać pracy na innym niż polski rynku. Zapełnianie luki kadrowej w taki sposób zajmie wieczność. Ale czy da się ten proces znacząco przyspieszyć?

Wyobraźmy sobie, że rząd nagle rzuca wszystko, by ratować ochronę zdrowia. Środki z kasy państwa płyną szerokim strumieniem, a jednym z celów jest zapełnienie luki kadrowej wśród lekarzy. Władze dają sobie na to 11 lat, czyli tyle, ile w najbardziej optymistycznym wariantcie zajmuje szkolenie lekarza od studiów przez staż po rezydenturę. Koncepcja być może absurda, ale przecież system ochrony zdrowia pełen jest absurdów...

Studenci

Spróbujmy w ramach eksperymentu myślowego sprawdzić, z jakimi barierami twórcy takiej reformy musieliby się zmierzyć. Według obliczeń Naczelnej Izby Lekarskiej z 2019 r. w Polsce brakuje 68 tys. lekarzy. W bieżącym roku akademickim limit przyjęć na studia medyczne na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym wyniósł 9717. Oznacza to, że gdybyśmy chcieli w ciągu jednego cyklu szkoleniowego zlikwidować całą lukę, na uczelnie medyczne w danym roku należałoby przyjąć siedem razy więcej studentów.

Prawdopodobnie znalazłoby się tylu zainteresowanych. Do rekrutacji na kierunki lekarskie maturzyści zgłaszają się masowo. Na jedno miejsce z reguły przypada więcej niż 10 chętnych. Pierwszy problem wynika z faktu, że w przypadku nagłego zwiększenia liczby oferowanych indeksów uniwersytety będą miały ograniczoną możliwość przeprowadzania selekcji. Do zawodu lekarza powinni w końcu trafić najlepsi z najlepszych, by pacjent bez lęku powiedział im swoje zdrowie i życie.

Jeśli jednak taką pozytywną selekcję udało by się przeprowadzić, studentów należałoby gdzieś pomieścić. Kampusy uczelniane nie są z gumy. Od wielu lat były dostosowane do określonej liczby studentów, trudno więc zmieścić w nich nagle siedem razy więcej osób. Teoretycznie możliwe jest oczywiście, że rządzący stworzą kampusy tymczasowe (jak w czasie epidemii szpitala). Przy niemal nieograniczonym budżecie pewnie by się to udało.

Jeśli już przyjmimy studentów i stworzymy infrastrukturę do ich szkolenia, będziemy potrzebować kogoś, kto by ich uczył. Efek-



tywny proces szkolenia wymaga odpowiednio licznej kadry naukowej. Nie ma szansy, by obecni pracownicy uczelni medycznych szkolili siedem razy więcej osób i nie obniżył się poziom tego szkolenia. Gdy zwiększa się liczbę studentów, potrzebna jest proporcjonalnie wyższa liczba wykładowców – lekarzy. – *Liczba wykładowców prezentujących wymagany poziom merytoryczny jest ograniczona. Wprawdzie w ostatnich latach otwierane są nowe uczelnie kształcące na kierunkach medycznych, ale śmiem twierdzić, że na niektórych poziom nauczania budzi poważne wątpliwości. Brakuje im odpowiedniej kadry. Jasne, możemy „produkować” absolwentów, ale czy oni poradzą sobie w pracy? Poza tym kadry naukowe nawet na renomowanych uczelniach są na skraju wydolności. Przecież muszą prowadzić regularną działalność kliniczną, nie jest im łatwo godzić ją z pracą naukową* – przekonuje prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.



Fot. licencja OIL w Warszawie

Stażyści i rezydenci

Przyjmijmy jednak, że po sześciu latach od wprowadzenia naszej reformy uczelnie medyczne opuszcza siedem razy więcej studentów, którzy planują staż. Pojawia się kolejny problem: kto tych stażystów w szpitalach będzie szkolił. – *W województwie mazowieckim – czyli na terenie działania naszej izby – doszliśmy do granicy możliwości racjonalnego kształcenia w ramach stażu podyplomowego. Oczywiście, można podnieść liczbę miejsc stażowych do 100 w każdym szpitalu powiatowym, tylko nie ma to większego sensu, bo wiąże się ze spadkiem jakości kształcenia. Dlatego w naszym okręgu nie widzę szans na znaczące zwiększenie liczby miejsc stażowych* – wyjaśnia Maciej Nowak, członek ORL w Warszawie i przewodniczący Komisji ds. Stażu Podyplomowego.

W skali kraju możemy postarać się o istotne zwiększenie liczby szkolących się lekarzy, ale z pewnością nie siedmiokrotne. Skoro na terenie działania Okręgowej Izby

Lekarskiej w Warszawie (tradycyjnie najchętniej wybieranej przez stażystów) placówki ochrony zdrowia uprawnione do prowadzenia stażu właściwie już wyczerpały limity, przyjrzyjmy się, jak jest w innych województwach. Otóż np. w świętokrzyskim na 169 miejsc stażowych dla lekarzy w 2020 r. wykorzystanych zostało 45, a na 53 miejsca lekarsko-dentystyczne tylko 8. Na Lubelszczyźnie z 534 miejsc stażowych (obu typów) zapełnionych zostało 329. W Zachodniopomorskiem stosunek ten wynosi 615 do 373. Podobny trend zanotowano w innych regionach. Zatem liczbę stażystów udałooby się zwiększyć chociaż o kilkadziesiąt procent, ale pod warunkiem, że będą chcieli się szkolić we wszystkich województwach.

– *Nie widzę innej możliwości niż zachęty finansowe. Zachęty zawodowe, m.in. większa samodzielność w małym ośrodku niż w wielkim, jakim jest szpital uniwersytecki, stosowane są już teraz i, jak widać, nie wystarczają* – mówi Maciej Nowak.

Brak kadry szkolącej adeptów sztuki medycznej w szpitalach dotyczy nie tylko stażystów, ale także rezydentów. Pomińmy fakt, że miejsca na specjalizacjach nie są wykorzystywane, bo w naszym idealnym scenariuszu rządzący pomyśleli o zachętach finansowych dla przyszłych chirurgów, lekarzy rodzinnych i przedstawicieli innych specjalizacji deficytowych. – *Jeden specjalista może szkolić trzy osoby. Zwiększenie limitu ma miejsce w wyjątkowych sytuacjach* – podkreśla prof. Brygida Kwiatkowska. Odejście od tej reguły wpłynęłoby na drastyczne pogorszenie się jakości nauki. Siedmiokrotny wzrost liczby rezydentów trzeba więc włożyć między bajki. Ale i w tej dziedzinie są pewne rezerwy, które można wykorzystać.

– *Ważną kwestią jest zapewnienie płynności przepływu specjalizujących się lekarzy. Ostatnio kilku naszych rezydentów zdało egzaminy specjalizacyjne i może się okazać, że nie będzie miał kto przyjść na ich miejsce. Decydenci powinni podjąć działania, by takim sytuacjom zapobiec* – uważa nasza rozmówczyni.

Ewolucja, a nie rewolucja

Właściwie na każdym etapie kształcenia brakuje lekarzy, którzy mogliby dzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem. Okazuje się, że właśnie ta luka kadrowa w systemie uniemożliwia szybką poprawę sytuacji personalnej w ochronie zdrowia. Polskie władze chyba nigdy nie zaprzętały sobie głowy przyszłością opieki zdrowotnej, więc także tej nieoczekiwanej konsekwencji spychania na plan dalszy kwestii zdrowia Polaków nikt z polityków nie przewidział. I nawet gdyby nagle pojawił się cudotwórca, który jak z rękawa wyciągnąłby miliardy złotych, miałby związane ręce. Brak lekarzy to błędne koło, w które wpędziły nas dekady zaniedbań. Naprawa to proces powolny, wiele dziesięcioleci zajmie wychodzenie z kryzysu kadrowego. I nie da się tego zrobić inaczej, niż poprawiając sytuację lekarzy (nie tylko finansową). – *Przed wszystkim należy zmienić warunki wykonywania zawodu – odciążyć lekarzy od biurokracji i najróżniejszych drobnych zadań, które scedować można np. na sekretarki i asystentów medycznych. Poza tym trzeba przenieść systemowo ciężar zajmowania się pacjentami z opieki szpitalnej na ambulatoryjną* – uważa Maciej Nowak. ■

Michał Niepytalski



Fot. P. Biezoński

Kotwice w rejsie do przyszłości

DARIUSZ PALUSZEK

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentyści

Lekarze dentyści są gotowi na techniczny skok w przyszłość. Rozwój polskiej stomatologii napotyka jednak przeszkody niezależne od naszego środowiska. To zarówno stare problemy, jak i te, które pojawiły się w ostatnim roku.

Wizja przyszłości stomatologii, jaką mieliśmy przed pandemią, była inna niż dzisiejsza. COVID-19 wymusza inne myślenie o rozwoju techniki i oprzyrządowania do wykonywania zabiegów dentystycznych.

Efektom pandemii jest całkowita zmiana modelu działania, przede wszystkim w związku z koniecznością stosowania środków ochrony indywidualnej. Inżynierowie muszą dostosować sprzęt do nowych warunków. Przykładem jest praca „w powiększeniu” – praktycznie niemożliwa, jeśli ma się na twarzy gogle czy przyłbicę. Nie wiemy, jak długo pandemia jeszcze potrwa, ale nie wykluczam, że np. zwiększenie ochrony lekarza i pacjenta zostanie zachowane.

Pacjenci oczekują od nas coraz nowocześniejszych metod pracy, coraz lepszych materiałów, coraz bardziej zaawansowanego sprzętu. Te oczekiwania stymuluje internetowa wiedza o tym, jak wykonywane są skomplikowane zabiegi na Zachodzie. Ale gabinety stomatologiczne w Polsce stoją na wysokim poziomie technicznym i jesteśmy w stanie wykonywać takie same zabiegi bez większych problemów.

Ponadto lekarze dentyści cały czas się uczą. Uniwersyteckie Centrum Stomatologii WUM edukuje studentów w zakresie nowych technologii. Starsi poznają je podczas szkoleń podyplomowych, mają do dyspozycji szeroką gamę łatwo dostępnych kursów. Nasza izba też uczestniczy w projektach służących rozwojowi zawodowemu dentyści, czego przykładem są Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne. Niestety, na skutek epidemii kształcenie stopniowo przechodzi na system online. To dobre tylko dla zajęć teoretycznych, a przecież nasz zawód opiera się na praktyce. Podczas kształcenia konieczny jest zatem bezpośredni kontakt nauczyciela z uczniem.

Kursy przygotowywane przez izbę są nieodpłatne, lecz większość szkoleń, szczególnie tych wysokospecjalistycznych, kosztuje słono. Nie istnieje żaden system dotowania kursów doszkalających z pieniędzy publicznych. Lekarz musi wszystkie koszty pokryć z własnej kieszeni. A jeśli już je pokryje, często nowo nabytej wiedzy nie ma jak spożytkować. Szczególnie w mniejszych ośrodkach popyt na usługi nowoczesne i przez to kosztowne jest niewielki z uwagi na niższą niż

w dużych miastach średnią dochodów pacjentów. NFZ wszakże zapewnia refundację tylko najprostszyc usług, w wielu krajach uważanych za przestarzałe. Nawet systemy dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń nie uwzględniają finansowania leczenia nowocześniejszymi, lepszymi metodami.

Nie wszystko jednak da się wytłumaczyć niedoborem pieniędzy, np. ciągle zwiększanie obciążeń biurokratycznych osób prowadzących gabinety dentystyczne. Administracja państwa od lat tworzy wiele przepisów służących wyłącznie do sporządzania statystyk albo przerzucania obowiązku ich opracowywania z urzędników na lekarzy. Przykładem może być rejestr urzędzeń radiologicznych. Prowadzony jest przez każdy wojewódzki sanepid na podstawie informacji uzyskanych podczas wydawania zezwoleń na użytkowanie aparatów RTG. Tymczasem od stycznia my, dentyści, mamy obowiązek zgłaszania tych samych urzędzeń do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia. Na przyjęcie czeka zaś projekt przepisów ustanawiających obowiązek zgłaszania wspomnianej aparatury do Krajowej Bazy Urzędzeń Radiologicznych.

Obciążenie formalnościami powinno się zmniejszać, skoro lekarze są coraz bardziej potrzebni. Czy w sytuacji, gdy uwagę dentystry kieruje się na wykonywanie czynności administracyjnych, przez co zabiera się mu czas potrzebny na poznawanie najnowszych trendów w sztuce lekarskiej, można mówić, że państwo stymuluje rozwój techniczny stomatologii?

Mnożenie formalności jest motywowane troską urzędników o stomatologię, ale prawdziwe intencje obrazuje fakt, że nie została umieszczona w Narodowym Programie Zdrowia na najbliższe lata. Jako samorząd lekarski będziemy w tej sprawie interweniować, już podjęliśmy konkretne działania. Stomatologia nie interesuje rządzących, niezależnie od barw partyjnych. Przed laty została zmuszona do prywatyzacji i pozostawiona sama sobie. Dziś lekarz dentysta sam musi zdobyć pacjentów, utrzymać personel, spełnić zmienne wymogi administracyjne. Poza tym powinien znaleźć czas na życie rodzinne i odpoczynek. W efekcie często pierwszoplanowa jest walka o codzienny byt i utrzymanie placówki, wdrażanie nowych technik schodzi na plan dalszy. Nie dlatego, że mamy przed nimi opory, ale dlatego, że łączy się nam ręce. ■

Stomatologia jutra



– Jeśli mówimy o stomatologii przyszłości, to nie wyobrażam sobie pracy bez mikroskopu stomatologicznego na każdym stanowisku
– zapewnia w rozmowie z Michałem Niepytalskim
dentystka
Paulina Maciejewska.

Fot. archiwum

Leczenie z wykorzystaniem mikroskopu w stomatologii kojarzy się głównie z endodoncją. Czy przyszłość przyniesie rozszerzenie jego zastosowań?

Mikroskop już może być używany właściwie we wszystkich dziedzinach stomatologii – od diagnostyki przez higienizację po stomatologię zachowawczą, chirurgię i protetykę. Choć nie jest jeszcze powszechnie stosowany, z pewnością będzie. Już teraz funkcja powiększenia obrazu jest szeroko wykorzystywana. Przykładowo podczas przeglądu stosujemy lupy dające kilkukrotne powiększenie. Mikroskop w stomatologii zachowawczej pozwala m.in. na ograniczenie inwazyjności zabiegów opracowywania ubytków, dokładną kontrolę szczelności wypełnień, ich gładkości. To zupełnie inna jakość pracy – więcej widzimy, dzięki czemu więcej jesteśmy w stanie zrobić.

Co do zmian w najbliższych latach, powiem tak: choć ja nie wyobrażam sobie pracy bez punkowego aparatu RTG, wiem, że do tej pory funkcjonują gabinety stomatologiczne, w których nie ma

takiego urządzenia. To pozwala sądzić, że za jakiś czas pewnie będą istniały jeszcze gabinety działające bez mikroskopów, bo ktoś uzna je za zbędny gadżet. Ale jeśli mówimy o stomatologii przyszłości, nie wyobrażam sobie pracy bez mikroskopu stomatologicznego na każdym stanowisku.

Dzięki mikroskopom widzimy więcej, ale ograniczeniem jest niedoskonałość ludzkiego ciała – ręka lekarza ma określoną precyzję. Jak z tym problemem będziemy sobie radzić?

Na rynku są urządzenia elektroniczne niwelujące drgania sprzętu, są też specjalne fotele dentystryczne zapewniające dodatkowe podparcie dla łokci lekarza podczas pracy z mikroskopem. Jeśli mówimy o odleglejszej przyszłości niż najbliższa dekada, myślę, że wówczas lekarze dentyści będą nadzorować pracę bardziej od nich precyzyjnych robotów. W ten sposób wyeliminujemy wszystko, co można uznać za ludzką wadę, np. minimalne drżenie rąk. Ale podkreślam, że nie wierzę, by robot mógł pracować sam. Zawsze będzie wymagał kontroli lekarza.

Wspomniała pani o komforcie pracy. Dentyści zmagają się z kłopotami z kręgosłupem spowodowanymi pracą w niewygodnej pozycji. Czy powszechne stosowanie mikroskopu rozwiąże ten problem?

Z pewnością pomoże zredukować dolegliwości. Podczas pracy z mikroskopem nie wykonujemy ruchów skrętnych tułowia, nie pochylamy się. Prawidłowo ustawiony sprzęt wymusza ergonomiczną postawę, której nie zmieniamy podczas zabiegu ze względu na stałe położenie ogniskowej soczewek sprzętu optycznego.

Dzisiejsze mikroskopy nie są urządzeniami analogowymi, ale cyfrowymi. Jakie możliwości daje elektroniczny mikroskop?

W perspektywie czasu możliwe będzie nakładanie na to, co powiększa soczewka, cyfrowego obrazu będącego efektem analizy dokonanej przez komputerowy algorytm. Dla przykładu martwa miazga będzie miała – powiedzmy – kolor zielony, co znacznie ułatwi jej usunięcie. Dla kogoś, kto już ma wprawę w pracy z mikroskopem, zastosowanie kolorów nie jest niezbędne, bo powiększenie powoduje, że wyraźnie widać, co trzeba zrobić. Jednak taka funkcja podczas szkoleń, zarówno studentów czy stażystów, jak i doświadczonych stomatologów rozwijających się np. w endodoncji, będzie nieocenioną pomocą.

Mówiliśmy o mikroskopach i robotach. A czy jest możliwe, że „trzecie zęby” będą nasze własne, a nie sztuczne?

Rzeczywiście trwają badania nad regeneracją martwego zęba, a w razie jego utraty wyhodowaniem nowego z komórek macierzystych. Takich badań jest coraz więcej, prowadzone są na zwierzętach doświadczalnych. Ich efekty są interesujące, to prawdziwa przyszłość stomatologii. Ale odległa. Myślę, że na hodowane zęby będziemy musieli poczekać jeszcze kilka dekad. ■

Szczepionki przeciwko grypie z OIL w Warszawie



Z zapewnionych przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie szczepionek przeciwko grypie skorzystało ponad **1 tys.** osób. Akcja została przeprowadzona między 3 a 18 grudnia.

Z przekazanych izbie przez Agencję Rezerw Materiałowych 5 tys. szczepionek skorzystało **1280** osób. Większość odebrała swoje dawki na miejscu, w siedzibie izby w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18. Z tej opcji skorzystało **849** osób.

OIL w Warszawie zapewniła też możliwość zaszczepienia się w pięciu różnych punktach. Cztery znajdowały się w obrębie Warszawy (przychodnie przy ul. Madalińskiego, Soczi, Jaćwinków i Chełmskiej), a piąty w Radomiu. Ze szczepienia w przychodni od 7 do 18 grudnia skorzystało **431** osób.

Program szczepień został zrealizowany we współpracy z Okręgową Izbą Aptekarską w Warszawie, a patronatem honorowym objęli go: główny inspektor sanitarny, Ministerstwo Zdrowia, rzecznik praw pacjenta i Matki Lekarki.

Akcję „Szczepimy – chronimy” Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie przeprowadziła już po raz trzeci. Bezpłatne szczepienia przeciwko grypie oferowane były lekarzom i lekarzom denty stom (w tym stażystom).

W styczniu OIL w Warszawie przeprowadziła też akcję zapisów dla lekarzy i lekarzy denty stom na szczepionki donosowe przeciwko grypie dla dzieci oraz uruchomiła procedurę zapisów na szczepienia przeciwko COVID-19. ■


mn



Fotografie: mn

ZAPISY NA
**SZCZEPIENIA
 PRZECIWKO
 COVID-19**

dla lekarzy i lekarzy dentyków
 niezapisanych w innych punktach

informacje:


 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
 W WARSZAWIE
 im. prof. Jana Nielubowicza



**FUNDACJA
 PRO SENIORE**

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE

Koleżanki i Koledzy,
 uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się
 przez lekarzy i lekarzy dentyków, 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 marca 2021 r.**



Fundacja Pro Seniore
 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-30
 e-mail: proseniore@oilwaw.org.pl
www.proseniore.pl



**FUNDACJA
 PRO SENIORE**

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE

**„Bogaty nie jest ten,
 kto posiada,
 lecz ten, kto daje”**

KRS 0000250527

Przekaż 1%
**swojego podatku
 na szczytny cel**
nr konta:
34 2030 0045 1170 0000 0330 4290

Fundacja Pro Seniore
 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-30
 e-mail: proseniore@oilwaw.org.pl
www.proseniore.pl

OGŁOSZENIA

#WETERZE

Rok 2020 należał do najtrudniejszych i najtragiczniejszych dla ochrony zdrowia od dziesięcioleci. W nowy, 2021, weszliśmy z nadzieją, że szczepionki pozwolą wszystkim wrócić do normalności. Przedstawiciele naszej izby w ostatnich dwóch miesiącach często wypowiedzieli się w ogólnopolskich mediach przede wszystkim w tej właśnie materii, m.in. zachęcając do udziału w Narodowym Programie Szczepień i komentując dostępność szczepionek. Lekarze z OIL w Warszawie zabierali ponadto głos w kwestiach związanych z sytuacją medyków, szczególnie w kontekście epidemii. Także w związku z problemem tzw. dodatków covidowych, które – choć obiecane przez rządzących – notorycznie nie są wypłacane. Staraliśmy się też, by za pośrednictwem dziennikarzy nasz głos był słyszalny w wielu innych kwestiach, od regulacji prawnych dotyczących zatrudniania lekarzy spoza Polski i wpływu przepisów o wywozie śmieci na działalność lekarzy dentystów po apel o rozstrzygnięcie w zimowych rozrywkach, takich jak morsowanie.

Szczepienia

□ Jeszcze na początku ostatniego miesiąca roku 2020, kiedy do szczepień było daleko, problem stanowiło przekonanie społeczeństwa, że za dokonaniem farmaceutów nie stoi żaden podstęp. Na antenie **TVN 24** odnosił się do tego zagadnienia prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski: – *Myślę, że przez ostatnich siedem miesięcy nadwerżono zaufanie do systemu ochrony zdrowia, szczególnie do programu szczepień ochronnych, na skutek zbyt małych dostaw szczepionki na grype.*

□ Na problem podważania zaufania do lekarzy w kontekście szczepień, choćby byli oni politykami, zwrócił uwagę członek ORL w Warszawie Michał Gontkiewicz. Przewodniczący Zespołu ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia interweniował w związku z wypowiedzią senatora Stanisława Karczewskiego kwestionującego kompetencje medyczne kolegi lekarza, posła Władysława Kosiniaka-Kamysza. „*W mojej ocenie wypowiedź ta stoi w jawnej sprzeczności z Kodeksem Etyki Lekarskiej (...). Zawiera swoistą sugestię, że poglądy polityczne mogą przeważać nad profesjonalizmem medycznym i zmniejsza zaufanie społeczeństwa do zawodu lekarza*” – stwierdził Gontkiewicz w liście do Grzegorza Wrony, rzecznika odpowiedzialności zawodowej w Naczelnej Izbie Lekarskiej, cytowanym m.in. przez **Polsat News**.

□ Wraz z pojawieniem się konkretnych informacji o dostawach szczepionek na pierwszy plan wysunęła się kwestia harmonogramu szczepień i liczby chętnych do poddania się im. Paweł Doczekalski, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, w wypowiedzi dla **TVN24** zwrócił uwagę, że „*decyzja o przebiegu szczepień powinna zapaść w grupie eksperckiej*”, a prezes Łukasz Jankowski stwierdził na antenie

tej samej stacji: – *Jest duże zainteresowanie [szczepieniami] wśród personelu medycznego, również wśród osób niezatrudnionych w szpitalach.*

□ Harmonogram zapisów zmieniał się kilkakrotnie. Tuż przed świętami Bożego Narodzenia wiceprezes ORL w Warszawie Dariusz Paluszek na łamach **Dentonetu** komentował: „*Ustawodawca dał kilka dni na zgłaszanie się medyków chętnych do poddania się szczepieniu przeciw COVID-19*”. Niewiele później, już po zmianie terminu zgłaszania się, w **Polsacie News** Łukasz Jankowski stwierdził: – *Lekarze narzekają na kłopoty z rejestracją do szczepienia. Są odsyłani od jednego szpitala do drugiego. Pracownicy rejestracji nie wiedzą, że termin zgłaszania się na szczepienie przeciwko koronawirusowi został przedłużony.*

□ Izba wyszła z inicjatywą pomocy medykom w rejestrowaniu się. „*Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zbiera zgłoszenia lekarzy i lekarzy dentystów chętnych do zaszczepienia się przeciwko COVID-19 w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. Zapisać się mogą jedynie osoby, które nie zgłosiły uprzednio chęci zaszczepienia się w innym punkcie*” – pisał **Medexpress**.



□ Po rozpoczęciu zapisów na szczepienia dla osób spoza grupy 0 i zmniejszeniu dostaw preparatów wyszły na jaw nowe kłopoty. – *Dzisiaj miałem termin szczepienia. Został odwołany. Żeby była jasność, nie tylko ja czekam, cały personel przychodzi. Tam są pielęgniarki, personel pomocniczy, lekarze, wszyscy czekają na szczepienia* – opisywał sytuację w **Faktach TVN** Paweł Doczekalski.

Procedury

□ W sprawie ułatwień dla medyków z zagranicy chętnych do pracy w Polsce zabierał głos prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski. Na łamach „**Rzeczpospolitej**” komentował: „*Nie możemy mieć pewności, że dyplom lekarski z państw trzecich pokrywa się z tym z UE. A bez egzaminu z języka polskiego nie zaręczymy, że taki lekarz będzie w stanie porozumieć się z kolegami i pacjentami*”.

□ **Infodent24.pl** zauważył naszą aktywność w kwestii opłat śmieciowych: „*OIL w Warszawie alarmuje: algorytm, według którego naliczane mają być opłaty za odbiór śmieci, mocno dotknie właścicieli gabinetów stomatologicznych. Faktem jest, że wyższe opłaty obciążą wszystkich mieszkańców stolicy, ale lekarzy dentystów szczególnie. Co gorsza mechanizm naliczania należności jest dla stomatologów niesprawiedliwy*”.

□ Tomasz Imiela, lekarz z ORL w Warszawie, w **Faktach TVN** ostrzegł: – *Epidemia zabiera równie licznie cierpiących na inne choroby, dla których zabrakło miejsc w szpitalach, albo którzy za długo czekali z wezwaniem pomocy. Konieczne trzeba zapewnić miejsca dla tych chorych, bo oni po prostu umierają*.



Sprawy lekarzy

□ O tym, jak praca przy zwalczaniu epidemii wpływa na życie prywatne lekarzy, mówiła dla **Wirtualnej Polski** Maria Kłosińska, koordynator mediów OIL w Warszawie: „*Politycy podejmują decyzje związane z powstrzymaniem pandemii z dnia na dzień. Nagle. Tak były zamykane i otwierane szkoły, dochodziła do tego niepewność co do funkcjonowania żłobków i przedszkoli. To bardzo trudne dla każdego, ale dla nas, lekarzy, szczególnie. Wielu lekarzy choruje. Brakuje rąk do pracy. Nie każdy medyk jest w stanie tak szybko przeorganizować opiekę nad dzieckiem*”.

□ Temat problemów z wypłacaniem dodatków covidowych pojawiał się w wypowiedziach Tomasza Imieli i Łukasza Jankowskiego na łamach „**Gazety Wyborczej**” i „**Polityki Zdrowotnej**”, a w wywiadzie dla „**Medycyny Praktycznej**” prezes ORL mówił: „*Sytuacja z dodatkami jest groteskowa: pieniądze nie trafiły do wielu uprawnionych osób, za to temat jest wykorzystywany do chwalenia się przez decydentów hojnością*”.

□ Kłopoty lekarzy zauważyli muzycy we wspólnym projekcie zespołu Satori i Kazika. „*Wskazują na bezradność rządzących i brak wsparcia dla służby zdrowia, która stoi na pierwszej linii frontu walki z pandemią. »Na SOR-ze padam i mówię jak jest. Kompletny chaos otacza mnie« – śpiewa wokalista Satori. »Bracia, siostry, to my, ochrona zdrowia, a rządzących zapraszamy do naszego pogotowia« – to z kolei tekst Kazika. W teledysku wykorzystano fragment spotu »Polska to chory kraj« za zgodą Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie*” – pisał **Onet**. Na teledysk zwróciły uwagę także: „**Gazeta Wyborcza**”, **Spiderweb.pl**, **Tok FM**, **WTK**, **Strefamusciart.pl**.



□ Kontynuacja akcji „Polska to chory kraj”, czyli kampania #Niezapominaj, stała się tłem niefortunnej wypowiedzi rektora WUM Zbigniewa Gacionga. W rozmowie z przedstawicielem „**Dziennika Gazety Prawnej**” stwierdził, że minister zdrowia ma do niego żal o udział w konferencji rozpoczynającej kampanię. „*Zaproszono mnie, a potem okazało się, że to polityczna manifestacja*” – powiedział rektor, co wywołało stanowczą reakcję naszej izby. Prezes Łukasz Jankowski opublikował w tej sprawie oświadczenie. „*Nie mogę zgodzić się z faktem, że mówienie w sposób merytoryczny o aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia jest – jak mówi pan rektor w wywiadzie – »polityczną manifestacją«. Nieprawdą jest również rozpowszechniana przez pana rektora informacja o »wygrazaniu pięściami« w trakcie konferencji*” – napisał szef ORL w Warszawie. Dokument cytowały m.in.: **TVP Info**, **Cowzdrowiu.pl**, **Rynek Zdrowia**, „**Medycyna Praktyczna**”. Wkrótce rektor WUM w opublikowanym przez **Polską Agencję Prasową** oświadczeniu „*wyraził ubolewanie z powodu swojej »niefortunnej wypowiedzi« i zapewnił, że jego zamiarem nie było urażenie członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie*”. Za PAP informację powtórzyły m.in. „**Dziennik Gazeta Prawna**” i **Onet**.



□ Nasi lekarze komentowali też głośne ekscesy związane z modą na tak zwane suche morsowanie. „*Tylko jednego dnia i tylko do godz. 19 mieliśmy na oddziale ratunkowym kilkanaście przypadków złamań, do których doszło podczas zabawy na sankach. Tak jak oczekuje się rozsądku od rodziców, którzy zabierają dzieci na sanki, tak samo oczekuje się go od dorosłych, którzy decydują się na suche morsowanie i inne sporty zimowe*” – stwierdziła w rozmowie z **Onetem** Maria Kłosińska. ■

Halo, mówi się...



Telefony, komunikatory, „internety”. Przez pacjentów uznawane jednocześnie za pomocne, wręcz nieodzowne narzędzia, ale również za utrapienie. Nic nie zastąpi bezpośrednich kontaktów, lecz może, „gdy się nie ma, co się lubi...”. W rubryce „Zabiegi wizerunkowe” **Maciej Orłóś** w rozmowie z Renatą Jeziótkowską koncentruje się na kwestii, jak radzić sobie m.in. z barierami komunikacyjnymi podczas teleporady.

Fot. archiwum

Ochrona zdrowia nie jest taka jak dawniej, pierwszy kontakt z lekarzem opiera się teraz na teleporadzie. Wielu pacjentów źle to ocenia, zwłaszcza gdy nie chodzi o drobną dolegliwość, tylko większy problem zdrowotny. Czy lekarz może coś zrobić z wizerunkiem nadszarpniętym przez pandemię?

Pytanie, czy lekarz, czy system. Wprowadzono teleporadę, bo był ku temu powód – chodziło o minimalizowanie ryzyka zakażenia koronawirusem. Oczywiście, często lekarz powinien zobaczyć pacjenta. Trudno zbadać ciśnienie czy przez telefon zajrzeć do gardła, osłuchać, nie mówiąc o innych sprawach. Ja chwałę sobie

rozwiązanie, jakim jest teleporada, a podczas niej decyzja, czy na kontakcie telefonicznym poprzestać, czy pacjent ma jednak przyjść do lekarza. Sam łapię się na tym, że gdy coś mi jest, podejrzewam od razu COVID, jakby innych chorób nie było.

Często telefonów jest tak dużo, że brakuje czasu np. na uprzejmości. Pacjent może interpretować to jako brak empatii. Czy można spowodować, żeby czuł się otoczony opieką, a jednocześnie szybko, rzeczowo załatwić jego sprawę?

To wymaga zrozumienia z obu stron. Pacjent powinien zdawać sobie sprawę z sytuacji. Powinien, choć można powiedzieć, że nic nie powinien, bo ma swoje potrzeby, swoją perspektywę, potrzebuje uwagi i czasu, żeby wszystko zrozumieć. Przyjmijmy więc, że dobrze by było, żeby pacjent zdawał sobie sprawę z ograniczonych możliwości lekarza, który też jest tylko człowiekiem, działa w jakichś granicach. Z drugiej strony lekarz oczywiście powinien uświadamiać sobie, jakie potrzeby ma pacjent – w sensie komunikacji, psychiki. To jest bardzo ważne. Czasami wystarczy jedno dobre słowo, jedno dobre zdanie – ciepłe, ludzkie, od siebie, pokazujące empatię, uwagę, którą się poświęca. A nie wszystko sucho i szybko, szybko. Jestem przekonany, że wielu pacjentom jedno zdanie, które wyraża troskę lekarza, jego pochycenie się nad tym konkretnym pacjentem, załatwi bardzo dużo. Po takiej rozmowie pacjent będzie miał przekonanie – dobrze, że porozmawiałem z doktorem.

Słyszałam o wielu zaskakujących sytuacjach podczas teleporad, woboc których trudno lekarzowi o wyrozumiałość. Przykładowo dzwoni pani i mówi: – Chyba moje dziecko ma gorączkę, ale nie wiem, bo nie mam termometru. Jak lekarz ma zareagować? Przecież gorączki przez telefon nie zmierzy, nie przyśle termometru. Sytuacja może wydawać się śmieszna, ale może też okazać się, że dzieje się coś poważnego.

To kwestia wyobraźni. Człowiek jest, jaki jest, może dzwoni w panice, nie ma

termometru. Trzeba zrozumieć, że ludzie są różni, i spokojnie wyjaśnić, co należy zrobić. Być może konieczność tłumaczenia podstaw wydaje się dziwna, ale trzeba wykazać się zrozumieniem dla przyczyn. Czasem przyczyną jest brak edukacji, szkoły. I niekoniecznie to wina pacjentów, że są niedouczeni, nie myślą logicznie. Widocznie nikt ich tego nie nauczył.

Niekiedy bywa, że pacjent od pierwszego słowa przelewa swoje frustracje na lekarza. Bo cały dzień nie może się dodzwonić, aby uzyskać teleporadę, albo musi czekać trzy dni lub dłużej. Łatwiej mu wyrażać oburzenie, gdy nie patrzy w oczy rozmówcy, nie widzi go. Gdy jest tylko telefon, współpraca z pacjentem staje się trudniejsza. Czy istnieją sposoby tonowania jego wzburzenia?

Są sprawdzone sposoby, które wymagają cierpliwości, nieulegania emocjom. Sprawdzają się może nie w 100 proc., ale powiedzmy w 90. Bierze się na klatkę to, co druga osoba mówi, a następnie odpowiada: – *Pani Ireno, doskonale rozumiem pani zdenerwowanie. Każdy by się zdenerwował, gdyby dzwonił i nikt by nie odbierał. Jest mi przykro, że panią to spotkało, spróbujemy teraz wyjaśnić sytuację.* Jestem przekonany, że taka osoba pomyśli: „OK, ktoś mnie rozumie, możemy porozmawiać” i spuszcza z tonu. Znam to z autopsji. Tak się po prostu neutralizuje niepotrzebne nerwy.

Nawet gdy mamy do czynienia z brakiem kultury, wręcz chamstwem?

Oczywiście, nie w każdej sytuacji. Odwołam się do porównania z Internetem, gdzie jest różnica między krytycznym komentarzem, ale bez przekraczania granic kultury słowa, a hejtem. Jeżeli widzi się emocje, lecz nikt nie wychodzi poza ramy dobrego smaku i kultury osobistej, nie wylewa wiadra pomyj, nie używa wulgaryzmów, rozmowa jest możliwa. Gdy ktoś prezentuje, umownie mówiąc, hejt w rozmowie telefonicznej, rzuca wulgaryzmami, wtedy moim zdaniem należy wykonać jedną próbę: – *Panie Henryku, rozumiem nerwy, ale bardzo bym prosił, żeby pan jednak*

poskromił emocje, a przede wszystkim język. Staram się panu pomóc i nie zasłużyłem na tego typu słownictwo i zniewagi. Jest szansa, że po tym nastąpi otrzeźwienie i uspokojenie. Tak samo się robi w mediach społecznościowych – wycisza się, ukrywa post albo kogoś blokuje. Jeżeli nie, to znaczy, że pacjent szuka konfrontacji. W świecie lekarskim następny krok powinien być więc taki: – *Panie Henryku, przed chwilą coś powiedziałem, ale widzę, że jest pan w dużych emocjach, więc proponuję, żebyśmy porozmawiali innym razem. Do usłyszenia.* I kończymy. Bo nie ma powodu, żeby wysłuchiwać zniewag czy niecenzuralnych słów.

Jeżeli widzi się emocje, lecz nikt nie wychodzi poza ramy dobrego smaku i kultury osobistej, nie wylewa wiadra pomyj, nie używa wulgaryzmów, rozmowa jest możliwa.

W dzisiejszych realiach ktoś, kto trafia do szpitala, jest w izolatce, musi czekać na wynik testu. Nie wie, czy jest zakażony, rozmawia z nim się np. telefonicznie. Poczucie zamknięcia, obcości pacjent może mieć nawet na oddziale. Czy można mu ułatwić zapanowanie nad niepokojem i innymi negatywnymi emocjami przez dobrą komunikację?

Pacjent potrzebuje ludzkiego traktowania, ludzkich odruchów. Podobnie jak podczas teleporady, nawet kilka słów wsparcia i zrozumienia przynosi pozytywny efekt. Jeżeli ktoś z personelu okaże choremu troskę, da mu uśmiech, chwilę uwagi, to temu choremu już będzie lepiej. Pacjent sfrustrowany, smutny, niepewny, w fatalnym stanie, również psychicznie, siedzi w izolatce, po czym nagle spotyka się z czyjąś ludzką reakcją! O to chodzi. Ważne jest, by być wysłuchanym. Ludzie potrzebują się

wygadać. Ja wiem, że lekarze nie mają czasu, ale pozwólmy pacjentowi chociaż przez chwilę pogadać. Potem można mu delikatnie przerwać, powiedzieć: – *Panie Władysławie, później jeszcze spróbuję do pana zajrzeć, bo chętnie postucham do końca tego, co pan ma do powiedzenia, ale teraz muszę pójść do innych pacjentów.* Ten pacjent już „wychodzi”, już psychika mu się prostuje, więc czasami naprawdę niewiele trzeba.

Problemem bywa kontakt telefoniczny z rodziną pacjenta. Gdy chory jest w szpitalu, bliscy chcieliby o nim wiedzieć jak najwięcej. Jeżeli ma telefon z wideo, jest z nim kontakt bezpośredni. Gdy jednak znajduje się w cięższym stanie lub nie potrafi korzystać z urządzeń elektronicznych, rodzina często dzwoni do lekarza, bo oczekuje na bieżąco informacji. To zrozumiałe, ale też trudne do wykonania, bo lekarze często stają przed wyborem: rozmawiać albo leczyć.

Rodzinie na pewno pomoże nawet krótka rozmowa. Wystarczy jeśli się wytłumaczy, dlaczego rozmowa musi być krótka, i zwięźle przedstawi stan pacjenta oraz poinformuje, kiedy następnym razem należy zadzwonić. Mówić trzeba prosto, nie używać fachowej terminologii, ale nie oschle, na zasadzie: – *Szanowna pani, sytuacja jest taka a taka, nie mogą dłużej rozmawiać, żegnam.* Druga strona też powinna wykazać zrozumienie i nie żądać długiej rozmowy, gdy brakuje personelu, lekarze i pielęgniarki dwoją się i troją. Nie należy blokować ich ciągłymi pytaniami. Zatem od lekarza powinien wyjść jasny komunikat: – *Nazywam się tak i tak, jestem lekarzem, który pracuje na tym oddziale. 10 minut temu byłem w sali, w której leży państwa krewny, jego stan jest stabilny. Leży w pokoju trzyosobowym, dbamy o niego, najlepiej jak potrafimy. Niestety, państwa wizyta u chorego nie jest możliwa, nie mogę też dłużej rozmawiać, bo muszę zająć się kolejnym pacjentem. Bardzo proszę kontaktować się jutro o tej samej porze, dyżur ma ta i ta osoba i jeżeli nie będzie akurat przy pacjencie, udzieli aktualnych informacji.* Po takiej rozmowie rodzina jest spokojniejsza i zapewne zadzwoni następnego dnia. ■



Fot. K. Barczyński

Mamy prawo do ochrony przed nienawiścią

– *Stanowimy doskonały łącznik między rzecznikiem praw lekarza i rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej* – tak o roli Zespołu ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie mówi jego przewodniczący **Michał Gontkiewicz** w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

Kierowany przez pana zespół zajmuje się naruszeniami w ochronie zdrowia, ale koniecznie trzeba wyjaśnić czytelnikom, o jakie naruszenia chodzi.

Zespół ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia powstał po to, by poprawić jakość opieki medycznej i wyłapywać wszel-

kie niewłaściwe zachowania pacjentów, lecz także personelu medycznego i zarządzających placówkami. Chodzi o lekarzy, ale też o osoby, które podszywają się pod nich. Znane są bowiem przypadki np. klinik wlewu kroplówek, które działają zupełnie bez kontroli i często naciągają pacjentów, oferując szkodliwe lub w danym momencie zupełnie zbędne terapie. Wiemy też o działalności osób wykonujących zabiegi z zakresu medycyny estetycznej, narażających pacjentów na ciężkie powikłania. Takie naruszenia monitorujemy, ale zwracamy również uwagę na nieetyczne

zachowania naszych koleżanek i kolegów. To założenia, które przyjęliśmy na samym początku działalności. Kiedy zespół się rozkręcił, zaczęły się nasilać naruszenia z kolejnej bardzo ważnej kategorii, polegające na oczernianiu medyków. Dlatego od jakiegoś czasu na tym skupia się praca podzespołu do spraw hejtu. To grupa, która wyszukuje publikacje i wypowiedzi w mediach zawierające przejawy agresji wobec lekarzy. A niestety obecnie ich nie brakuje.

Czym różni się wasza praca od tego, czym zajmują się zarówno okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, jak i rzecznik praw lekarza?

Zespół jest doskonałym łącznikiem między tymi instytucjami. Problemy, zwłaszcza w przestrzeni cyfrowej, zaczęły narastać lawinowo i nie sposób wyłącznie za pomocą oddolnych zgłoszeń oczyścić środowisko medyczne z patologii. Dlatego podjęliśmy się trudnego zadania odnajdywania nieprawidłowości, których zwalczanie należy do

Zespół ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia powstał po to, by poprawić jakość opieki medycznej i wyłapywać wszelkie niewłaściwe zachowania pacjentów, ale także personelu medycznego i zarządzających placówkami.

zadań OROZ i RPL. Przygotowujemy dla nich dokumentację potrzebną do postępowań. Część zespołu wyszukuje i podsyła materiały, otrzymujemy też zgłoszenia przez formularz kontaktowy na stronie internetowej i przez komunikatory. Monitorujemy firmy, które podejrzewamy o prowadzenie działalności leczniczej bez uprawnień. W pewnych sytuacjach kierujemy zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa do policji lub prokuratury.

”

Jakiej rangi są to sprawy?

To przede wszystkim drobne kamyczki, które razem pokazują wagę naszej pracy. Jedną z większych spraw, jaką wychyciliśmy, była działalność osoby spoza środowiska lekarskiego, niemającej uprawnień do kształcenia lekarzy, która prowadziła szkolenia z medycyny estetycznej. Sprawa jest w toku, a nasz zespół doprowadził do postawienia zarzutów tej osobie, na razie w postępowaniu dyscyplinarnym.

A na czym polega praca podzespołu „Stop hejt”?

Właściwie wszyscy zaczynamy dzień od „prasówki”. Dzielimy się portalami, które przeglądamy. Poza tym reagujemy na sygnały z zewnątrz. Potem dokonujemy analizy, czy dana sprawa jest przypadkiem hejtu, czy po prostu komentarzem. Oczywiście jest przecież, że z zawodem lekarza nierozzerwalnie związane jest publiczne ocenianie. Musimy pamiętać o tym, że nie każdy negatywny komentarz jest hejtem. Jeśli jednak uznamy, że

Schemat działania ZESPOŁU DS. MONITROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA

KROK 1 Zgłoszenie wysłane pod adresem hejt@oilwaw.org.pl powinno zawierać:

➤ link do publikacji ➤ zrzut ekranu ➤ link do profilu autora wpisu

KROK 2

Weryfikacja zgłoszenia przez pracownika.

Przesłanie autorowi wpisu wezwania do usunięcia publikacji:

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, reprezentująca interesy osób wykonujących zawód lekarza i lekarza dentystry, na podstawie art. 5 pkt 14 ustawy o izbach lekarskich (DzU z 2018 r., poz. 168), wzywa Panią/Pana do usunięcia w nieprzekraczalnym terminie 48 godzin od daty otrzymania niniejszej wiadomości obraźliwego oraz bezprawnego powyższego wpisu. W przypadku braku usunięcia wyżej wymienionego wpisu Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza podejmie dalsze kroki prawne w celu ochrony godności reprezentantów zawodu lekarza

KROK 3

W razie braku reakcji sprawa zostaje skierowana do odpowiednich organów:

➤ prokuratury, policji, administratora serwisu internetowego.



taka klasyfikacja jest uzasadniona, najpierw próbujemy sprawę załatwić polubownie. Kontaktujemy się – o ile to możliwe – z osobą, która wstawiła negatywną opinię, oraz z administratorem platformy, na której została opublikowana, i zwracamy się z prośbą o usunięcie lub sprostowanie informacji. Dajemy w takim przypadku określony czas na reakcję. Jeśli termin upłynie, a nasza prośba nie zostaje spełniona, kierujemy sprawę do sądu. Jeśli hejt dotyczy całej grupy zawodowej, lekarzy reprezentujemy my. Jeśli zaś skierowany był do konkretnej osoby, oferujemy pomoc poszkodowanym – informujemy np. jak napisać pozew, co zrobić, by sprawę doprowadzić do końca. My zwykle wybieramy ścieżkę karną, korzystając z przepisów o zniesławieniu.

Ten zespół to przedsięwzięcie pionierskie. Jaka jest jego przyszłość?

Rzeczywiście, to Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie jako pierwsza zaproponowała taką formę przeciwdziałania naruszeniom w ochronie zdrowia. Naturalną kontynuacją wydaje się zastosowanie naszego rozwiązania przez Naczelną Radę Lekarską, ponieważ takie działania powinna podejmować centralna jednostka samorządu, a nie tylko komórki okręgowe. Zwłaszcza w zakresie hejtu, bo wszyscy mamy prawo do ochrony przed nienawiścią. ■



Fot. licencja OIL w Warszawie



Fot. archiwum

Interwencje rzecznika praw lekarza

MONIKA POTOCKA
rzecznik praw lekarza

Szanowne Koleżanki i Koledzy Lekarze, jako rzecznik praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza reprezentuję Wasze interesy na podstawie uchwały nr 471/P-VIII/19 z 17 kwietnia 2019 r., art. 2 ust. 2 oraz art. 5 pkt 14 Ustawy o izbach lekarskich (DzU z 2019, poz. 965 ze zm.). Zgodnie z tym umocowaniem, od czerwca 2018 r., kiedy zostałam wybrana, podejmuję liczne działania w celu ochrony naszego dobrego imienia. Występuję nie tylko w interesie grup lekarzy, ale również w sprawach dotyczących poszczególnych osób.

Ostatnio podjęłam dwie interwencje związane z obroną dobrego imienia lekarzy. W programie „Uwaga!” TVN opublikowano komentarze do reportażu pt. „Pacjenci szpitala w Poznaniu: W nocy jesteśmy sami, ludzie umierają” zawierające wyzwiska pod adresem lekarzy, a także nawoływanie do pozbawienia ich życia. W piśmie, które skierowałam do telewizji TVN, zażądałam usunięcia tych obraźliwych i bezprawnych komentarzy. Po moim monicie wszystkie agresywne komentarze zostały usunięte, wyłączono też funkcję umożliwiającą zamieszczanie nowych.

Podobna sytuacja miała miejsce, kiedy w „Wiadomościach” TVP w materiale Konrada Węza pojawiły się nieprawdziwe informacje dotyczące niechęci izb lekarskich do kierowania lekarzy do walki z epidemią oraz niechęci samych lekarzy do pracy z pacjentami zarażonymi SARS-CoV-2. Skierowałam skargę do Rady Etyki Mediów oraz Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji, instytucji kontrolujących media. Podkreślałam, że wyemitowany reportaż jest niezgodny z Kartą Etyki Mediów zobowiązującą dziennikarzy do kierowania się zasadami prawdy i obiektywizmu oraz że zgodnie z art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z 26 stycznia 1984 r. – Prawo prasowe dziennikarz jest zobowiązany do zachowania szczególnej staranności, a zwłaszcza sprawdzenia zgodności z prawdą uzyskanych informacji lub podania ich źródła. Rada Etyki Mediów w pełni zgodziła się z moimi zarzutami.

W nowym roku 2021 życzę Państwu przede wszystkim zdrowia i wytrwałości, a także tego, aby w naszym społeczeństwie przywrócony został w pełni szacunek do zawodu lekarza i opisane sytuacje więcej się nie powtórzyły. ■

E-skierowania

E-skierowanie to kolejny po e-receptach i e-zwolnieniach dokument w koszyku e-usług opieki zdrowotnej w Polsce. Umożliwia pełną elektroniczną obsługę procesu kierowania pacjenta na leczenie – od momentu wystawienia dokumentu do jego realizacji. Dla pacjenta oznacza to wygodę i oszczędność czasu, nie musi bowiem odbierać skierowania w placówce medycznej. Dla lekarza natomiast to zmniejszenie biurokracji, usprawnienie procedur administracyjnych i eliminacja błędów w skierowaniach.

Jak korzystać z e-skierowań?

W przypadku e-skierowań stosowane są zasady analogiczne jak obowiązujące w odniesieniu do znanych od roku e-recept. Podczas konsultacji lekarskiej, również w formie teleporady, pacjent otrzymuje kod PIN. Jeżeli posiada Internetowe Konto Pacjenta, czterocyfrowy kod przesłany zostaje do niego SMS-em lub e-mailem w formie pliku pdf. Jeżeli natomiast nie aktywował IKP, otrzyma wydruk, dzięki któremu będzie mógł zrealizować e-skierowanie.

Elektroniczny dokument eliminuje problem nieczytelności pisma lekarza i wynikających z tego błędów oraz możliwość zgubienia skierowania papierowego, co ograniczy dotychczasowe ponowne wizyty pacjentów w celu wystawienia duplikatu. Dzięki cyfryzacji lekarz może zdalnie monitorować przebieg leczenia pacjenta, może również anulować wystawiony dokument w przypadku nieprawidłowości (jednak wyłącznie do momentu zarejestrowania skierowania w placówce realizującej).

E-skierowania mają także tę zaletę, że odciążają personel medyczny od czynności administracyjno-sprawozdawczych, ułatwiają raportowanie i powielanie przesyłanych informacji oraz rejestrację, ponieważ dane pacjenta zostają pobrane automatycznie.

Dokument cyfrowy może wystawić każdy lekarz oraz lekarz dentyista, bez względu na to, czy ma kontrakt z NFZ, czy nie. Ale zrealizować e-skierowanie można tylko w placówce, która posiada kontrakt z NFZ. System e-zdrowie automatycznie kieruje procesem rejestrowania wizyt, eliminując możliwość zapisywania się do kilku placówek lub lekarzy równocześnie. Ma to wpłynąć na realne skrócenie czasu oczekiwania na konsultację lub badanie.

Wszystkie e-skierowania, podobnie jak e-recepty oraz dokumentacja medyczna, widoczne są dla pacjenta w IPK, do którego można się zalogować w serwisie www.pacjent.gov.pl, przez profil zaufany, używając dowodu osobistego z warstwą elektroniczną (e-dowodu) lub za pośrednictwem kont internetowych niektórych banków.

Badania z e-skierowaniem

Od 8 stycznia 2021 r. e-skierowania wystawiane są obowiązkowo na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych (w poradni okulistycznej czy ortopedycznej, z wyłączeniem porady logopedycznej), leczenie szpitalne, badania medycyny nuklearnej oraz tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, badanie endoskopowe przewodu pokarmowego i echokardiograficzne płodu finansowane ze środków publicznych.

Na pozostałe świadczenia medyczne skierowania będą wystawiane w formie papierowej. Dotyczy to m.in. skierowań na leczenie uzdrowiskowe, rehabilitację, do szpitali psychiatrycznych, w przypadku braku dostępu do Internetu oraz wystawienia skierowania przez lekarza, pielęgniarkę lub położną z innego państwa członkowskiego UE, okazjonalnie udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. E-skierowanie nie jest też wystawiane w ramach zlecenia wewnętrznego, np. kiedy szpital, w którym przebywa pacjent, kieruje go na badanie specjalistyczne na swoim terenie. Ponadto, tak jak dotychczas, pacjent nie potrzebuje skierowania do psychiatry, ginekologa i położnika, onkologa, wenerologa i dentyści.

Rozwój usług cyfrowych w ochronie zdrowia

Stan pandemii uświadomił zarówno pacjentom, jak i środowisku medycznemu zalety rozwiązań informatycznych. Centrum e-Zdrowie podaje, że liczba placówek zainteresowanych wcześniejszym wdrożeniem e-skierowania zaczęła szybko rosnąć w drugiej połowie 2020 r. Wypisano wtedy prawie 28 razy więcej e-skierowań niż w pierwszej połowie roku. W grudniu 2020 lekarze wystawili ponad 1,1 mln e-skierowań. Z rozwiązania tego skorzystało średnio niemal 70 proc. podmiotów. Do 31 grudnia prawie 43 tys. lekarzy wystawiło ponad 5 mln e-skierowań. Największą grupą, która skorzystała w 2020 r. z cyfrowych skierowań, były osoby 61+ (prawie co czwarte e-skierowanie).

Bardzo dynamicznie rosła także liczba użytkowników IKP. Obecnie aktywnych jest ponad 4,7 mln kont. Oznacza to, że tylko w listopadzie 2020 Polacy aktywowali kolejny milion kont. Ponad 10 proc. użytkowników IKP to seniorzy. ■

Andrzej Troszyński,
rzecznik prasowy Mazowieckiego OW NFZ



Wada wrodzona

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA – adwokat

ALEKSANDRA POWIERŻA – radca prawny

Analiza przypadku

Ostatnią analizę przypadku w zakresie ginekologii zamieściliśmy na łamach „Pulsu” ponad rok temu. Czas więc na kolejną.

Na początku 2011 r. pani R. zgłosiła się do lek. B., by objął ją specjalistyczną opieką przez cały okres ciąży, do porodu. W okresie ciąży, ze względu na stan zdrowia pacjentki i zagrożenie poronieniem, lek. B. wykonał kilka badań USG położniczego w terminach: 14.04., 2, 13 i 30.05., 1 i 29.07. oraz 16.08.2011 r. Badania nie wykazały żadnych nieprawidłowości.

Od 16 do 20.05., z powodu obawy przed poronieniem, pani R. przebywała na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym SP ZOZ w J. Lekarze zatrudnieni w szpitalu również nie zanotowali żadnych nieprawidłowości w przebiegu ciąży.

Podczas kolejnej wizyty u dr. B., która miała miejsce 10.10., zostały wykryte wstępne nieprawidłowości w centralnym układzie nerwowym płodu. Stwierdzono poszerzenie układu komorowego po stronie prawej o 20 mm, a po stronie lewej poszerzenie rogów tylnych – o 18 mm. Po wykryciu wady u dziecka lek. B. skierował pacjentkę do szpitala w celu pogłębienia diagnostyki, następnie bezwzględnie skierowano ją do Szpitala Ginekologiczno-Położniczego w G.

Badanie USG przeprowadzone we wspomnianej placówce przez lek. G.W. 12.10.2011 r. ujawniło rozszczep kręgosłupa u płodu oraz wtórne wodogłowie.

Dziecko urodziło się z rozszczepem kręgosłupa, przepukliną oponowo-rdzeniową,

pęcherzem neurogennym oraz wodogłowie. Cierpi też na wadę stóp końsko-szpotaowych oraz na zespół Arnolda Chiariego typu drugiego.

W tej sytuacji pełnomocnik pacjentki wystąpił z roszczeniem wobec dr. B. o zadośćuczynienie w wysokości 100 tys. zł. Zarzucił dr. B. niewłaściwe prowadzenie ciąży. W jego ocenie lekarz nie zalecił i nie przeprowadził żadnego leczenia ani nie podjął próby zapobieżenia rozwojowi choroby.

W związku z postawionymi zarzutami ubezpieczyciel dr. B. podjął postępowanie likwidacyjne. W celu ustalenia, czy działania medyczne ubezpieczonego lekarza były prawidłowe, zgodne z aktualną wiedzą medyczną, zasięgnął opinii lekarza specjalisty z zakresu położnictwa i ginekologii.

Poproszona o opinię dr n. med. L. stwierdziła, że lekarz B. nie popełnił błędów medycznych podczas sprawowania opieki nad ciężarną. Jego postępowanie było prawidłowe, zgodne z zasadami wiedzy medycznej. Wykonał pacjentce wszystkie konieczne badania – dziewięć badań USG (obowiązkowe są trzy), wykorzystując swą wiedzę medyczną i posiadany sprzęt. Lekarz rozpoznał wadę ośrodkowego układu nerwowego u płodu i natychmiast skierował panią R. do szpitala o odpowiednim poziomie referencyjnym.

Opiniująca wskazała, że zaistniałe wady płodu mają podłoże genetyczne i nie zostały w żaden sposób spowodowane postępowaniem lekarzy. Stwierdziła: „*lekarz sprawował opiekę nad ciężarną zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, wykorzystując swoją wiedzę i doświadczenie oraz możliwości sprzętu, którym dysponował. Ciążę traktowano jak prawidłową, więc nie było wskazań do stosowania bardziej wnikliwych badań diagnostycznych, np. badań genetycznych, szczegółowej fetometrii płodu. Do 32. tygodnia ciąży pacjentki pozwany nie był w stanie dostępnymi sobie metodami badań rozpoznać nieprawidłowości genetycznych płodu, a ponieważ nie widział patologii, nie miał podstaw do zlecenia dodatkowej diagnostyki. Po rozpoznaniu wady skierował pacjentkę do placówki*

o wyższym stopniu referencyjności. Diagnostyka wad genetycznych w pierwszym trymestrze ciąży wykracza bowiem poza możliwości techniczne szpitala o najniższym poziomie referencyjnym. Nie istniały wskazania do skierowania ciężarnej do poradni wad wrodzonych.

Nie istnieje związek między stanem zdrowia dziecka a działaniem lekarzy. Objawy zagrażającego poronienia ani zatrucie pokarmowe nie upoważniają lekarzy do kierowania do placówki o wyższym poziomie referencyjności (nieobciążony wywiad, wiek ciężarnej, przebieg ciąży wskazywały na prawidłowy stan). Wady CUN występują w 3.–4. tygodniu ciąży. Wykrycie wodogłowia jest możliwe między 12. a 15. tygodniem, ale tylko w wysoko wyspecjalizowanych ośrodkach, z odpowiednim zapleczem sprzętowym i wykwalifikowanymi w kierunku tych badań specjalistami.

Możliwości rozpoznania wady genetycznej są też uwarunkowane nasileniem i tempem narastania objawów oraz przyczyną wystąpienia wady (często niedającą się ustalić).

Badanie przezierności karkowej między 11. a 14. tygodniem ciąży pozwala określić u płodu prawdopodobieństwo wystąpienia nieprawidłowości chromosomów, wad serca lub schorzeń takich jak: zespół Downa, Edwardsa, Patau. Nie służy do diagnostyki wodogłowia, powstałego jako wtórne, w wyniku rozszczepu kręgosłupa. Badanie przezierności karkowej powinno być wykonane na sprzęcie USG najwyższej klasy, przez wyszkolonych w tym kierunku specjalistów. Pomiarów należy dokonywać z dokładnością do 0,1 mm. Ocena przezierności karkowej w tradycyjnej technice jest nieprzydatna”.

Tym samym uznano, że działanie dr. B. nie nosi znamion winy. Ponieważ nie stwierdzono spełnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej, nie uznano odpowiedzialności za zgłoszoną szkodę i odmówiono wypłaty świadczenia.

Pytanie redakcji: Czy częste są roszczenia pacjentek związane z prowadzeniem ciąży?

Odpowiedź prawnika lekarza: Można powiedzieć, że – obok roszczeń wobec chirurgów i ortopedów – te z zakresu ginekologii i położnictwa są najczęstsze.

Pytanie redakcji: Czego na ogół dotyczą?

Odpowiedź prawnika lekarza: Przykładów błędów medycznych z zakresu ginekologii i położnictwa może być niestety bardzo dużo. Wynikają najczęściej ze złego rozpoznania stanu zdrowia matki lub płodu, zbyt późnego przeprowadzenia cesarskiego cięcia, stosowania przestarzałego sprzętu i wynikających z tego nieprawidłowości związanych z badaniami KTG i USG czy też postawienia złej diagnozy i niezastosowania odpowiednich badań oraz sposobu leczenia. ■

IZBA DLA LEKARZY



BEZPŁATNE PORADY PRAWNE

DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
CZŁONKÓW OIL W WARSZAWIE

Dyżury prawników odbywają się:

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

Adres:

Warszawa, ul. Puławska 18
(wejście C)

Kontakt:

prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl
728-988-518 (w godzinach pracy prawników)



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nlelubowicza



Fot. archiwum

Ustawa o kadrach medycznych w okresie epidemii

FILIP NIEMCZYK, adwokat

30 grudnia 2020 r. prezydent podpisał ustawę o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych,¹ zwaną w skrócie ustawą o kadrach. Akt ten wszedł w życie w dniu podpisania, a przewiduje m.in.:

- uproszczenie reguł powrotu do zawodu lekarza, farmaceuty, diagnosty laboratoryjnego, ratownika medycznego, fizjoterapeuty, pielęgniarki i położnej osób mających przerwę w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat (zwolnienie ich z obowiązku odbycia przeszkolenia),
- rezygnację z wymogu posiadania prawa pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jako warunku otrzymania zgody na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentystry przez osobę, która uzyskała kwalifikacje poza terytorium Unii Europejskiej,
- umożliwienie w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii udzielenia przez ministra zdrowia zgody na wykonywanie zawodu lekarza oraz lekarza dentystry, w tym na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, również osobie, która uzyskała kwalifikacje poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej,
- umożliwienie udzielenia przez ministra zdrowia zgody na wykonywanie zawodu ratownika medycznego osobie, która uzyskała kwalifikacje do wykonywania zadań zawodowych

ratownika medycznego poza terytorium Unii Europejskiej,

- umożliwienie wyrażenia przez ministra zdrowia zgody osobie, która uzyskała kwalifikacje poza terytorium UE, na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej oraz przyznanie prawa wykonywania tych zawodów na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

Omawiana ustawa wzbudziła stanowczy sprzeciw środowisk medycznych. W liście otwartym skierowanym do prezydenta RP² prezesi jednostek krajowych

samorządów zawodów medycznych wezwali go do niepodpisania ustawy. Wskazali, że ustawa w obecnym kształcie jest sprzeczna z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP w zakresie, w jakim dotyczy zagadnień związanych z przyznawaniem i potwierdzaniem prawa wykonywania zawodu, ponieważ neguje uprawnienia i obowiązki samorządów zawodowych w zakresie sprawowania pieczy nad wykonywaniem zawodów zaufania publicznego oraz uniemożliwia ich wykonywanie przez samorządy zawodowe w rzeczywisty i odpowiedzialny sposób.

Są to zastrzeżenia uzasadnione. Wspomniana ustawa przewiduje bowiem możliwość przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry osobie, która

uzyskała kwalifikacje zawodowe poza terytorium UE, wyłącznie na podstawie zgody ministra zdrowia, który może, lecz nie musi, zasięgnąć w tym zakresie opinii konsultanta krajowego lub wojewódzkiego. Decyzja o zgodzie wydawana w trybie administracyjnym ma rygor natychmiastowej wykonalności, a po jej wydaniu właściwa okręgowa rada lekarska ma siedem dni na przyznanie wskazanej w niej osobie prawa wykonywania zawodu. Warto zauważyć, że zgodnie z omawianą ustawą w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii czasowe prawo wykonywania zawodu można przyznać także osobie, która nie zna języka polskiego lub nie ma trzyletniego doświadczenia w pracy jako lekarz. Zbliżone uproszczenia dotyczą też osób, które wykonywać będą zawód pielęgniarki, ratownika medycznego, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty.

W konsekwencji wejścia w życie omawianej ustawy Naczelna Izba Lekarska wystosowała list otwarty do dyrektorów szpitali.³ Wezwała w nim do niepodjęcia decyzji o zatrudnieniu osób, których kwalifikacje zawodowe nie zostały dostatecznie zweryfikowane.

³ <https://nil.org.pl/> (dostęp: 14.01.2021).



⁴ Ustawa z 10 grudnia 2020 r., DzU 2020, poz. 2345.



⁵ Ustawa z 16 lipca 2020 r., DzU 2020, poz. 1291.



⁶ <https://www.gov.pl/> (dostęp: 14.01.2021).



¹ Ustawa z 27 listopada 2020 r., DzU 2020 r., poz. 2401.



² <https://nil.org.pl/> (dostęp: 14.01.2021).



ZMIANY W UstawIE O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH ORAZ INNYCH AKTACH PRAWNYCH

1 stycznia 2021 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, DzU 2020 r., poz. 2316.



⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii z 27 grudnia 2020 r., DzU 2020 r., poz. 2353.



⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii z 30 grudnia 2020 r., DzU 2020 r., poz. 2430.



¹⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z 4 stycznia 2021 r., DzU 2021 r., poz. 12.



publicznych oraz niektórych innych ustaw,⁴ mocą której wprowadzono nowe regulacje w systemie ochrony zdrowia, w szczególności w zakresie inwestycji. Omawiana ustawa wprowadza m.in. regułę, że podmioty wykonujące lub zamierzające wykonywać działalność leczniczą albo zamierzające utworzyć podmiot leczniczy będą występowały z wnioskiem do wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia o wydanie opinii o celowości inwestycji w przypadku zamiaru realizacji inwestycji, której wartość kosztorysowa przekraczać będzie 2 mln zł na dzień złożenia wniosku. Jednocześnie ustawa przewiduje, że uzyskanie dotacji od jednostek administracji rządowej lub samorządu terytorialnego na remonty i inne inwestycje, m.in. zakup aparatury i sprzętu medycznego, będzie wymagało uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji.

Ustawa przewiduje również, że dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych uruchomi bazę pytań do państwowego egzaminu specjalizacyjnego do 31 grudnia 2022 r., a nie do końca 2020, jak przyjęto kilka miesięcy wcześniej w ustawie o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw.⁵ Ustawa reguluje również szereg reguł, których celem jest usprawnienie finansowania rezydentur. Od 1 stycznia 2021 r. środki finansowe na pokrycie wydatków związanych z zatrudnianiem rezydentów minister zdrowia będzie przekazywał na podstawie wniosków podmiotów prowadzących rezydenturę. Wszystkie umowy rezydenckie zawarte przed 1 stycznia 2021 r. uległy rozwiązaniu z mocy prawa 31 grudnia 2020 r. Ministerstwo Zdrowia wydało komunikat, w którym informuje,⁶ że zmiany te nie będą miały wpływu na zakres finansowania rezydentur i wysokość wynagrodzeń lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w tym trybie.

AKTUALNE OGRANICZENIA ZWIĄZANE ZE STANEM EPIDEMII

Obecnie obowiązujące regulacje dotyczące ograniczeń związanych ze stanem epidemii wynikają z wydawanych na przełomie roku rozporządzeń Rady Ministrów – z 21 grudnia,⁷ 27 grudnia⁸, 30 grudnia 2020 r.⁹ oraz 4 stycznia 2021 r.¹⁰ Pośród najważniejszych reguł wspomnieć należy o ograniczeniu funkcjonowania galerii handlowych oraz hoteli, zakazie działalności stacjonarnej restauracji, placówek kultury, klubów nocnych, basenów, siłowni, klubów i centrów fitness. Środkami transportu zbiorowego może podróżować ograniczona liczba osób. W kościołach obowiązuje limit – maksymalnie jedna osoba na 15 mkw., a w zgromadzeniach publicznych może uczestniczyć maksymalnie pięć osób. Obowiązują godziny dla seniorów, zakaz organizacji wesel, komunii, konsolacji i innych uroczystości oraz przyjęć okolicznościowych, a targi, wystawy, kongresy i konferencje mogą odbywać się wyłącznie online. Obowiązują również ograniczenia związane z przekraczaniem granic i ruchem międzynarodowym.

Zgodnie z wspomnianymi rozporządzeniami aktualne zakazy obowiązywać miały do 17 stycznia 2021 r., jednakże kolejna nowelizacja rozporządzenia Rady Ministrów¹¹ powoduje, że zostają przedłużone co najmniej do 31 stycznia 2021 r., przy czym od 18 stycznia nastąpił powrót uczniów klas I–III do szkół w ścisłym reżimie sanitarnym.

ORZECZNICTWO SĄDÓW ADMINISTRACYJNYCH W ODNIESIENIU DO DECYZJI INSPEKCJI SANITARNEJ

Warto odnotować kształtującą się linię orzecznictwa wojewódzkich sądów administracyjnych w zakresie skarg obywateli na decyzje inspekcji sanitarnej dotyczące nakładania kar za niestosowanie się do ograniczeń związanych ze stanem epidemii. Spośród kilku wyroków, o których w ostatnim czasie donosiły media, w całości dostępne jest uzasadnienie wyroku Wojewódzkiego Sądu Apelacyjnego w Opolu.¹² Sąd w uzasadnieniu przypominał o art. 31 Konstytucji RP, zgodnie z którym ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie. W konsekwencji stwierdził, że brak wystarczającej podstawy prawnej dla daleko idących ograniczeń swobody prowadzenia działalności gospodarczej, jeżeli nie wprowadzono stanu klęski żywiołowej, a zakazy ustanawiane są w drodze rozporządzeń. W związku z tym uchylił karę nałożoną na przedsiębiorcę mimo zakazu prowadzącego zakład fryzjerski i umorzył postępowanie. ■

¹¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z 14 stycznia 2021 r., DzU 2021, poz. 91.



¹² Wyrok z 27 października 2020 r., II SA/Op 2019/20; <https://sip.lex.pl/> (dostęp: 14.01.2021).



**UCHWAŁA NR 70/R-VIII/20
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 18 listopada 2020 r.**

**w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy
z ministrem zdrowia w przedmiocie
przekazania w 2020 r. środków finansowych
na pokrycie kosztów czynności
administracyjnych związanych z realizacją
zadań, o których mowa w ustawach:
o izbach lekarskich oraz o prawach pacjenta
i rzeczniku praw pacjenta**

Na podstawie art. 25 pkt 4 i pkt 10, w zw. z art. 5 pkt 23 oraz art. 115 ust. 1 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965 t.j.), oraz §2–4 Rozporządzenia ministra zdrowia z 12 grudnia 2018 r. w sprawie przekazywania izbom lekarskim środków finansowych na pokrycie kosztów czynności wykonywanych przez izby lekarskie (DzU z 2018 r., poz. 2304), w zw. z art. 14 hb Ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DzU z 2020 r., poz. 1842) – uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie wyraża zgodę na zawarcie umowy z ministrem zdrowia w przedmiocie przekazania w 2020 r. środków finansowych w kwocie 793 043 zł (słownie: siedemset dziewięćdziesiąt trzy tysiące czterdzieści trzy złote) na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z realizacją zadań, o których mowa w ustawach o izbach lekarskich oraz o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 71/R-VIII/20
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 18 listopada 2020 r.**

**w sprawie upoważnienia prezesa
Okręgowej Rady Lekarskiej
i skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej
do przeprowadzenia czynności
mających na celu dokonanie zakupu lokalu
o powierzchni 9,1 m², znajdującego się
na parterze budynku przy ul. Puławskiej 18,
oraz wydatkowania środków finansowych
na wskazany cel**

Na podstawie art. 25 pkt 4 i pkt 10, w zw. z art. 5 pkt 23 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU

z 2019 r., poz. 965 t.j.) oraz art. 14 hb Ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DzU z 2020 r., poz. 1842) uchwała się, co następuje:

§1

1. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie upoważnia prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej i skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej do przeprowadzenia czynności mających na celu dokonanie zakupu lokalu o powierzchni 9,1 m², znajdującego się na parterze budynku przy ul. Puławskiej 18.
2. Lokal, o którym mowa w ust. 1, nie posiada księgi wieczystej, a także nie jest wyodrębniony z zasobów wspólnoty mieszkaniowej.

§2

1. Wyraża się zgodę na wydatkowanie środków finansowych w wysokości do 100 000 zł (słownie: sto tysięcy złotych) netto na zakup lokalu o powierzchni 9,1 m² znajdującego się na parterze budynku przy ul. Puławskiej 18.
2. Kwota, o której mowa w ust. 1, wyasygnowana zostanie z bieżących środków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§3

Wykonanie uchwały powierza się prezesowi i skarbnikowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA NR 76/R-VIII/20
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 16 grudnia 2020 r.**

**w sprawie ustalenia liczby członków rejonu
wyborczego, uprawnionych do wyboru jednego
delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy
w Warszawie IX kadencji 2022–2026,
oraz ustalenia minimalnej i maksymalnej liczby
członków rejonu wyborczego, posiadających
czynne prawo wyborcze, utworzonego
do przeprowadzenia wyborów delegatów
na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie
IX kadencji 2022–2026**

Na podstawie art. 22 ust. 2 i ust. 3 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019, poz. 965 j.t.), w zw. z art. 14hb Ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DzU z 2020 r., poz. 1842), w zw. z §13 ust. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 i 13 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób

zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r., na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, w zw. z uchwałą nr 37/2020/VIII Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 24 listopada 2020 r. w sprawie wystąpienia do Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o ustalenie liczby członków rejonu wyborczego, uprawnionych do wyboru jednego delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie IX kadencji 2022–2026, oraz ustalenie minimalnej i maksymalnej liczby członków rejonu wyborczego, posiadających czynne prawo wyborcze, utworzonego do przeprowadzenia wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – uchwała się, co następuje:

§1

Na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:

- 1) ustala się liczbę członków rejonu wyborczego, uprawnionych do wyboru 1 (jednego) delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 w liczbie wynoszącej 90 (dziewięćdziesiąt) osób,
- 2) ustala się liczebność rejonu wyborczego, która powinna obejmować nie mniej niż 90 (dziewięćdziesiąt) i nie więcej niż 410 (czteryście dziesięć) lekarzy lub lekarzy dentyistów posiadających czynne prawo wyborcze.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 80/R-VIII/20

Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 grudnia 2020 r.

w sprawie przyjęcia Regulaminu dofinansowania zawodów sportowych w ramach programu „OIL SPORT START”

Na podstawie art. 25 pkt 10 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965 j.t.), w zw. z art. 14hb Ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DzU z 2020 r., poz. 1842), w zw. z Uchwałą nr 63/R-VIII/20 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 21 października 2020 r. w sprawie powołania Komisji ds. Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 – uchwała się, co następuje:

§1

1. Przyjmuje się Regulamin dofinansowania zawodów sportowych w ramach programu „OIL SPORT START”.
2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 81/R-VIII/20

Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 grudnia 2020 r.

w sprawie przyjęcia Regulaminu programu stypendialnego „OIL SPORT MISTRZ”

Na podstawie art. 25 pkt 10 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965 j.t.), w zw. z art. 14hb Ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DzU z 2020 r., poz. 1842), w zw. z Uchwałą nr 63/R-VIII/20 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 21 października 2020 r. w sprawie powołania Komisji ds. Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 – uchwała się, co następuje:

§1

1. Przyjmuje się Regulamin programu stypendialnego „OIL SPORT MISTRZ”.
2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 82/R-VIII/20

Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 16 grudnia 2020 r.

w sprawie przyjęcia Regulaminu dofinansowania zawodów sportowych w ramach programu „OIL SPORT EVENT”

Na podstawie art. 25 pkt 10 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965 j.t.), w zw. z art. 14hb Ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DzU z 2020 r., poz. 1842), w zw. z Uchwałą nr 63/R-VIII/20 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 21 października 2020 r. w sprawie powołania Komisji ds. Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na okres VIII kadencji 2018–2022 – uchwała się, co następuje:

§1

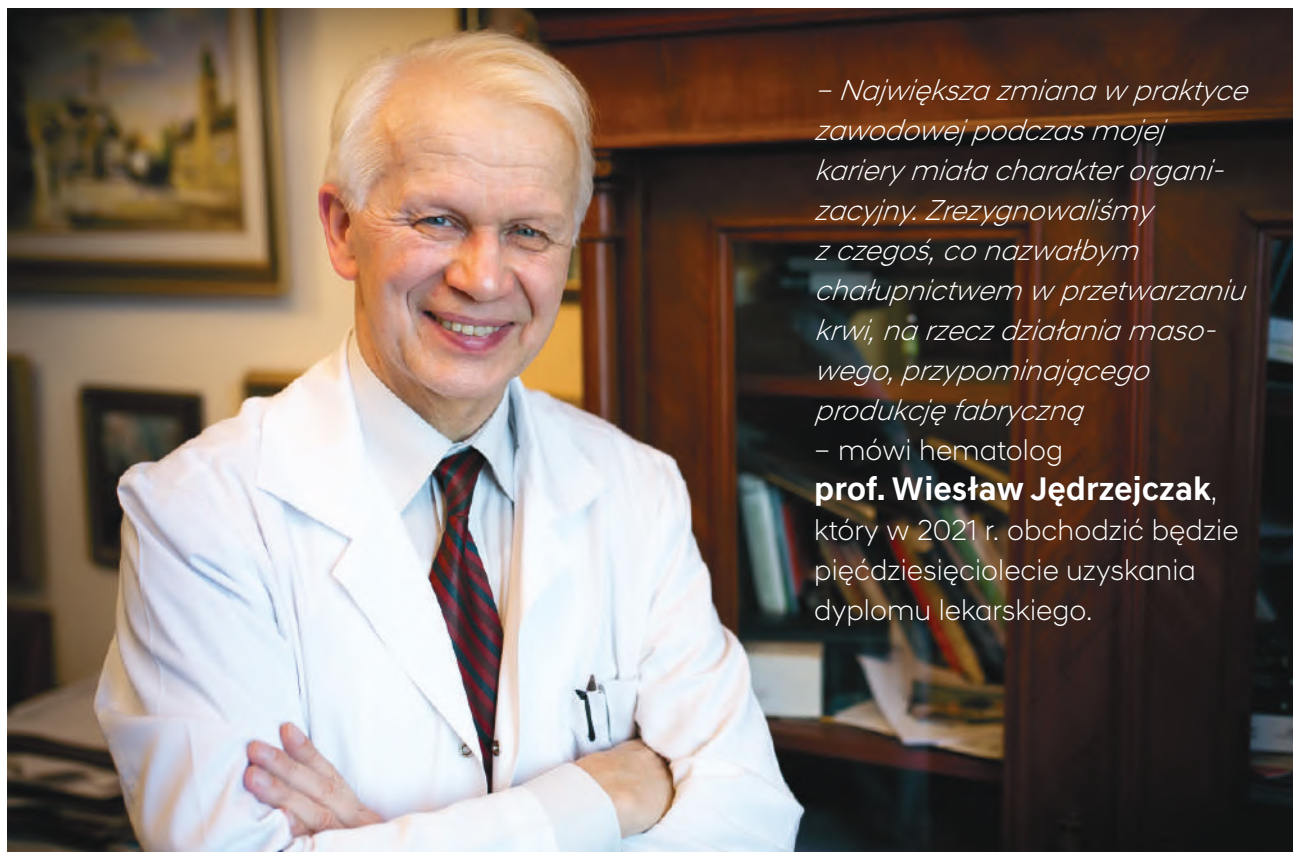
1. Przyjmuje się Regulamin dofinansowania zawodów sportowych w ramach programu „OIL SPORT EVENT”.
2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

W transfuzjologii zrezygn



– Największa zmiana w praktyce zawodowej podczas mojej kariery miała charakter organizacyjny. Zrezygnowaliśmy z czegoś, co nazwałbym chałupnictwem w przetwarzaniu krwi, na rzecz działania masowego, przypominającego produkcję fabryczną
 – mówi hematolog

prof. Wiesław Jędrzejczak, który w 2021 r. obchodzić będzie pięćdziesięciolecie uzyskania dyplomu lekarskiego.

Fot. archiwum

Co w pana dziedzinie z perspektywy półwiecza praktyki zawodowej okazało się największym osiągnięciem?

Jako hematolog mogę się wypowiedzieć głównie jako swojego rodzaju „adwokat” transfuzjologii, która jest pokrewną, ale oddzielną dziedziną. Jeśli chodzi o transfuzjologię, największa rewolucja, której oczekiwaliśmy, nie nastąpiła – nie pojawiła się sztuczna krew. W dalszym ciągu pozyskujemy krew jedynie od dawców. Natomiast podstawowa zmiana, jaka miała miejsce, polega na odejściu od przetaczania krwi pełnej na rzecz przetaczania poszczególnych jej składników, w zależności od zapotrzebowania pacjenta. Uświadomiliśmy też sobie, że dobrymi dawcami krwi nie są, nomen omen, krewni, ponieważ w ich przypadku istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia choroby po-przetoczeniowej – przeszczep przeciw gospodarzowi.

50 lat temu byliśmy zresztą już po rewolucji w transfuzjologii. Nie stosowaliśmy przetoczenia bezpośredniego, wyglądającego w ten sposób, że na łóżkach obok siebie leżeli dawca i biorca, a aparat przepompowywał krew od jednej osoby do drugiej. Byliśmy też już bogatsi o odkrycia związane z grupami krwi, zresztą z udziałem naszego wybitnego rodaka Ludwika Hirszfelda, który wprowadził obowiązującą do dziś nomenklaturę: grupy A, B, AB i 0. Z tą rewolucją kojarzy mi się tragiczna w gruncie rzeczy anegdota związana z powstaniem radzieckiego Instytutu Przetaczania Krwi, którego pierwszym dyrektorem został oficer polityczny. Próbował się odmłodzić dzięki transfuzjom, ale nie wziął pod uwagę tego, że grupy krwi istnieją, i zmarł na wstrząs poprzetoczeniowy. Niestety, taki jest efekt dążenia do realizacji prosto zarysowanych celów i ignorowania przy tym nauki.

Jakie zmiany nastąpiły w codziennej pracy?

Największa zmiana miała charakter organizacyjny. Jeszcze około 20 lat temu punkty krwiodawstwa znajdowały się bezpośrednio przy szpitalach. Dzięki temu można było z łatwością stosować autotransfuzje – pobieranie krwi od pacjenta na kilka tygodni przed operacją, by przygotować jej zapas do transfuzji koniecznej w celu uzupełnienia ubytku w czasie zabiegu. Rozwiązanie to miało więc zalety, ale stało się organizacyjnie trudne w momencie, gdy przetwarzanie krwi zostało przejęte przez regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Zrezygnowaliśmy dzięki temu z czegoś, co nazwałbym chałupnictwem w przetwarzaniu krwi, na rzecz działania masowego, przypominającego produkcję fabryczną. Umożliwiło to kontrolę jakości na niespotykanym wcześniej poziomie, dzięki czemu przetaczanie składni-

owaliśmy z chałupnictwa

ków krwi nigdy nie było tak bezpieczne, jak jest obecnie.

Kolosalną zmianę przyniosło zastosowanie separatorów. Dziś od dawcy nie trzeba pobierać krwi pełnej, tylko jeden określony jej składnik, w zależności od potrzeby. Separatory ułatwiły też objawowe leczenie chorób krwi. Przykładem jest leukafereza – usuwanie komórek białaczkowych zanim zadziała chemioterapia, aby zapobiec np. udarowi mózgu powodowanemu przez ogromną liczbę takich komórek.

Chyba też sporo się zmieniło w zakresie higieny.

Kiedy zaczynałem pracę, krew przechowywało się jeszcze w wielorazowych opakowaniach szklanych, które były myte i odkażane. Szkło miało swoje zalety. Przykładowo preparatykę przeszczepu komórek krwiotwórczych robiliśmy w 250-mililitrowych butelkach i do wirowki wkładało się całą butelkę. Robienie tego w workach plastikowych nie ma sensu ze względu na fakturę materiału, dlatego trzeba zmieniać pojemniki. Ale podstawowym mankamentem opakowań szklanych w praktyce laboratoryjnej było to, że po prostu łatwo się tłukły. Nie dość, że krew się marnowała, to proszę sobie wyobrazić, jak wyglądała podłoga, kiedy rozlało się tej krwi pół litra. Katastrofa higieniczna!



Niemniej jednak chciałbym dodać, że kiedy zacząłem praktykę, przetwarzanie było już bardzo ucywilizowane. Mieliśmy, jako naród, szczęście do wybitnych specjalistów. Służba krwi tworzyła się po wojnie i od początku było to robione

bardzo dobrze. Przewodniczącym Rady Naukowej Instytutu Hematologii był wówczas Ludwik Hirszfeld, a więc osoba o sławie i prestiżu światowym. Później przez wiele lat ogromną rolę w polskiej transfuzjologii odgrywali prof. Halina Seyfriedowa, płk prof. Paweł Nowicki, doc. Jan Sabliński, płk prof. Mirosław Kłós. Nadal pracuje prof. Magdalena Łętowska.

Domyślam się, że dla zaczynającego dziś pracę hematologa wejście do laboratorium transfuzjologicznego z lat 70. byłoby nietypowym doświadczeniem.

Szczerze mówiąc, ówczesne laboratoria specjalnie się nie różniły od dzisiejszych. Oczywiście, aparatura, mikroskopy wyglądają nieco inaczej na pierwszy rzut oka, przede wszystkim dla laika. Ale istota ich działania jest identyczna. Ważną różnicą jest to, że w badaniach krwi dominowały metody serologiczne, a dziś stosowane są przede wszystkim genetyczne. Ponadto w latach 70. jeszcze nie korzystaliśmy z komputerów. Ja regularną pracę z komputerem zacząłem w roku 1988. Informatyzacja to oczywiście z perspektywy czasu rewolucja, ale jej wprowadzanie nie miało od razu charakteru rewolucyjnego. Na początku komputery były przede wszystkim maszynami do pisania z pamięcią, stosowaliśmy je również do przeprowadzania obliczeń statystycznych, stosunkowo zresztą prostych. Nie używaliśmy jeszcze sieci komputerowych i Internetu, więc komputery nie służyły do przesyłania danych. Zaczęło się to znacznie później i zaowocowało przełomem w postaci stworzenia lokalnych baz danych o dawcach, a potem ogólnopolskiego rejestru dawców.

Jaką formę miały bazy danych w epoce przedkomputerowej?

Były to oczywiście kartoteki. Dane wprowadzało się na karty perforowane, które wkładano do skrzynek z rozmaitymi otworami odpowiadającymi konkretnym kategoriom rejestru. Przez te

otwory wsuwało się drut, by wyciągnąć tylko karty np. odpowiadające literze J.

Lata 80. to nie tylko pojawienie się komputerów, ale także wirusa HIV. Jak on wpłynął na pracę w pańskiej specjalizacji?

Przed kilkudziesięciami laty wiedzieliśmy znacznie mniej o niepożądanych skutkach transfuzji, nie znaliśmy też wielu wirusów, m.in. zapalenia wątroby. Nie byliśmy w stanie wykrywać niektórych zanieczyszczeń bakteryjnych krwi. HIV wywołała znaczącą zmianę w transfuzjologii. Wirus dotarł do nas z opóźnieniem i znacznie mniejszym natężeniem niż na Zachodzie. A właśnie na Zachodzie produkowano już wtedy z krwi czynniki krzepnięcia wykorzystywane w leczeniu hemofilii. W tej chorobie preparat trzeba podawać regularnie, więc ryzyko zakażenia było spore i rzeczywiście chorzy na hemofilię najczęściej zakażali się w wyniku transfuzji. W Polsce taka metoda leczenia nie była w zasadzie dostępna. My stosowaliśmy krioprecypitat – preparat uzyskiwany z osocza, wytwarzany u nas. Na importowany czynnik krzepnięcia mogły sobie pozwolić najwyżej osoby uprzywilejowane. No i niestety część z nich rzeczywiście została zakażona.

A co zmieniło się w samym krwiodawstwie?

Przede wszystkim wcześniej dawcy musieli się udawać do stacjonarnych punktów w szpitalach. Teraz działają autobusy do pobierania krwi, które dojeżdżają na akcje krwiodawstwa do zakładów pracy, jednostek służb państwowych, na imprezy masowe. W ten sposób ciężar przeniósł się na dawców okazjonalnych. Kiedyś, przed powstaniem armii zawodowej, znaczną ilość krwi otrzymywaliśmy od żołnierzy służby zasadniczej w efekcie rozpowszechnienia wśród nich idei krwiodawstwa. To byli z reguły młodzi, zdrowi mężczyźni, więc istniała gwarancja wysokiej jakości materiału leczniczego. ■

mn

To nie jest działalność usłana różami

Prowadzenie w mediach społecznościowych profilu związanego z osobistymi doświadczeniami medycznymi z jednej strony pozwala skrócić dystans w relacjach z pacjentami na żywo, ale z drugiej naraża lekarza na trudy mierzenia się z wszechobecnym w Internecie hejtem. O prowadzeniu bloga opowiedziała Michałowi Niepytalskiemu mama pediatra – **Dagmara Chmurzyńska-Rutkowska**.



Jest pani lekarką, blogerką i mamą. Co było pierwsze?

Najpierw stałam się lekarzem. Właściwie zaraz po stażu podyplomowym zostałam mamą. Wkrótce zaczęłam rezydenturę z pediatrii, podczas której urodziła się druga córka. Kiedy w związku z tym byłam na urlopie macierzyńskim, zaczęłam prowadzić blog. Później, będąc już i blogerką, i lekarką, i podwójną mamą, urodziłam po raz trzeci. W październiku 2020 r. zdałam egzamin specjalizacyjny i od tego czasu oficjalnie jestem specjalistką pediatrii.

Czy „Mama pediatra” to pani pierwszy w życiu projekt, czy wcześniej podejmowała pani jakies próby podboju Internetu?

Kiedyś, dawno temu, na przełomie liceum i studiów prowadziłam blog w formie pamiętnika, ale nie był związany z medycyną. Aktywnością w Internecie zajęłam się poważnie w 2015 r., od razu z blogiem „Mama pediatra”. Równoległe powstał towarzyszący blogowi fanpage na Facebooku. Konto na Instagramie założyłam sporo później, bo jakies

trzy lata temu. Wcześniej Instagrama nie znałam właściwie w ogóle!

Zatem minęło już prawie sześć lat od powołania do życia bloga i w pani życiu sporo się zmieniło. Czy zamierza go pani nadal prowadzić?

Mój stosunek do „Mamy pediatry” to istna sinusoida. Teraz jestem na takim etapie, że chcę blog rozwijać, ale przyznaję, że miałam momenty załamania czy może poczucia beznadziejności działalności internetowej. Staram się zawsze takie kryzysy przeczekać, czasem nawet robię sobie przerwę od mediów społecznościowych. Ostatnie miesiące zresztą miałam ciężkie ze względu na przygotowania do egzaminu, siłą rzeczy moja działalność blogowa została bardzo ograniczona. Ale po okresach odpoczynku zawsze dochodzę do wniosku, że warto kontynuować to przedsięwzięcie. Że robię coś fajnego i dobrego dla szerszego grona odbiorców. Wychodzę poza wąską społeczność moich pacjentów. Dlatego „Mama pediatra” będzie się rozwijać, widzę w niej potencjał. Poza tym czytelnicy dają mi dużo wsparcia, to także mobilizuje.

Z czego wynikały kryzysy?

To nie jest działalność usłana różami, głównie z powodu hejterów, którzy przeprowadzają wręcz naloty. To przede wszystkim zupełnie niekonstruktywna krytyka, ale zdarzały się wyzwiska, a nawet groźby. Kiedy zakładałam blog, absolutnie nie przewidywałam czegoś takiego. Nie byłabym nawet w stanie wyobrazić sobie takiej agresji, z jaką się od tamtego czasu spotkałam. Czasami słyszę opinie, że jeśli ktoś działa w Internecie, staje się osobą publiczną i musi się liczyć z hejtem. Ale wcześniej nie wyobrażałam sobie, że ludzie mogą reagować tak negatywnie.

Domyślałam się, że agresję budził pani stosunek do szczepień.

Rzeczywiście, przede wszystkim atakują przeciwnicy szczepień. Ale też internetowi „specjaliści” od odkleszczowej boreliozy. W związku z nią też można sobie pohejtować i rzucić się na człowieka. Są to jednak zagadnienia, co do których można przewidywać negatywne reakcje. Czego nie powiedziała-bym o karmieniu piersią, a i takie przy-padki są na porządku dziennym.

Faktycznie zaskakujące. A co w tym kontrowersyjnego?

Oczywiście, każda matka jest wolnym człowiekiem i nie można jej niczego narzucać. Ja promuję karmienie piersią i mleko matki jako najlepszy pokarm dla dziecka. Przedstawiam argumenty naukowe, które powinny przemawiać za karmieniem piersią. A jednak spotykałam się z atakami w rodzaju: co ja tam mogę wiedzieć, moje dziecko – mój wybór, i że mam przestać być „laktoterorystką”. Ciekawe, że nigdy się nie spotkałam z taką reakcją na żywo. Mam wśród pacjentek zarówno mamy karmiące piersią, jak stosujące sztuczne mleko. I nigdy nie usłyszałam takich epitetów. W Internecie od obu stron dostają bęcki. Kiedyś napisałam, że dobrą mamą można być niezależnie od tego, czy karmi się piersią, czy z jakichś powodów podaje dziecku mleko modyfikowane. Jakie były reakcje? Przykładowo: jak ja śmiem powiedzieć to jako matka i pediatra!

Zauważyłam, że panie atakują mnie w zależności od tego, jak same karmią dzieci. Jednak prawdziwe piekło rozpętuje się w dyskusjach między czytelnikami. Wyzywają się bez opamiętania. To się w głowie nie mieści! Niektórzy widocznie muszą jakoś rozładować emocje.

Wspomniała pani o groźbach. Były jakieś poważne? Da się pociągnąć hejterów do odpowiedzialności?

Były takie sytuacje, kiedy radziłam się prawnika, ale okazało się, że używanie bardzo nieprzyjemnych epitetów nie jest podstawą do pozwu o zniesławienie. W jednej sprawie złożyłam wniosek do prokuratury – o ściganie osoby, która posądziła mnie o to, że jestem przekupiona, opłacona przez firmy farmaceutyczne. Stwierdzenie padło podczas dużej transmisji na żywo. Złożyłam zeznania na policji. Niestety, organy ścigania stwierdziły, że nie ma interesu społecznego w ściganiu sprawcy z urzędu, a mnie zabrakło sił, by samodzielnie się z tym borykać. Zdarzały się też groźby, życzenie mi śmierci, moim dzieciom ciężkiej choroby. Wysyłane były z fikcyjnych kont i autorów nie udało mi się ustalić. Ostatecznie nauczyłam się

na własnych błędach i nie wchodzę więcej w dyskusję z pewnymi osobami. Są automatycznie blokowane i usuwane z mojego fanpage’a na Facebooku. Na blogu komentarze zaś są moderowane. Kasuję także wpisy propagujące wszystkie teorie spiskowe dotyczące mojej osoby.

Jak lekarska aktywność w sieci wpływa na relacje z pacjentami na żywo?

Pracuję w przychodni i w szpitalu na oddziale dziecięcym, mam wśród pacjentów obserwatorów bloga. Nigdy się nie spotkałam z żadnymi negatywnymi uwagami. Wręcz przeciwnie, wydaje mi się, że dzięki temu, że zapoznali się ze mną w Internecie, widzą we mnie człowieka. Czytają przecież moje wpisy w mediach społecznościowych, gdzie od czasu do czasu pokazuję fragmenty życia prywatnego. Wiedzą np., czym się zajmuję na co dzień. Na żywo nie spotkałam się z utratą zaufania czy gorszym postrzeganiem dlatego, że jestem „znana z Internetu”.

Czy widzi pani zagrożenie, że internetowa popularność może lekarzowi uderzyć do głowy i źle wpłynąć na życie zawodowe albo zamienić priorytety – z propagowania postaw prozdrowotnych na promocję siebie samego?

Nie mogę się wypowiadać za inne osoby. Ja staram się pewnej granicy, którą już dawno sobie postawiłam, nie przekroczyć. Z upływem lat utwierdziłam się, że np. dobrze robię, nie publikując zdjęć moich dzieci w Internecie. Postawiłam sobie za cel edukowanie pacjentów. To przedłużenie mojej pracy w gabinecie i sposób dotarcia do większej ich liczby. I dobrze się czuję, wnosząc coś pozytywnego do życia rodziców małych dzieci. Sama obserwuję w Internecie wielu lekarzy. Myślę, że każdy ma jakąś wizję siebie w sieci. Szczerze mówiąc, nie chciałabym tego robić tak jak inni i myślę, że oni nie chcieliby tego robić tak jak ja. Każdy musi zobaczyć, jak internetową działalność odbierają jego pacjenci. I każdy moim zdaniem musi sobie jakąś indywidualną granicę postawić.

Na blogu i fanpage’u publikuje pani wpisy, ale także odpowiada na komentarze. Nie ma pani poczucia, że czasem pacjenci traktują możliwość zadania pani pytania w Internecie jako wymówkę, żeby nie iść do lekarza?

Faktycznie, dlatego na Instagramie publikuję cyklicznie wpisy w formie pytań i odpowiedzi. Bo są pytania, które się stale powtarzają. Nie tylko odnośnie do szczepień, ale też w zakresie szeroko pojętej pediatrii. Często pytania mnie mobilizują do opracowania jakiegoś wpisu merytorycznego. Ale pod nimi pojawiają się znowu te same pytania, co dowodzi, że autorzy nie przeczytali nawet połowy artykułu. Ponadto użytkownicy nieraz piszą prywatne wiadomości po godzinie 22 i liczą na to, że odpowiem natychmiast, bo wizytę u lekarza mają np. na drugi dzień rano. Czasem starają się grać na moich emocjach: „Jest pani moją ostatnią deską ratunku. Błagam panią, niech mi pani odpowie”. A ja przecież wtedy śpię i odczytuję wiadomości rano. Widzę, że niektórzy nie mają chęci zwrócenia się do własnego lekarza pierwszego kontaktu. Wołają drogę na skróty – napisac coś w Internecie.

Co do snu: czy mimo tak rozlicznych zajęć ma pani na niego czas?

Wiem, jak to wygląda z zewnątrz. Wiele osób mnie pyta, jak to robię, że jestem lekarzem, mamą trojga dzieci, prowadzę blog i jeszcze dom. Dzielę się obowiązkami z mężem, który zresztą też jest lekarzem. A moja praca zawodowa jest po części tym, czym się zajmuję na blogu. Doświadczenie, które zdobywam w pracy, pomaga mi opracować wpis w mediach społecznościowych. Oczywiście, rezygnuję z wielu rzeczy, np. nie oglądam seriali. Wydaje mi się, że od kiedy zostałam potrójną mamą, wzrosły moje umiejętności organizacji. Przy jednym dziecku potrafiłam cały dzień chodzić w piżamie. Teraz staram się bardziej pilnować, zwłaszcza że czas mamy, jaki mamy, a sen jest ważny dla odporności. Jakoś mi się udaje wszystko pogodzić. A jak się nie udaje, w pierwszej kolejności rezygnuję z mediów społecznościowych... ■

O szczepieniach przeciwko COVID-19

Koniec 2019 r. przyniósł niepokojące sygnały o zagrożeniu epidemicznym, które – jak się okazało – zwiastowały pandemię. W końcu 2020 nastąpił przełom w walce ludzkości z wirusem – opracowano szczepionki.

W Chinach, gdzie wszystko się zaczęło, szczepienia ruszyły z kopyta. Według dziennika „South China Morning Post” ChRL zamierza przed 12 lutego, kiedy przypada chiński Nowy Rok, zaszczepić 50 mln obywateli, czyli około 3,5 proc. społeczeństwa. Tempo jest związane z ryzykiem zwiększenia się liczby zachorowań w efekcie spotkań rodzinnych i towarzyskich w okresie świąteczno-wakacyjnym. Chińczycy przyjmują szczepionki rodzimej produkcji, przede wszystkim firmy Sinopharm, której produkt został zatwierdzony do powszechnego użytku 30 grudnia. Wcześniej ponad 1 mln osób w ChRL zostało zaszczepionych w trybie nadzwyczajnym preparatami eksperymentalnymi.

Bezwzględna liczba planowanych szczepień w Chinach robi wrażenie, ale jeśli wziąć pod uwagę stosunek liczby zaszczepionych do liczby mieszkańców, w tempie szczepień nie ma sobie równych Izrael. Zaszczepiono tam ponad 2 mln z ogólnej liczby mieszkańców sięgającej 9 mln (w tym 6 mln dorosłych). Jednak informacje dotyczące efektywności pierwszej dawki szczepionki firmy Pfizer nie są najlepsze. Izraelscy specjaliści oceniają, że szczepionka prawdopodobnie znacznie słabiej wpływa na wytwarzanie przez organizm przeciwciał niż pierwotnie przewidywano, bowiem powszechność szczepień nie przełożyła się na istotny spadek liczby zachorowań w tym kraju.

Większość krajów Europy jest daleko w tyle za Izraelem. Tymczasem przywódcy Unii Europejskiej rozmawiają na temat opracowania uniwersalnego dla wszystkich jej krajów certyfikatu dla osób zaszczepionych przeciwko koronawirusowi. Na razie wyłącznie do celów medycznych, ale dalsza dyskusja ma toczyć się na temat wykorzystania go do przywrócenia swobody podróżowania. W momencie oddawania tego numeru „Pulsu” do druku Europejska Agencja Leków zatwierdziła preparaty firm Pfizer i Moderna, a na walidację swoich szczepionek czeka koncern AstraZeneca. Węgry zdecydowały się na zakup szczepionki rosyjskiej Sputnik V.

Pod koniec stycznia w Polsce rozpoczęto zapisy na szczepienia seniorów. Nie obyło się bez komplikacji, bo w przyjmujących zgłoszenia POZ tworzyły się długie kolejki, a infolinia umożliwiająca zapisy telefoniczne była przeciążona. Z jednej strony jest to wiadomość zła, ale z drugiej dowodzi dużego zainteresowania szczepieniami, choć jeszcze pod koniec ubiegłego roku wiele osób deklarowało, że nie będzie się szczepić. Jest to szczególnie ważne w kontekście ostrzeżeń specjalistów, że sytuację epidemiczną mogą pogorszyć nowe

odmiany koronawirusa. Po wielu tygodniach od wykrycia tzw. brytyjska mutacja pojawiła się także w Polsce. Wykryło ją prywatne laboratorium. Rozpoczęcie państwowych badań nad obecnością nowej odmiany wirusa zostało zapowiedziane dopiero na ostatni tydzień stycznia. W maju prawdopodobnie wejdą w życie przepisy powołujące do życia Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych, którego dysponentem będzie rzecznik praw pacjenta. Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt ustawy zawierającej ścieżkę odszkodowawczą i przejrzyste zasady przyznawania rekompensaty w przypadku wystąpienia ciężkich zdarzeń niepożądanych po szczepieniu przeciwko COVID-19.

Prezzydent Brazylii Jair Bolsonaro jak mało kto obawia się odczynów poszczepiennych, dlatego zadeklarował publicznie, że nie zamierza się zaszczepić. Absurdalność deklaracji podnosi fakt, że polityk powiedział o tym w chwili, gdy rozpoczynała się akcja szczepień w Brazylii. Bolsonaro w przemówieniu poruszył kwestie odpowiedzialności koncernów farmaceutycznych za niepożądane odczyny poszczepienne. Stwierdził m.in.: – *Umowa z Pfizerem jest jasna – mówią, że nie są odpowiedzialni za skutki uboczne. Jeśli zamienisz się w krokodyla, to twój problem.* Zapowiedział też, że szczepienia nie będą obowiązkowe. Innego zdania jest jednak brazylijski Sąd Najwyższy, który orzekł, że są obligatoryjne, z zastrzeżeniem, że nikogo nie można do nich zmusić, ale można nakładać sankcje na niechętnych do zaszczepienia się.

Być może prezydent Brazylii zmieniłby zdanie po lekturze dokumentu „Szczepienia przeciw COVID-19. Innowacyjne technologie i efektywność”, który stanowi kompendium wiedzy o szczepieniach, technologii i zasadności ich stosowania w walce z pandemią, sporządzonego w ramach polskiej inicjatywy „Nauka przeciw pandemii”. „Zawarte w niej treści stanowią wsparcie dla przedstawicieli środowiska lekarskiego i służb medycznych, którzy mają codzienny kontakt z pacjentami i są dla nich najczęściej pierwszym źródłem wiedzy” – piszą autorzy. Inicjatorem przedsięwzięcia „Nauka przeciw pandemii” jest Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, które realizuje je ze wsparciem m.in. samorządu lekarskiego i uczelni medycznych.

Pomoc dla osób, które chcą się zaszczepić, zorganizował Mazowiecki Urząd Wojewódzki. Opublikował ponad 300 numerów infolinii, działających we wszystkich mazowieckich gminach, dla osób, którym przysługuje transport do punktu szczepień przeciw COVID-19. Rządowe dofinansowanie dotyczy transportu osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym, seniorów, mających problemy z dotarciem do punktów szczepień na terenach gmin wiejskich, miejsko-wiejskich i w miastach poniżej 100 tys. mieszkańców, a także osób powyżej 70. roku życia mających trudności z samodzielnym dotarciem do punktu szczepień w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców. ■ **mn**

Źródła: Reuters, „South China Morning Post”, „The Guardian”, BBC, TVN24, Onet, Termedia.pl, „Medycyna Praktyczna”, RDC, naukaprzeciwpandemii.pl.



PODZIĘKOWANIE

Serdeczne podziękowania w imieniu rodziny personelowi Oddziału Intensywnej Terapii Międzyzyleskiego Szpitala Specjalistycznego za opiekę nad Tatą, śp. Wiesławem Domańskim, za okazaną życzliwość, empatię i wrażliwość. Bardzo dziękuję dr Annie Błachowicz za okazaną pomoc, serce, niezwykłą życzliwość i wsparcie. Bardzo dziękuję mojej przyjaciółce dr Alicji Milczarczyk za stałą obecność w czasie choroby mojego Taty. Bez Ciebie, Droga Alu, nie dałabym rady.

Dorota Domańska-Pakieta



PODZIĘKOWANIE

dla ordynatora Józefa Higersbergera oraz całego ogromnie doświadczonego, niezwykle zaangażowanego, empatycznego zespołu lekarskiego Oddziału I Zakaźnego za uratowanie życia i cały proces diagnostyczno-terapeutyczny. Dziękuję także pielęgniarce oddziałowej Elżbiecie Majewskiej oraz jej wspaniałym współpracownikom, psycholog Małgorzacie Piekarskiej-Mankiewicz oraz kapelanowi o. Łukaszowi za dbałość o moją równowagę wewnętrzną i opiekę duchową, Pawłowi Pietrzakowi za wskazówki rehabilitacyjne oraz pracownikom diagnostycznym, apteki szpitalnej i portierni, którzy w tych specyficznych, trudnych warunkach są łącznikami z rodzinami.

Dr n. med. Mirosława Sielska-Wojtaszek



**FUNDACJA
PRO SENIORE**

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE

zapraszamy seniorów lekarzy/lekarzy dentystów w poniedziałki i czwartki w godz. 12.00–14.00 na dofinansowane przez OIL w Warszawie obiady do Klubu Lekarza w Warszawie, ul. Raszyńska 54.



Fundacja Pro Seniore

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22-542-83-30

e-mail: proseniore@oilwaw.org.pl

www.proseniore.pl

OGŁOSZENIE

Dom opieki ANTONINA



CO NAS WYRÓŻNIA

- ✓ Zespół pielęgniarsko-opiekuńczy zapewniający profesjonalną opiekę przez całą dobę
- ✓ Stała opieka lekarska
- ✓ Szeroka oferta komfortowych pokoi jedno- i dwuosobowych z łazienką i telewizorem
- ✓ Zespół terapeutów, dbający o komfort życia mieszkańców poprzez realizację codziennego planu animacji i zajęć aktywizujących
- ✓ **Centrum Alzheimer: przyjazna i bezpieczna przestrzeń, dedykowany personel, indywidualnie dobrana terapia**

W Rezydencji ANTONINA profesjonalną opiekę i pomoc otrzymają:

- osoby z chorobą Alzheimera
- pacjenci z tracheostomią i z gastrostomią
- osoby po ciężkich incydentach medycznych, wymagające intensywnej opieki
- osoby wymagające całodobowej opieki i rehabilitacji w chorobach neurologicznych i w chorobach układu ruchu



„W Domu opieki ANTONINA zapewniamy całodobową opiekę pielęgniarsko-opiekuńczą oraz opiekę lekarską przez 6 dni w tygodniu. Dla każdego z mieszkańców przygotowujemy dedykowany program terapii, nadzorowany przez zespół lekarzy, pielęgniarek, terapeutów. Nowoczesne zaplecze usprawniające pozwala nam dbać o przywracanie i utrzymanie samodzielności seniorów. Dbamy o komfort życia podopiecznych, organizując różne formy terapii zajęciowej w dedykowanych salach terapeutycznych.

Od 18 lat współpracujemy z NFZ. Jako jednostka systemu ochrony zdrowia, jesteśmy zobowiązani do prowadzenia pełnej dokumentacji medycznej, realizacji i przestrzegania standardów leczenia. Wpis w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zapewnia transparentność naszych usług oraz pełen dostęp do informacji na temat prowadzonej przez nas działalności.

Bycie częścią międzynarodowej Grupy ORPEA pozwoliło nam skuteczniej stawić czoła pandemii. Wprowadziliśmy szereg procedur i środków ostrożności, minimalizujących ryzyko zarażenia oraz nowe bezpieczne zasady przyjęć. Rozpoczęliśmy też szczepienia pracowników i rezydentów przeciwko Covid-19”.

lek. Marta Pacholska
Kierownik Zespołu Lekarzy w Rezydencji ANTONINA

REKLAMA

Dom opieki ANTONINA ul. Czajewicza 23A Piaseczno antonina@orpea.pl www.rezydencja-antonina.pl +48 22 888 59 20



Anna Erbel (1925–2020)

Anna Erbel urodziła się w 1925 r. w Tarnopolu jako najstarsza z trzech sióstr. Ojciec, Adam Iwaszkiewicz, był urzędnikiem bankowym, a matka, Wanda, zajmowała się domem.

W latach 30. rodzina przeprowadziła się do Warszawy i z tym miastem Anna związała swoje dalsze życie. Uczęszczała do szkoły Janiny Popielewskiej i Janiny Roszkowskiej przy ul. Bagatela. Tam nawiązała pierwsze, trwające wiele lat, przyjaźnie.

Lata wojny spędziła z matką i siostrami, pracując w Fabryce Garbarskiej Telmer i Szwede, której budynek istnieje do dziś przy ul. Okopowej. W 1941 r. tragicznie zmarły Jej dwie siostry Halusia i Elżunia, do których myślą wracać będzie przez całe życie. Przed Powstaniem Warszawskim uczęszczała na kursy sanitariuszek. Sąsiadka pamięta Ją, jak 1 sierpnia szła do punktu zbiórki: zaplecione warkocze, sukienka w kwiaty.

Po zakończeniu wojny znalazła się w Łodzi, gdzie zdała maturę i rozpoczęła studia. Tam poznała swojego męża Stanisława. Tam też zaczęły się pierwsze spotkania towarzyskie i przyjacielskie po przebytej traumie wojennej.

W 1947 r. wróciła z rodzicami do Warszawy, do kamienicy przy ul. Flory 7, w której koncentrowało się życie rodzinne i w której spędziła resztę swojego życia.

Studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej ukończyła w 1953 r. Podjęła pracę w Klinice Chorób Zakaźnych AM, a następnie w Szpitalu Zakaźnym przy ul. Wolskiej. Była specjalistą II stopnia w zakresie chorób zakaźnych. Przebyta żółtaczką, którą zaraziła się w pracy, zmusiła Ją do opuszczenia szpitala. Została zatrudniona jako gastrolog w przychodni rejonowej. Zrobiła wówczas specjalizację II stopnia z organizacji ochrony zdrowia, co umożliwiło Jej zajęcie kierowniczego stanowiska w Przychodni Rejonowej przy ul. Elbląskiej. Została odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi. Miała grono wiernych pacjentów, którzy niezmiernie żałowali, gdy wiele lat później odchodziła na emeryturę, a pracownicy przychodni żegnali Ją serdecznie.

W 1950 r. zawarła związek małżeński ze Stanisławem Erbelem – inżynierem, naukowcem, w latach późniejszych profesorem zwyczajnym Politechniki Warszawskiej. Przeżyli wspólnie 68 lat. Wychowali dwie córki, zapewniając im warunki do ukończenia studiów i udany start w dorosłe życie. Doczekali się dwóch wnuczek, a Anna także dwóch prawnuków. Anna wspierała męża we wszystkich jego licznych działaniach zawodowych i rodzinnych. W życiu prywatnym wiele czasu i serca poświęcała swojej działalce leśnej w Wildze.

Anna, a właściwie Hania, Hanka – jak nazywali Ją przyjaciele, Haneczka, Hanusia – jak mówił do Niej mąż, była osobą towarzyską. Wraz z nim należała do zgranej grupy przyjaciół – wspólnie spędzali wakacje, chodzili po górach, spotykali się na imprezach towarzyskich, grali w brydża. Lubiła tańczyć – Jej przyjaciółka do dziś wspomina charlestona, którego Hania zatańczyła na studniówce.

Odnaczała się wspaniałym poczuciem humoru. Mając już dwóch zięciów, z przyjemnością wysłuchiwała dowcipów o teściowych, ale również sama je opowiadała.

Bardzo lubiła psy, każdy stawał się członkiem rodziny. Zawsze ciężko przeżywała ich odejście, ale cieszyła się z przybycia następnego.

Lubiła spędzać czas w kontakcie z przyrodą: wyjazdy do lasu, nad jezioro i nad morze. Bardzo lubiła się kąpać, dobrze pływała.

Była zapaloną czytelniczką. Najbardziej interesowały Ją pamiętniki, nie lubiła natomiast kryminałów ani fantastyki, uważała, że ich czytanie to strata czasu.

Była muzykalna – w młodości grała na pianinie, później już tylko słuchała. Uważała, że na koncert powinny się składać różne utwory i różni wykonawcy. Dłuższy występ jednego artysty uważała za nudny. Miała też dobry głos i przewodziła rodzinnym śpiewom.

Hania zmarła w domu 1 listopada 2020 r., w wieku 95 lat. ■

**Katarzyna Golimowska
i Dorota Cichońska**



Pani doktor
Małgorzacie Szumańskiej,
pediatrze z Centrum Medycznego MR
przy ul. Grójeckiej 186 w Warszawie,
wyrazy głębokiego współczucia
i słowa wsparcia w trudnych chwilach po stracie

Taty

składają koleżanki i koledzy
z CM Medycyna Rodzinna,
przy ul. Grójeckiej w Warszawie.



**Krystyna Burkhard-
-Jagodzińska**
(1938–2020)

Warszawianka, absolwentka (1962 r.) Akademii Medycznej w Warszawie. Po stażu w latach 1964–1970 pracowała w Instytucie Naukowym Kultury Fizycznej, później, do 1988 r., była lekarzem w Centralnej Przychodni Sportowo-Lekarskiej w Warszawie przy ul. Marii Konopnickiej 6. Uzyskała I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych i II z medycyny sportowej.

W 1988 r. podjęła pracę w Zakładzie Fizjologii Instytutu Sportu, a w latach 90. była lekarzem Przychodni Sportowo-Lekarskiej przy Instytucie Sportu w Warszawie. W 1999 została kierowniczką tej przychodni i pełniła ową funkcję aż do odejścia na emeryturę w roku 2017. Z ramienia CPSL, a następnie IS opiekowała się głównie zawodnikami wioślarstwa.

Jej mężem był Henryk Jagodziński (1925–2002), wieloletni reprezentant Polski w wioślarstwie, uczestnik Igrzysk Olimpijskich w Helsinkach 1952 i Melbourne 1956.

W roku 1993 zrealizowała grant przyznany przez KBN: „Efekt termogeny glukozy u trenujących dziewcząt w okresie dojrzewania”, w roku 1997 obroniła pracę doktorską: „Metaboliczne aspekty treningu dziewcząt w okresie okołopokwitaniowym”. Była autorką i współautorką około 100 prac naukowych, często wyróżnianych na konferencjach naukowych Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej. W Instytucie Sportu była kierownikiem Zespołu Naukowo-Metodycznego ds. Wioślarstwa i członkiem Komisji Etyki Badań Naukowych Instytutu Sportu-Państwowego Instytutu Badawczego. Wspomagała opracowanie trzech rozpraw doktorskich obronionych na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Przez kilka lat była członkiem i przewodniczącą Komisji Lekarskiej Polskiego Związku Towarzystw Wioślarskich. Ceniona za sumienność, obowiązkowość i wspaniały kontakt z zawodnikami.

Za wieloletni wkład w sprawowanie opieki lekarskiej nad sportowcami i tworzenie warunków bezpiecznego uprawiania sportu była wielokrotnie odznaczana – Złotym Krzyżem Zasługi, Srebrnym Krzyżem Zasługi, Złotą Odznaką Zasłużonego Działacza Kultury Fizycznej. Otrzymała odznaczenia organizacyjne: od Polskiego Związku Towarzystw Wioślarskich „Zasłużony dla wioślarstwa” i od Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej „Medal 75-lecia PTMS”.

Pozostanie w pamięci kilku pokoleń zawodników kadry narodowej wielu dyscyplin jako lekarz sportowców.

Krystyna Aniol-Strzyżewska



Z głębokim żalem zawiadamiamy, że
6.12.2020 r. odszedł od nas

dr Krzysztof Baryłka

Był troskliwym, mądrym, oddanym pacjentom
Lekarzem, dobrym Człowiekiem,
pełnym chęci twórczego działania,
znakomitym Chirurgiem Dziecięcym,
wspaniałym Kolegą.

Rodzinie Zmarłego składamy
wyrazy głębokiego współczucia.

Koleżanki i koledzy
z Oddziału Chirurgii Dziecięcej MSzS w Radomiu



Z głębokim smutkiem i żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszej Koleżanki i Przyjaciółki z lat studenckich

lekarza dentysty
Grażyny Tuderek-Sobocińskiej

zmarłej 12.12.2020 r.

Na zawsze pozostaniesz w naszych sercach i myślach,
ze swą wielką radością życia
i umiłowaniem sztuki lekarskiej.

Mężowi, Synowi z Rodziną i Rodzeństwem
serdeczne wyrazy współczucia składają

koleżanki i koledzy
z Oddziału Stomatologii AM w Warszawie.



Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy
naszą Koleżankę

Annę Gąsiorowską-Rawicką

oddanego, wspaniałego lekarza
i człowieka o wielkim sercu.

Aniu, pozostaniesz na zawsze w naszej pamięci!

Rodzinie i Bliskim składamy
szczere wyrazy współczucia
i wsparcia w tych trudnych chwilach.
Obiecujemy modlitwę.

Zespół „Dentiki”



Barbara Florczak- -Lewczuk (1941–2020)

Lekarz dermatolog wenerolog. Absolwentka Akademii Medycznej w Warszawie rocznik 1964. Pracowała we Włocławku, Kozienicach (w przychodni), Żyrardowie (w pogotowiu ratunkowym), a przez ostatnie lata, aż do emerytury (na którą przeszła pod koniec lat 90.), w Piasecznie – w przychodni przy ul. Fabrycznej i ul. Mickiewicza, gdzie pełniła funkcję kierownika.

Często wspominała po latach, że najpiękniejszym okresem w Jej życiu były studia na Akademii Medycznej – cudowny czas, cudowne lata, cudowni ludzie. Wymieniała profesorów, u których zdawała egzaminy, m.in. prof. Jabłońską, prof. Januszewicza, oraz swoje koleżanki i kolegów z roku. Oglądaliśmy z Mamą zdjęcia z kolejnych zjazdów absolwentów AM. Zadziwiające – pamiętała wszystkich. Zastanawiała się, czy ten zjazd będzie Jej ostatnim, bo „przecież zostało nas już niewiele”. Ostatnio znalazłem Jej zdjęcie z prof. M. Wielgosiem z okazji 50. rocznicy ukończenia studiów. Uśmiechnięta, zadowolona i dumna z tego, że jest lekarzem. Tak, mogę powiedzieć o mojej Mamie, że medycyna to było Jej powołanie i życie.

Już będąc na emeryturze, przyjmowała w spółdzielniach lekarskich w Warszawie i Piasecznie, bo mawiała, że bez pracy i pacjentów żyć nie może. Każdy pacjent był dla Niej kimś – nie tylko osobą, której trzeba pomóc, ale człowiekiem ze swoją historią, rodziną, dziećmi, wrażliwością. Zawsze powtarzała, że pacjenta, a przede wszystkim człowieka trzeba wysłuchać i koniecznie oprócz wiedzy medycznej ofiarować mu rzecz równie cenną – swój czas. Mimo że nie była profesorem, miała wśród pacjentów wielu znanych ludzi, bo cenili Jej profesjonalizm i życzliwość. Wielką radość sprawiało Jej również to, że leżąc w szpitalu, mogła udzielić porady dermatologicznej opiekującym się Nią kardiologom. Była z tego bardzo dumna.

Miała dwie pasje życiowe: medycynę i góry – polskie Tatry. Zaczęła w nie jeździć ze mną i moją siostrą pod koniec lat 80. Potem już tatrzańskie szczyty zdobywała sama. Plecak, coś do picia i coś do jedzenia, peleryna, sweter, mapy, książka, aparat (potem telefon komórkowy) i w drogę – na szlak.

Na szlak, mój synku, idę na szlak – zdobyć kolejny szczyt, pokonać swoją słabość, podziwiać widoki, spotkać się z Panem Bogiem, pomodlić się za Was i Wasze rodziny nieopodal przydrożnego krzyża, podziękować za życie, pracę i urlop w moich ukochanych Tatrach. Muszę porządnie naładować akumulatory, bo przede mną kolejne 11 miesięcy pracy „w moim mieście Piasecznie”. I tak przez 25 kolejnych lat...

Kiedy zdrowie już nie pozwalało na wyjazdy w góry, plecak zamieniła na mały plecak i codziennie chodziła do parku Szczęśliwickiego „z kijami”. Zawsze aktywna, licząca na siebie, twarda, krytyczna wobec siebie i rzeczywistości, nieustępliwa warszawianka z ul. Dalekiej i Siennej, potem z Ochoty, powtarzająca, że w życiu liczy się jeden kierunek: przód, i że nie wolno się poddawać... Powtarzała siostrze i mnie aż do zdzenia: najpierw obowiązek, potem przyjemność, najpierw nauka, potem zabawa... Wiem, że miała rację.

I mam wrażenie, że się nie poddała. Walczyła do końca z chorym sercem. Dzielnie, w szpitalu. Przez epidemię koronawirusa niestety w samotności. Rozmowy coraz krótsze, głos coraz słabszy, SMS-y coraz rzadsze... Aż w końcu 16 grudnia 2020 r. prosta linia na ekranie kardiomonitora...

Artur Lewczuk



Z ogromnym żalem przyjęliśmy wiadomość, że 21 stycznia 2021 r. odszedł nasz Kolega – wieloletni pracownik Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej w Otwocku, torako chirurg

dr Jarosław Borzęcki

Oddany lekarz, obdarzony poczuciem humoru,
Dobry Człowiek.

Wyrazy szczerego współczucia Żonie, Córce, Synom i całej Rodzinie składają koleżanki i koledzy z Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku.



Z żalem zawiadamiamy, że 13.12.2020 r. w wieku 84 lat zmarł nasz Kolega, lekarz reumatolog

Waldemar Jerzy Pirkel

Waldku zawsze będziesz z nami!

Rodzinie i Bliskim Zmarłego składamy szczerą kondolencję.

Koledzy lekarze i przyjaciele



Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o nagłej śmierci
wieloletniego pracownika
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Heleny Jemioł

Zostanie w naszej pamięci
jako Osoba niezwykle oddana swej pracy,
pełna szacunku dla innych ludzi.

Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy
głębokiego współczucia.

Lukasz Jankowski
– prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie
oraz pracownicy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie



Naszej Koleżance **Karolinie Bartyzel**
wyrazy szczerego współczucia i żalu z powodu śmierci

Mamy

składają koleżanki i kolega
z Działu Informacji Medialnej.



Naszej Koleżance **Katarzynie Lisieskiej**
wyrazy szczerego współczucia i wsparcia
w trudnych chwilach po śmierci

Taty

składają pracownicy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

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

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: Michał Niepytalski, m.niepytalski@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz,
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

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Artmedia Partners, **GRAFIKI:** Mateusz Chrzanowski

KOREKTA: Lidia Sadowska-Szlaga, **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

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

Wynajmę lokal usługowy – przychodnię w Warszawie przy al. KEN 103,

152 mkw., 5 gabinetów, bezpośrednio przy stacji metra Ursynów. Kontakt: 603-705-953.



Specjalna oferta ubezpieczeń OC i majątkowych dla podmiotów leczniczych oraz majątkowych dla Indywidualnych Praktyk Lekarskich (IPL)

Oferujemy:

- OC obowiązkowe i nadwyżkowe
- ubezpieczenie kosztów prawnych
- ubezpieczenie HIV/WZW
- ubezpieczenie sprzętu i urządzeń medycznych od wszystkich ryzyk (tzw. all risk)

Gwarantujemy:

- składki niższe nawet do 70%
- najszerszy zakres ubezpieczenia
- profesjonalne doradztwo
- minimum formalności związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia

Program ubezpieczenia OC dla lekarzy i lekarzy dentystów

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

PAMIĘTAJ O COROCZNYM ZŁOŻENIU DEKLARACJI

Deklarację przystąpienia możesz wypełnić na stronie: ins-med.pl/oil-warszawa

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 NND 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 ins-med.pl

PZU SA jest reprezentowane przez INS Services. W celu zawarcia umowy ubezpieczenia skontaktuj się:



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

biuro@ins-med.pl
ins-med.pl

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



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 DENTYSTÓW	DARIUSZ PALUSZEK, tel. 22-542-83-55
WICEPREZES ORL	JAROSŁAW BILIŃSKI, tel. 22-542-83-45
WICEPREZES ORL	KRZYSZTOF MADEJ, tel. 22-542-83-46
WICEPREZES ORL	przewodniczący Delegatury Radomskiej MIECZYŚLAW SZATANEK, tel. 48-331-36-62
SEKRETARIAT	tel. 22-542-83-40, 22-542-83-42, faks 22-542-83-41
SEKRETARZ ORL	MARTA MOCZYDŁOWSKA, 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 KOWALCZUK, 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 DENTYSTÓW	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	tel. 22-542-83-33
KOMISJA DS. SPORTU	tel. 22-542-83-33
RZECZNIK PRAW LEKARZA	tel. 22-542-83-29
PEŁNOMOCNIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW	tel. 660-672-133
OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW	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
ZESPÓŁ DS. MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA	tel. 22-542-83-90
GRUPA BALINTA	tel. 22-54-83-80
DZIAŁ INFORMACJI MEDIALNEJ	tel. 22-542-83-83, rzecznik prasowy Renata Jeziótkowska, tel. 660-679-737
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

BADANIA KLINICZNE
zarządzanie, monitoring i ekspertyza medyczna

MBA
**W OCHRONIE
ZDROWIA**



HTA
Market Access
and Pricing



UNIwersytet Medyczny w Lublinie

Studia podyplomowe

Rekrutacja: od 9 września 2020 r.

Inauguracja: luty 2021 r.

Kierunki:

1

**Master of Business
Administration w ochronie
zdrowia - III edycja**

2

**Health Technology Assessment,
Pricing and Market Access**

3

**Badania Kliniczne: zarządzanie,
monitoring i ekspertyza
medyczna**

OFERTA SKIEROWANA JEST DO: lekarzy, kadry zarządzającej i pracowników instytucji medycznych, pracowników administracji publicznej, jednostek samorządu terytorialnego, właścicieli przedsiębiorstw działających w obszarze ochrony zdrowia, pracowników firm farmaceutycznych oraz osób posiadających doświadczenie praktyczne w codziennym funkcjonowaniu podmiotów leczniczych i innych jednostek działających w sektorze ochrony zdrowia.

Partner medialny:

M MEDISESSION

www.mediseession.pl



+48 576 265 988, mba@umlub.pl, www.mba.umlub.pl
Centrum Kształcenia Podyplomowego
Collegium Didacticum, ul. Chodźki 7, 20-093 Lublin

www.mba.umlub.pl