

WYBORY DELEGATÓW - II TURA

» W kontrze:
Obowiązek szczepień

» Zastrzyk wybawienia
» Bać się jest rzeczą ludzką

» Muzyka z sercem
» Idea pozostała ta sama



izba-lekarska.pl



oilwarszawa



oilwarszawa



oilwarszawa

SPIS TREŚCI

- ▶ NA DZIEŃ DOBRY (str. 2) _____
- ▶ DZIŚ I JUTRO (str. 3) _____
- ▶ IZBA DLA LEKARZY (str. 1, 4, 29–32, 53) _____
- 28 „Operacja szpital” – relacja ze szkolenia**
– Michał Niepytalski
- 46 Interwencje rzecznika praw lekarza**
– Monika Potocka
- ▶ OBOWIĄZEK SZCZEPIEŃ _____
- 5 Same fakty o obowiązku szczepień...**
– Michał Niepytalski
- 6 W KONTRZE**
– Andrzej Sośnierz
– Paweł Grzesiowski
- 8 Stanowisko ORL...**
- ▶ SZCZEPIENIA _____
- 8 Czy w ciąży można się szczepić?**
– Artur Drobniak
- 10 Co z tymi szczepionkami?...**
– Małgorzata Solecka
- 38 #SPRAWDZAM**
Szczepienia dzieci i młodzieży
– Małgorzata Solecka
- ▶ SYSTEM _____
- 12 Przymus szczepień medyków jednak potrzebny?**
– Karolina Kowalska
- ▶ OPINIE _____
- 14 Zastrzyk wybawienia**
– Paweł Walewski
- 18 Patent, czyli przepis na placebo**
– Paweł Kowal
- ▶ ZDROWIE PSYCHICZNE _____
- 16 Bać się jest rzeczą ludzką**
– Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
- ▶ SŁOWA NA ZDROWIE _____
- 19 Szczepienie**
– Jerzy Bralczyk
- ▶ BEZ ZNIECZULENIA _____
- 20 Kto ma problem ze wskaźnikiem?**
– Marek Balicki
- ▶ WYNURZENIA I IDEOLOGIE... _____
- 21 „Język” dyplomacji**
– Jarosław Biliński
- ▶ DOM LEKARZA SENIORA _____
- 22 Małymi krokami**
– rozmowa
z Anetą Aliną Olszak

Graf. na okładce: M. Turkowska



www.miesiecznik-puls.org.pl

- ▶ SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW _____
- 24 Postanowienia noworoczne**
– Dariusz Paluszek
- 25 Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne**
- ▶ „JESTEM LEKARZEM, JESTEM CZŁOWIEKIEM” _____
- 26 Muzyka z sercem**
– rozmowa
z Bartoszem Chajdeckim
- ▶ MEDIA _____
- 33 #W_ETERZE**
- ▶ ZABIEGI WIZERUNKOWE _____
- 36 Odpowiednia dawka wiedzy**
– rozmowa
z Maciejem Orłosiem
- ▶ NA PRZESTRZENI LAT _____
- 39 Idea pozostała ta sama**
– rozmowa
z Ernestem Kucharem
- ▶ SAMORZĄD _____
- 44 Praca potrzebna samorządowi**
– rozmowa
z Elżbietą Latoszek-Banasiak
- ▶ PRAWO _____
- 47 Informacja o wyniku badania**
– Aleksandra Powierża,
Karolina Podsiadły-Gęsikowska
- 48 Epidemia**
– Filip Niemczyk
- ▶ PO GODZINACH _____
- 50 Największa nagroda**
– rozmowa
z Piotrem Chilczukiem
- ▶ W PIGUŁCE (str. 43) _____
- ▶ BIULETYN ORL (str. 54) _____
- ▶ WSPOMNIENIA (str. 55) _____

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów zaprasza na cykl szkoleń online:

z psychologii

z prawa

22 lutego, 18.00–20.00

24 lutego, 18.00–20.00

Radzenie sobie ze stresem

Dodatki covidowe dla medyka

29 marca, 16.00–20.00

Mobbing i przeciwdziałanie mobbingowi
w miejscu pracy – aspekty prawne i psychologiczne



Konferencja szkoleniowa

Empatia a umieranie i śmierć.

Dobre praktyki w relacji lekarz – pacjent – rodzina

26 lutego, w godz. 10–16.00
Spotkanie w formule hybrydowej.

Rejestracja
od 8 lutego.



PATRONAT



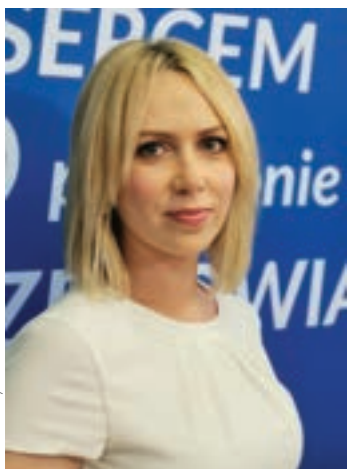
ORGANIZATORZY



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza



INSTYTUT
DOBREJ
ŚMIERCI



Fot. K. Bortyzel

RENATA JEZIÓLKOWSKA

redaktor naczelna

Odporność na co?

Troska o odporność na groźny wirus, który w ostatnich dwóch latach dyktował warunki funkcjonowania społeczności na całym świecie, *versus* odporność na naukę, logikę, osiągnięcia medycyny.

Co zwycięży? Wydaje się, że skoro żyjemy w XXI w., rozwijamy skomplikowane technologie i latamy w kosmos, powinny zwyciężyć zdrowie i zdrowy rozsądek. Powinny...

Dwa lata temu, gdy zaczęła się epidemia, nadzieję pokładaliśmy w szczepionce. Szczepionka została wynaleziona i wprowadzona. Wydawać by się mogło, że chcąc wrócić do normalności, wszyscy będziemy się szczepić. Wydawało się to takie proste. Okazuje się, że sprawę komplikują kwestie: „co tam jest w środku”, „podejrzenie krótkie prace nad specyfikiem”, „chcą na nas zarabiać, zniewolić”, „segregacja sanitarna”, „czipy” i „Bill Gates”. Można jeszcze długo wymieniać. Trzeba uwzględnić również brak edukacji, strach, fałszywe narracje, które niestety docierają do zbyt wielu podatnych na nie, ale też wystraszonych osób.

Bo nagle wokół nas pojawiło się wielu samozwańczych „epidemiologów” i „naukowców”. Ciekawe, czy z podobną rezerwą sceptycy szczepień podchodzą do wysoko przetworzonej żywności, papierosów, alkoholu, niektórych kosmetyków. Czy czytają etykiety ze składem i analizują procesy produkcji. Wydaje się, że powinni... Podczas mistrzostw świata lub Europy w piłce nożnej wielu zna się lepiej na strategii gry i doborze zawodników niż trener. Wielu wie najlepiej, jak wychowywać dzieci (zwłaszcza cudze). Wygląda na to, że jako społeczeństwo jesteśmy specjalistami od szczepionek i covidowych spisków. To byłoby nawet zabawne, gdyby nie było tak niebezpieczne dla życia i zdrowia.

Co rządzący na to? Jak zachęcają do szczepienia się? Zaraz, do czego mieliby zachęcać? Do tego, o czym mówi się na konferencjach ministra/premiera/rzecznika? Paszporty covidowe, stanowiące przepustkę do restauracji, kina czy na stadion? Nie. Obowiązek szczepień? Nie. No dobrze, dla medyków – w marcu, ale i tak nie ma narzędzi, by ten przepis działał. Są za to „cudowne” rozwiązania: łóżka, więcej łóżek. I może jeszcze obietniczki dotyczące POZ oraz lekarzy, których nie ma. Oficjalnie mamy piątą falę. Ktoś pamięta brawa dla medyków? Dobrze, że podziękowania usłyszeli członkowie Rady Medycznej przy premierze, którzy złożyli rezygnację. Medykom dziękowano, będzie nowa rada – gremium reprezentujące różne dziedziny życia społecznego. Wygląda na to, że pandemia staje się coraz mniej medycznym zjawiskiem. A kolejki pacjentów niecovidowych wydłużają się.

Ten numer „Pulsu” poświęcamy przede wszystkim szczepieniom. Omawiamy wątki: obowiązku szczepień, bezpieczeństwa szczepienia w ciąży i wyszczepialności populacji dzieci, fake newsów, mechanizmów, które doprowadziły do obecnego stanu rzeczy. Nasze łamy są przestrzenią do publikacji różnych opinii i punktów widzenia. Wprowadziliśmy nową rubrykę: „W kontrze”. Rozmawiamy również o historii szczepień, dyskutujemy o sposobach znalezienia wśród natłoku obowiązków czasu dla siebie i swoich pasji. Niezmiennie w #W_ETERZE przedstawiamy fragmenty wypowiedzi przedstawicieli naszej izby w mediach, którzy odnoszą się do sytuacji epidemicznej, pomysłów na walkę z COVID-19, rozwiązań i niedomóg systemowych, wszystkiego, co ważne, co powinni wiedzieć i rozumieć widzowie, słuchacze, czytelnicy, czyli pacjenci. Relacjonujemy izbowe szkolenia, spotkania, warsztaty i zapraszamy na kolejne. Przywołujemy nasze działania w ramach kampanii społecznej „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”.

Przypominamy o trwających wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy, zachęcamy do aktywności w ramach samorządu zawodowego oraz do korzystania z izbowego wsparcia. ■

#IzbaDlaLekarzy
#PulsDlaLekarzy



ŁUKASZ JANKOWSKI
prezes ORL w Warszawie

Koleżanki i Koledzy,

walka z pandemią w naszym kraju coraz mniej skupia się na przesłankach medycznych, a coraz bardziej na politycznych i światopoglądowych.

My lekarze, o niewystarczające przygotowanie kraju do kolejnej fali pandemii możemy mieć pretensje do klasy politycznej. I do skoncentrowanej na sondażowych słupkach poparcia, niezdolnej do podejmowania odważnych i koniecznych decyzji, np. dotyczących obowiązku szczepień, koalicji rządzącej, a także do całkowicie biernych wobec pandemii, pozycjonujących się jako obserwatorzy, polityków z drugiej strony politycznej sceny. Zostaliśmy z pacjentami sami na tej wojnie. Na wojnie, której front przebiega dziś w szpitalach i przychodniach, a nie w Sejmie ani przy Miodowej.

Kolejne decyzje polityków wywołują tylko frustrację i utrudniają pracę. Jesteśmy świadkami ruchów pozorowanych i próby ingerencji w nasze kompetencje za pomocą aktów prawnych. Jak wtedy, gdy rozporządzeniem wprowadzono obowiązek osobistego zbadania przez lekarza POZ pacjenta (nawet takiego, który tego nie wymaga) z COVID-19 w ciągu 48 godz., nie biorąc pod uwagę ani zasobów kadrowych, ani medycznego sensu takiego zapisu. Nas, lekarzy, uprzedmiotowiono – słyszymy wciąż o łózkach i stetoskopach, a cel badania sprowadzono do „*ostłuchania, po to, żeby pacjent czuł się spokojniejszy*”. Co nas czeka w przyszłości?

Próba wydania ustawy likwidującej kolejki do specjalistów? Zbliżyliśmy się do granicy absurdu. Przyjęta przez rządzących strategia nie zdaje jednak egzaminu, a winy nie da się już zwalić na lekarzy.

W Okręgowej Radzie Lekarskiej nie boimy się mówić wyraźnie o rzeczach ważnych. Nagłaśniamy problemy środowiska lekarskiego. Walczymy o wizerunek naszego zawodu, m.in. prowadząc kampanię społeczną „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”. Mamy swoje zdanie i nie boimy się go wyrażać. W tym numerze „Pulsu” możecie Państwo przeczytać np. stanowisko ORL mówiące o konieczności wprowadzenia obowiązku powszechnych szczepień przeciwko COVID-19. Skierowaliśmy również słowa poparcia dla organizacji lekarzy rodzinnych, walczących ze szkodliwą dla naszego zawodu legislacją.

Niezmiennie jako OIL wychodzimy z inicjatywami na rzecz naszego środowiska. Właśnie zakończyło się przyjmowanie projektów do pierwszego w Polsce izbowego budżetu partycypacyjnego. O wynikach będziemy Państwa informowali w naszych mediach. Dbajcie Państwo o siebie w tym trudnym czasie. Bądźcie zdrowi. ■



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



GŁOSUJ NA DELEGATÓW W WYBORACH

Szanowna Koleżanko, Szanowny Kolego,

II tura odbywa się w rejonach, w których nie udało się wyłonić delegatów.

Zagląдай do skrzynki pocztowej. Nie przeocz listu z pakietem wyborczym. Zagłosuj i niezwłocznie odeślij go do izby. Lista kandydatów i terminy głosowania znajdują się na naszej stronie internetowej w zakładce „WYBORY”.

Zachęcamy do kontaktu z Okręgową Komisją Wyborczą w celu rozwiania wszelkich wątpliwości dotyczących wyborów. Informacji udzielamy:

-  pod numerami telefonu: **22 542 83 06** (siedziba OIL w Warszawie) i **48 331 36 62** (Delegatura Radomska),
-  pod adresem e-mail: **wybory@oilwaw.org.pl**.

Więcej informacji



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nlelubowicza

Same fakty o obowiązku szczepień przeciwko COVID-19

MICHAŁ NIEPYTALSKI

Szczepienia medyków w Polsce przeciwko koronawirusowi będą obowiązkowe od 1 marca 2022 r. Rozporządzenie ministra zdrowia w tej sprawie mówi także o obligatoryjnym szczepieniu innych osób pracujących w podmiotach leczniczych, o studentach kierunków medycznych oraz osobach zatrudnionych w aptekach.

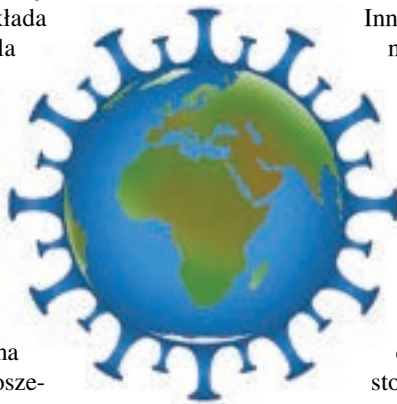
Osoby związane z ochroną zdrowia to relatywnie niewielka część społeczeństwa. Statystyki wskazują, że przedstawiciele zawodów medycznych są zaszczepieni w zdecydowanej większości. Dane Ministerstwa Zdrowia (więcej na str. 12) dowodzą, że np. w pełni zaszczepionych jest 92 proc. lekarzy ogólnych i 88 proc. dentystów. Uśredniony odsetek zaszczepionych medyków wynosi ponad 80 proc., dla ogółu społeczeństwa – mniej więcej 57 proc. W przestrzeni publicznej pojawiają się więc głosy o konieczności rozszerzenia obowiązku szczepień na inne grupy zawodowe, a nawet na wszystkich rodaków. Projekt ustawy w tej sprawie czeka na rozpatrzenie w Sejmie. Został zgłoszony przez posłów Lewicy. Zakłada m.in. wprowadzenie obowiązku szczepień dla dorosłych obywateli pod karą grzywny.

Szczepienia przeciwko COVID-19 są lub będą wkrótce obowiązkowe w niektórych krajach świata. Już w czasie ubiegłorocznych wakacji obowiązek taki dla ogółu społeczeństwa wprowadzono w Turkmenistanie i Tadżykistanie. Analiza danych, zamieszczonych na stronie Ourworldindata.org, dotyczących drugiego z wymienionych krajów wskazuje na wzrost liczby w pełni zaszczepionych po ogłoszeniu nowych epidemicznych regulacji. Jeszcze na początku lipca odsetek osób, które poddały się w Tadżykistanie szczepieniu przeciwko COVID-19 wynosił 3,11 proc. (przynajmniej jedna dawka). Obowiązek szczepień obwieszczone 3 lipca, pod koniec miesiąca zaszczepionych przynajmniej jedną dawką było 7,7 proc., a na koniec sierpnia 21 proc. Obecnie wskaźnik sięga 40 proc. tadżyckiego społeczeństwa.

Pod koniec ubiegłego roku obowiązek szczepień dla ogółu ludności ogłosiły Austria (68 proc. w pełni zaszczepionych w momencie ogłoszenia planów wprowadzenia obowiązku) i Ekwador (77 proc.). Austria zdecydowała się ponadto na wprowadzenie kar dla niezaszczepionych w wysokości do 3,6 tys. euro. Będą egzekwowane dopiero od połowy marca, maksymalnie raz na trzy miesiące. Ekwador nie zdecydował

się na kary indywidualne. Władze tego południowoamerykańskiego kraju postanowiły, że obok obowiązku szczepień nałożyć trzeba obowiązek weryfikacji certyfikatów covidowych klientów przez usługodawców, np. kina, muzea. To oni mają płacić kary, jeśli się okaże, że zezwolili na wstęp osobom niezaszczepionym.

Grecja zdecydowała się na wprowadzenie obowiązku szczepień dla obywateli po 60. roku życia. Osoby niestosujące się do przepisów muszą liczyć się z karą 100 euro, którą władze mogą wymierzać raz w miesiącu.



Innymi krajami, które postawiły na powszechny obowiązek szczepień przeciwko COVID-19, są Indonezja i Mikronezja. Z wypowiedzi przedstawicieli rządu w Berlinie wynika, że także Niemcy bardzo poważnie rozważają zastosowanie tego rozwiązania. Na razie zdecydowały się, podobnie jak Polska, na wprowadzenie obowiązkowych szczepień dla pracowników medycznych. Obowiązek szczepień dla przedstawicieli określonych zawodów to, nawiasem mówiąc, rozwiązanie stosowane w wielu krajach, np. we Włoszech, we Francji, na Węgrzech, a nawet w USA.

Oprócz obligatoryjnych szczepień pod groźbą kary finansowej wiele krajów na świecie wprowadziło utrudnienia dla osób niezaszczepionych w postaci ograniczeń w dostępie do niektórych usług, z wyłączeniem niezbędnych do życia, takich jak usługi medyczne czy korzystanie ze sklepów spożywczych itp.

Warto dodać, że polski prawodawca zawarł w przepisach obowiązek szczepień dla wymienionych na początku niniejszego artykułu grup osób związanych z ochroną zdrowia, ale nie przewidział żadnej sankcji za niezastosowanie się do nich. Oznacza to, że do pracodawcy będzie należała decyzja, jakie konsekwencje poniesie niezaszczepiony pracownik wykonujący zawód medyczny. ■



Więcej szkód niż pożytku

W KON

ANDRZEJ SOŚNIERZ, lekarz, poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej

Już ponaddwuletnia walka z pandemią i prawie roczne stosowanie szczepień dostarcza szerokiej, ale na pewno niepełnej jeszcze wiedzy o naturze wirusa, o dolegliwościach przez niego wywoływanych, ich leczeniu oraz pozwala ocenić skuteczność dotychczas podejmowanych kroków. Ogólna konstatacja brzmi: jesteśmy bezradni wobec nowej zarazy, która kpi z olbrzymiego światowego dorobku wielu nauk i po prostu żyje swoim życiem. Choć są kraje na świecie, którym udało się zapanować nad epidemią za pomocą starej, ale sprawdzonej metody, czyli skutecznego izolowania niezakażonych od potencjalnych lub rzeczywistych źródeł zakażenia.

Mam tutaj na myśli przede wszystkim Chiny i kilka innych krajów, głównie z południowo-wschodniej części naszego globu. Na dodatek, cokolwiek by powiedzieć, jest to chyba najtańsza metoda. I u nas przez krótki czas się sprawdziła, bo przecież w niezwykle zdyscyplinowany sposób przeprowadzona w pierwszych miesiącach 2020 r. narodowa kwarantanna dała efekty i podczas pierwszej fali pandemii w stosunku do wielu innych państw mieliśmy stosunkowo mało zakażeń i niewiele zgonów. Polacy pokazali, że potrafią być narodem zdyscyplinowanym. Niestety, władze państwowe nie dorosły do swojej roli i zmarnowały ten czas. Nie przygotowały się bowiem organizacyjnie do trzymania epidemii pod kontrolą, nie potrafiły przeprowadzić zmian w organizacji opieki zdrowotnej, nie przygotowały służb sanitarnych, nie zbudowały właściwej infrastruktury służącej uporaniu się z problemem. Lista zaniechań jest długa, nie będę tutaj wyliczał wszystkich.

Przyznam, że wiązałem duże nadzieje z wynalezieniem szczepionki. Sądziłem, że nabyta dzięki szczepieniom odporność pozwoli na opanowanie pandemii i jej wytlumienie, tak jak w przypadku wielu innych chorób zakaźnych. Uplývający czas zmusza jednak do zweryfikowania pokładanych nadziei. Okazało się, że zarówno odporność nabyta wskutek zakażenia i przechorowania, jak i dzięki szczepieniom trwa

stosunkowo krótko. Już po kilku miesiącach zarówno ozdrowieńcy, jak i zaszczepieni ponownie mogą zachorować. Na szczęście, na co wskazują badania statystyczne przeprowadzone na dużych grupach, powtórne zakażenie przechodzimy zazwyczaj łżej aniżeli pierwsze, podobnie dzieje się w przypadku przyjęcia szczepionki. Również ryzyko zgonu osoby powtórnie zakażonej i zaszczepionej jest kilkakrotnie mniejsze. Szczepionka zwiększa nasze bezpieczeństwo i, mimo że nie chroni w pełni przed zakażeniem, jest niewątpliwie dobrem, z którego rozsądny człowiek może i powinien skorzystać.

Z tego wszystkiego jednak wynika, że zarówno po przechorowaniu, jak i po szczepieniu nadal możemy roznosić epidemię i zakażać innych. Z tego powodu szczepienie raczej spełnia rolę narzędzia ochrony osobistej, nie umożliwia jednak wytłumienia epidemii w skali populacji. To wszystko powinno być jasno uświadomione obywatelom, gdyż niewykluczone, że brak tej wiedzy spowoduje nadmierną niefrasobliwość osób zaszczepionych, które nie zdają sobie sprawy z tego, iż nadal mogą być źródłem zakażenia. W kontekście niniejszych wywodów uważam, że tzw. paszport covidowy zamiast pożytku raczej przynosi szkodę, jego posiadanie bowiem nie daje informacji o tym, czy dana osoba w danym momencie jest nosicielem wirusa. Z tego samego powodu jestem przeciwnikiem obowiązku szczepień, bo – jak już wspomniałem – tą metodą nie opanujemy epidemii. Szczepienia należy jednak promować jako metodę zwiększenia bezpieczeństwa osobistego.

Toczący się obecnie w Polsce spór o to, czy nałożyć obowiązek szczepienia, zaczyna być sporem historycznym. O tym można było dyskutować przed pół rokiem, kiedy nie była jeszcze w pełni znana skuteczność szczepionek. Natomiast w obliczu fali nowej mutacji wirusa powinniśmy przygotować system szybkiego, powszechnie dostępnego testowania na wielką skalę, gdyż tylko szybkie rozpoznanie zakażenia pozwoli możliwie skutecznie oddzielać zakażonych od zdrowych. Do tego potrzebna jest rozbudowa bazy laboratoryjnej do wydolności około pół miliona testów dziennie, potrzebna jest rozbudowa bazy punktów pobierania wymazów, potrzebne jest uruchomienie sprawnego transportu zakażonych, a nie mam tutaj na myśli transportu sanitarnego, który w większości przypadków jest nadmiarowy. Na to wszystko było dużo czasu, który jak zwykle został zmarnowany. I dlatego życzenie (może w świetle mojego wyводу fantastyczne), obyśmy zdrowi byli, jest ciągle na czasie. ■

TRZE

Więcej pożytku niż szkód



Fot. archiwum

PAWEŁ GRZESIOWSKI

ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. walki z COVID-19

W przeszłości wiele krajów w celu zapewnienia jak najszybszego i jak najszerszego uodpornienia społeczeństw sięgało po rozwiązania prawne, w tym obowiązek szczepień.

Nakłada się go w sytuacji, gdy działanie, do którego zobowiązany jest obywatel, ma wymiar społeczny (np. obowiązek służby wojskowej w niektórych krajach, płacenie podatków) albo w sytuacjach istotnych dla zdrowia publicznego – obowiązek poddania się badaniom z zakresu medycyny pracy, hospitalizacji i leczenia niektórych chorób zakaźnych, zakaz palenia papierosów w środkach komunikacji publicznej. Od wielu lat obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci oraz wybranych grup osób dorosłych w różnych państwach są uznanym mechanizmem zapewniającym wysoki odsetek zaszczepionej populacji. W krajach Europy Zachodniej, począwszy od lat 60. XX w., zaczęto odstępować od obowiązku szczepień dzieci na rzecz dobrowolności, z zapewnieniem pełnej refundacji kosztów. Mimo to w momencie odstąpienia od tego obowiązku zwykle odsetek zaszczepionych spada na skutek problemów z egzekwowaniem owych szczepień od osób o odmiennych poglądach na temat ich bezpieczeństwa i skuteczności. W większości państw, w których zniesiono obowiązek szczepień, nie osiągnięto tak wysokiego odsetka zaszczepionych dzieci, jak w krajach, gdzie utrzymano obowiązek szczepień. Wyjątek stanowią kraje skandynawskie: Norwegia, Dania, Szwecja. Tam jednak wysoki odsetek zaszczepionych dzieci osiągnięto dzięki wieloletnim, kompleksowym i skoordynowanym programom edukacyjnym, co wymaga zaangażowania odpowiednich sił i środków.

Pandemia spowodowała drastyczne pogorszenie globalnego bezpieczeństwa, które może być jeszcze przez wiele lat istotnym problemem dla zdrowia publicznego. Dane epidemiczne wskazują wyraźną przewagę częstości ciężkich zakażeń i zgonów w przebiegu COVID-19 wśród niezaszczepionych w porównaniu z populacją w pełni uodpornioną, co jest dostateczną przesłanką, aby wprowadzić obowiązek szczepień, dotyczący w szczególności grup ryzyka. Paradoksalnie, mimo szerokiej dostępności wiedzy naukowej i danych medycznych, wiele osób ulega antynaukowym i antyszczepionkowym informacjom. W efekcie w wielu społeczeństwach 20–30 proc. dorosłych odmawia szczepień przeciw COVID-19.

Obowiązek szczepień jest rozwiązaniem ostatecznym, bowiem właściwie eliminuje możliwość dyskusji czy polemiki, a za

uchylanie się grożą konkretne sankcje. Dlatego takie rozwiązanie musi być bardzo dobrze uzasadnione merytorycznie. W aktualnej sytuacji osoba niezaszczepiona stwarza większe zagrożenie dla zdrowia publicznego niż zaszczepiona. Te zagrożenia to m.in. dłuższy okres zakaźności, większe ryzyko hospitalizacji i ciężkiego przebiegu choroby, co może spowodować niewydolność systemu opieki zdrowotnej, a także generuje wysokie koszty leczenia. Z tego względu w niektórych krajach podejmowane są działania mające na celu zwiększenie świadomości i odpowiedzialności obywateli odmawiających szczepień za bezpieczeństwo publiczne przez np. dodatkowe opłaty za niezaszczepionych lub ponoszenie kosztów leczenia przez niezaszczepionych, jak również wprowadzanie prawnego obowiązku szczepień.

W dzisiejszej rzeczywistości szczepienia przeciwko COVID-19 mają udokumentowaną skuteczność i bezpieczeństwo, są powszechnie dostępne w krajach rozwiniętych, co umożliwia wprowadzenie ich obowiązku. Mamy również możliwość weryfikacji efektów szczepień, na podstawie danych epidemicznych z różnych krajów. Szczepienia pod względem efektywności można porównać z innymi obowiązkowymi działaniami prewencyjnymi, np. przestrzeganiem zasad ruchu drogowego, w tym obowiązkiem zapinania pasów i przewożenia dzieci w fotelikach. Poziom akceptacji społecznej różnego rodzaju obowiązków jest różnicowany i zależy od tradycji w społeczeństwie oraz gotowości do rezygnacji z pewnego zakresu swobody wyboru dla celów wyższych, w tym przypadku zdrowia publicznego. Wprowadzenie obowiązku szczepień przeciw COVID-19 wśród różnych grup zawodowych: profesjonalistów medycznych, nauczycieli, wychowawców, opiekunów, służb ratunkowych, w kontekście pandemii jest szczególnie uzasadnione, gdyż wykonują one zawody związane z wysokim poziomem zaufania społecznego, a także dużym wpływem na zdrowie podopiecznych. Obowiązek zawsze będzie związany z dyskomfortem, dlatego wprowadzanie różnego rodzaju obowiązkowych działań powinno być poprzedzone szeroką kampanią edukacyjną oraz informacyjną. Im bowiem większa świadomość korzyści płynących z określonych obowiązków, tym wyższy stopień ich akceptacji. Już dziś specjaliści medycy w Polsce zaszczepili się w bardzo wysokim odsetku, znacznie wyższym niż odsetek dotyczący całego społeczeństwa, co świadczy o wysokim poziomie świadomości, a jednocześnie potwierdza, że znajomość zagrożeń sprzyja racjonalnym wyborom. ■

Stanowisko ORL w Warszawie w sprawie wprowadzenia obowiązku szczepienia przeciwko SARS-CoV-2

Pandemia COVID-19 trwa już ponad dwa lata. W tym czasie wirusem SARS-CoV-2 zakaziło się ponad 350 mln osób na świecie, a zmarło z jego powodu ponad 5,5 mln (ponad 100 tys. w Polsce). Pandemia generuje nieustanne zagrożenie dla zdrowia i życia obywateli naszego kraju, jak również znaczne obciążenie systemu opieki zdrowotnej. Ze względu na angażowanie zasobów systemu ochrony zdrowia do leczenia wielu tysięcy chorych z COVID-19 pomocy na czas nie uzyskują pacjenci czekający na diagnostykę i leczenie innych chorób. Przebieg pandemii w naszym kraju doprowadził do wzrostu liczby zgonów. Porównując minione dwa lata z poprzednimi czterema, widzimy zatrważającą statystykę, za którą kryją się ludzkie tragedie. Wielu z nich można było uniknąć. W latach 2020–2021 zmarło ponad 150 tys. osób więcej niż przeciętnie w latach 2016–2019.

Należy zwrócić uwagę również na aspekt izolacji i kwarantanny. Konieczność izolacji chorych na COVID-19 (oraz osób, z którymi mieli kontakt) prowadzi do zwiększonej nieobecności pracowników w zakładach pracy. Szereg konsekwencji, nie tylko zdrowotnych, powoduje nieobecność uczniów w szkole.

Opracowane i wdrożone w prewencji infekcji SARS-CoV-2 szczepionki to skuteczna i bezpieczna metoda zapobiegania zgonom oraz hospitalizacjom z powodu COVID-19. Powszechne szczepienia wiążą się z korzyścią nie tylko dla zaszczepionych, ale także dla wszystkich osób potrzebujących leczenia w ramach systemu opieki zdrowotnej – mniejsza liczba chorych na COVID-19 wymagających badania lekarskiego czy hospitalizacji to więcej zasobów, które można przeznaczyć dla innych pacjentów. Ma to ogromne znaczenie w kontekście zbyt małej liczby lekarzy w Polsce, a tego stanu rzeczy nie zmienią żadne rozporządzenia czy nakładane na nas przez organizatorów systemu dodatkowe obciążenia i oczekiwania.

Dane epidemiczne wskazują dalszy, dynamiczny rozwój pandemii. Obserwujemy następną (piątą już) falę wzrostu liczby zachorowań kolejnym wariantem SARS-CoV-2. W sytuacji dramatycznego kryzysu polskiego systemu ochrony zdrowia, niewdrażania rozwiązań motywujących do szczepienia się oraz nieskuteczności akcji informacyjnych, mających zachęcać do stosowania szczepień ochronnych, stoimy na stanowisku, że konieczne jest wprowadzenie powszechnego obowiązku szczepienia przeciwko SARS-CoV-2. ■



Fot. archiwum

Czy w ci

ARTUR DROBNIAK
wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Pytanie to zadaje rocznie tysiące Polek. Choć wiedza na temat bezpieczeństwa szczepień w ciąży jest na świecie powszechnie dostępna, nadal zdarzają się przypadki, gdy lekarze POZ, a nawet ginekolodzy nie zalecają szczepień kobietom w ciąży.

Gdzie jest „pies pogrzebany”? W rodzaju szczepienia. W ciąży można bezpiecznie szczepić szczepionkami inaktywowanymi, takimi jak przeciw grypie, błonicy, tężcowi i krztuścowi, oraz rekombinowanymi antygenami, np. szczepionkami przeciw WZW typu B.

Nie wolno szczepić szczepionkami zawierającymi żywy patogen, do których należą szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce, ospie wietrznej, gruźlicy i żółtej gorączce.

Warto w całej dyskusji na temat szczepień kobiet w ciąży pamiętać, że korzyść z przeprowadzonych szczepień ochronnych dotyczy nie tylko matek, ale w dużej części przypadków także ich nienarodzonych dzieci. Rekomendacja szczepień przeciw grypie oraz przeciw krztuścowi, błonicy i tężcowi stanowi efekt badań nad przebiegiem tych chorób u kobiet spodziewających się dziecka oraz u noworodków.

Grypa jest chorobą znacznie groźniejszą dla kobiety ciężarnej niż dla niebędącej w ciąży. Ryzyko powikłań w postaci ciężkiego przebiegu grypy, wymagającego hospitalizacji, rośnie w ciąży kilkakrotnie. Zwiększa się też niestety ryzyko poronienia i przedwczesnego porodu.

Badania nad szczepieniem przeciw grypie kobiet w ciąży wskazują, że nie zwiększa ono ryzyka przedwczesnego porodu ani poronienia i nie ma negatywnego wpływu na zdrowie noworodka. Podkreśla się, że przeciwciała, przechodząc przez łożysko, o kilkadziesiąt procent zmniejszają ryzyko zachorowania na grypę przez noworodka.

W związku z nasilającym się problemem występowania krztuśca w Europie Zachodniej już kilkanaście lat temu pojawiły się rekomendacje dotyczące szczepienia kobiet w ciąży przeciw krztuścowi. Krztusiec noworodkowy ma bardzo ciężki przebieg, wymaga hospitalizacji, a niekiedy kończy się zgonem dziecka. W ostatnich latach w Polsce znacząco zwiększa

czy można się szczepić?

się liczba przypadków krztuśca zarówno u osób dorosłych, jak i u noworodków. Prawdopodobnie wynika to z napływu do naszego kraju osób nieszczepionych przeciw krztuścowi, które stają się transmitterami choroby.

Obecnie rekomenduje się szczepienie kobiet w ciąży między 26. a 36. tygodniem, po to, by matczyne przeciwciała zostały przekazane dziecku i chroniły je przez okres noworodkowy i wczesnego niemowlęstwa, nim samo wykształci przeciwciała po przyjęciu szczepienia przeciw krztuścowi, błonicy i tężcowi w 6. miesiącu życia.

■	SZCZEPIENIA NIEZALECANE W CIĄŻY:
✗	<i>ospa wietrzna,</i>
✗	<i>odra, świnka, różyczka,</i>
✗	<i>żółta gorączka,</i>
✗	<i>gruźlica.</i>
■	SZCZEPIENIA ZALECANE W CIĄŻY:
✓	<i>grypa,</i>
✓	<i>krztusiec, błonica, tężec,</i>
✓	<i>COVID-19.</i>

Szczepienia przeciw COVID-19 kobiet w ciąży

Pandemia rozgrzała do czerwoności społeczne dyskusje na temat szczepień populacyjnych. Niestety, na skutek aktywności grup szerzących mity naukowe i publikujących fake newsy coraz więcej ludzi odwraca się od wykonywania szczepień ochronnych. Na razie uwaga skupia się na szczepieniu przeciw COVID-19, nie mam jednak wątpliwości, że po pandemii wirusa SARS-CoV-2 będziemy mieć ogromny problem z utrzymaniem wysokiej wyszczepialności przeciw innym chorobom, które od wielu lat znajdują się w kalendarzu szczepień ochronnych dzieci i młodzieży.

Szczepienia przeciw COVID-19 w początkowym okresie nie były zalecane kobietom karmiącym i ciężarnym, z uwagi na brak badań obejmujących tę grupę pacjentów. W ciągu kilku miesięcy pojawiły się jednak pierwsze badania przeprowadzane na tysiącach kobiet karmiących i ciężarnych zaszczepionych preparatami mRNA (głównie w USA, Wielkiej Brytanii i Izraelu).

Rekomendacje wraz z ukazywaniem się kolejnych publikacji zmieniały się. Najpierw dopuszczono szczepienia mRNA

przeciw COVID-19 kobiet karmiących, a następnie kobiet ciężarnych, pozwalając pacjentce samej podjąć decyzję o szczepieniu.

Najnowsze wytyczne Centers for Disease Control and Prevention (CDC's) oraz American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) wskazują jednoznacznie, że szczepienia kobiet w ciąży są rekomendowane!

Szczególnie podkreśla się, że najlepiej, by były wykonywane w II trymestrze ciąży. Z trzech głównych powodów:

1. COVID-19 zwiększa trzykrotnie ryzyko przedwczesnego porodu, hypotrofii płodowej i poronienia. Z tego względu, chcąc chronić się przed powikłaniami, należy się szczepić, by uniknąć zachorowania na COVID-19.
2. Zachorowanie na COVID-19 jest szczególnie groźne dla kobiety w III trymestrze ciąży. Znacznie zwiększa ryzyko hospitalizacji, konieczności przyjęcia na oddział intensywnej opieki medycznej, wentylacji mechanicznej oraz, niestety, zgonu kobiety w stosunku do ryzyka u kobiety nieciężarnej.
3. Szczepienie przeciw COVID-19 indukuje produkcję przeciwciał, które przezłożyskowo są przekazywane płodowi. W związku z tym prawdopodobnie wzrasta ochrona noworodka przed zachorowaniem na COVID-19.

Obecne, coraz dokładniejsze badania na coraz liczniejszych grupach pacjentek wskazują jednoznacznie, że szczepienia mRNA **nie zwiększają** ryzyka powikłań u kobiet w ciąży: ani dla samej ciąży, ani dla noworodka. Co więcej, wiemy, że poziom wygenerowanych przeciwciał po szczepieniu kobiet w ciąży jest wyższy niż po przebyciu choroby. Udowodniono występowanie przeciwciał w krwi pępowinowej oraz w mleku podczas laktacji. Podkreśla się również, że trzecia dawka szczepienia podawanego w ciąży nie musi być wykonana tym samym preparatem co dwie poprzednie.

ACOG w swoich rekomendacjach podkreśla, że ginekolog podczas każdej wizyty powinien zachęcać kobietę w ciąży do szczepienia przeciw COVID-19, odpowiadać na wszystkie jej pytania i rozwiewać wątpliwości dotyczące szczepienia, a jeśli pacjentka odmawia, odnotowywać to w dokumentacji.

Drogie Koleżanki i Koledzy, naszą fachową wiedzę walczyliśmy z ciemnotą i kłamstwem. Tylko tak możemy uchronić naukę przed dewaluacją, a naszych pacjentów przed powrotem epidemii dawno już pokonanych chorób. ■



Co z tymi szczepionkami? Co z tą pandemią? Co z tą Polską?

MAŁGORZATA SOLECKA

Pod koniec stycznia 2021 r. część pracowników ochrony zdrowia – dość nieliczna grupa, trzeba przyznać – przyjęła drugą dawkę szczepionki przeciw COVID-19. Tak, szczepionki są z nami już od ponad roku. Wiemy znacznie więcej o tym, czy i jaką ochronę dają. Nie spełniły wszystkich pokładanych w nich nadziei, ale nadal są najlepszym orężem, jaki mamy. I nadal skutecznie nas bronią przed przebiegiem wydarzeń, których ani w wymiarze indywidualnym, ani zbiorowym nie chcielibyśmy obserwować.

Myśleliśmy, że będą chronić przed zakażeniem. Nie chronią. Że będą chronić przed transmisją wirusa. Nie chronią. Osoba zaszczepiona może zarówno sama się zakażyć, jak i dalej przekazywać wirusa. Ba – dotyczy to również osób, które przyjęły booster, choć one są chronione znacznie lepiej. Powód jest oczywisty: choć atakuje nas ten sam wirus, jego nowe mutacje (Delta, a zwłaszcza Omikron) z łatwością – choć na szczęście tylko częściowo – omijają odporność poszczepienną.

Efektom obniżenie nastroju, a może i wiary w sens szczepień („zaszczepiłem się, a przecież i tak mogę się zakażyć i mogę zakażać innych”). Szczepienia nie zwalniają z przestrzegania podstawowych zasad bezpieczeństwa sanitarnego. Były takie próby – żeby zachęcić do szczepień w USA ogłoszono zwolnienie zaszczepionych z obowiązku zasłaniania nosa i ust. Szybko się z tego jednak wycofano, gdy stało się jasne, że szczepienie tak wysokiej ochrony nie daje.

To kruszenie się korzyści wynikających ze szczepień skwapliwie wykorzystują środowiska antyszczepionkowe, udostępniając na swoich profilach wykresy zakażeń ze Zjednoczonych Emiratów Arabskich lub z Portugalii, Hiszpanii i Francji. Wszędzie tam, mimo wysokiego odsetka zaszczepionych, liczba nowych przypadków zakażenia SARS-CoV-2 bije rekordy.

Pół prawdy to kłamstwo. Tym bardziej – ćwierć. Trudno porównywać dane o zakażeniach w ZEA czy Portugalii, które masowo testują swoich mieszkańców (ZEA w ostatnich dniach – 35 testów dziennie w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców, Portugalia

około 23) z danymi z Polski (2 testy). Mówiąc inaczej, dane z krajów, które pandemię COVID-19 traktują z należytą powagą zarówno w zakresie testowania, jak i szczepienia, pokazują rzeczywiste rozmiary szerzenia się SARS-CoV-2, o którym wiadomo, że tylko u stosunkowo niewielkiej części zakażonych daje wyraźne objawy. W Polsce testowane są głównie osoby z objawami. Różnice w podejściu do pandemii przekładają się na różnice w zgonach: ZEA – 0,2 zgonu dziennie w przeliczeniu na milion mieszkańców, Portugalia – 2,6. Polska – niemal 10 (średnia siedmiodniowa, wszystkie dane Ourworldindata.org).

Szczepienia nie chronią przed zakażeniem. Szczepienia chronią przed ciężkim przebiegiem COVID-19 i przed zgonem. Nie, nie wszystkich. Niektórzy zaszczepieni ciężko przechorują, a nawet umrą z powodu COVID-19. Jednak choćby dane dotyczące liczby zgonów z krajów, które osiągnęły pełny sukces w szczepieniach, powinny przekonać niedowiarków, powinny przemówić do wyobraźni.

Połowa stycznia 2022 r. Trwa podawanie trzecich dawek, na razie z tej możliwości skorzystała połowa osób w pełni zaszczepionych. Tymczasem eksperci nie mają wątpliwości – połowa populacji szczepienia zakończyła latem, ochrona, jeśli w ogóle jakaś jest, to bardzo niewielka. Ci zaszczepieni w pełni latem, jeśli nie przyjmą boostera, w nadchodzących tygodniach będą podobnie narażeni na zakażenie i, niestety, ciężkie przechorowanie COVID-19, jak ci, którzy nie zaszczepili się wcale. Być może ochrony wystarczy, by uniknąć najtragiczniejszego scenariusza, ale wiele zależy od jednostkowych uwarunkowań.

Z dnia na dzień widać, że czasu na decyzję jest coraz mniej. 17 stycznia Ministerstwo Zdrowia poinformowało o 34-proc. wzroście liczby zakażeń tydzień do tygodnia. Co piąta próbka poddana sekwencjonowaniu to Omikron. Dosłownie kilka dni wcześniej było to zaledwie 10 proc. Z twierdzeń, wygłaszanych przed dziesięcioma dniami, jakoby zatrzymanie trendu spadkowego, a nawet niewielki wzrost liczby zakażeń były poświęconą anomalią (*copy right* minister zdrowia) nie zostało już nic. Omikron puka do drzwi? Nie, on tu już jest.

Jest prawdopodobnie od grudnia, ale jego dominację opóźniła wysoka czwarta fala napędzana przez Deltę. To jednak już przeszłość. Pałce staje się pytanie o nowe zasady sanitarne (popularnie, choć mylnie, nazywane restrykcjami, bo chodzi przecież o elementarne środki zwiększające bezpieczeństwo). Tymczasem rząd nie zamierza wprowadzać żadnych dodatkowych środków bezpieczeństwa. Co gorsze, nie można liczyć na podjęcie jakichkolwiek działań, które doprowadziłyby do respektowania zasad teoretycznie obowiązujących.

Jeszcze bardziej pałce staje się pytanie o szczepienia. Niecałe 56 proc. w pełni zaszczepionej populacji stanowi jeden z niższych wyników w Unii Europejskiej. Trudno powiedzieć, by Polska nie miała pomysłów na motywowanie czy zachęcanie do szczepień. Takie pomysły podsuwała rządowi powołana w listopadzie 2020 r. Rada Medyczna, ale głos ekspertów przegrywał przez wiele miesięcy, zwłaszcza przez ostatnie pół roku, z politycznymi kalkulacjami. Polska, jako jedno z niewielu państw, nie zdecydowała się np. na wprowadzenie na użytek wewnętrzny certyfikatu covidowego, warunkującego korzystanie z pełnego spektrum usług publicznych i komercyjnych. Rada Medyczna opowiadała się za takim rozwiązaniem, doświadczenia innych krajów wskazywały bowiem, że przynosi ono realny wzrost odsetka zaszczepionych (nawet o kilkanaście punktów procentowych). Rząd jednak zasłaniał się argumentami o „polskim genie sprzeciwu” i podobnymi, niekiedy obraźliwymi dla rozumu, stwierdzeniami.

Minister zdrowia może chciałby działać energiczniej, ale każdy tydzień przynosi oczywiste dowody, że ma naprawdę niewiele do powiedzenia. Już latem powstał projekt umożliwiający pracodawcom weryfikację szczepień przeciw COVID-19. Oprotestowany przez Zjednoczoną Prawicę, wykastrowany ze wszystkich sensownych rozwiązań, utknął w Sejmie w wersji tak ułomnej, że trudno znaleźć uzasadnienie dla jego procedowania. Pracodawcy będą mogli wysyłać pracowników na testy (zwolnieni mają być ozdrowieńcy i zaszczepieni), ale nie będą mieć żadnych (ZADNYCH) narzędzi, by wyegzekwować to prawo. Teoretyczne prawo, skoro pracownika nie będzie można wysłać na płatny urlop ani nawet przesunąć do innych obowiązków (z tym samym wynagrodzeniem). A za testy pracowników zapłaci państwo. W Europie niektóre kraje już jesienią odeszły od uznawania testów jako równoważnika szczepień i przechorowania COVID-19 (Włochy) albo od ich finansowania, gdy test wykonywany jest tylko w celu uzyskania certyfikatu.

Ale chyba największą porażką Adama Niedzielskiego jest obowiązek szczepień dla niektórych grup zawodowych.

Minister podpisał rozporządzenie wprowadzające obowiązkowe szczepienia przeciw COVID-19 pracowników ochrony zdrowia i osób z nią związanych (studentów kierunków medycznych). Ma zacząć obowiązywać 1 marca, możliwe jest przyspieszenie o dwa tygodnie, jeśli sytuacja epidemiczna znacznie się pogarsza (to zresztą symptomatyczne – decyzja ma zapaść, gdy będzie bardzo źle, mimo że szczepienia to przecież oczywista profilaktyka). Choć padła publicznie zapowiedź obowiązkowych szczepień nauczycieli i służb mundurowych, minister Niedzielski zgody rządu na to raczej nie uzyska.

Zresztą, czy można się dziwić? Prace nad karykaturalnym projektem dotyczącym testowania pracowników zostały wstrzymane, ponieważ Ministerstwo Zdrowia chce zdobyć opinię ekspertów, jaki poziom przeciwciał może zwolnić pracownika z poddawania się... obowiązkowym szczepieniom. Taką poprawkę zgłosiła przeciwniczka szczepień w klubie PiS Anna Siarkowska. Tymczasem wiadomo, że Omikron z łatwością przełamuje naturalną odporność po przechorowaniu COVID-19 wywołanego wcześniejszymi mutacjami, w tym Deltą.

W sytuacji politycznej blokady rozwiązań, opartych na wiedzy medycznej, trudno się dziwić, że 13 z 17 członków Rady Medycznej 14 stycznia złożyło rezygnację. Dosłownie na progu piątej fali, którą rząd postanowił puścić na żywioł, tak samo jak czwartą, nie zważając na tragiczny bilans zgonów, który Polskę stawia w światowej czołówce (zarówno pod względem zgonów covidowych, w naszym kraju niedoszacowanych nawet o 100 proc., jak i nadmiarowej śmiertelności ogółem).

Prof. Robert Flisiak, jeden z ekspertów, którzy zrezygnowali z zasiadania w Radzie Medycznej, właśnie wstrzymanie procedowania projektu o testowaniu wskazał w mediach jako kropkę, która przelała czarę goryczy: – *Jeżeli przesuwana jest o dwa tygodnie procedowanie z powodu poprawki zgłoszonej przez panią Siarkowską, jest to straszne. Poprawka, która jest absurdalna i od razu powinna być odrzucona, jako niemerytoryczna i niezgodna ze stanem wiedzy. I przyjmuje to lekarz, który jest w randze wiceministra. Jeżeli okaże się, że ta poprawka zostanie uwzględniona, praktycznie ustawę można wyrzucić do kosza. Ta poprawka daje furtkę do manipulowania* – twierdził w rozmowie z Onet.pl. – *Poprawka stwarza możliwość zwolnienia z kontrolowania zaszczepienia pracowników te osoby, które udokumentują wysoki poziom przeciwciał. Przede wszystkim zastanówmy się, czy ktokolwiek na świecie coś takiego wprowadził?* – pytał retorycznie.

Nikt nie wprowadził, ale MZ podejmuje grę z antyszczepionkowcami. Nie tylko zresztą ono. Decyzja, by nie naruszać strefy komfortu posłów Zjednoczonej Prawicy (z Solidarnej Polski, ale i pewnej grupy z PiS) zapadła na partyjnym szczycie. Nie zważając na prawdopodobne, liczone znów w tysiącach, zgony w piątej fali. Ani na wycieńczenie personelu medycznego, który w piątą falę wchodzi prosto z czwartej i zamiera z przerażenia, słysząc o planach zwiększenia liczby łóżek covidowych do 60 tys. Ani wreszcie na tych wszystkich chorych – onkologicznie, neurologicznie, kardiologicznie, którzy przez następne tygodnie, miesiące będą pozbawieni możliwości leczenia. ■



Fot. R. Gardziński

Przymus szczepień me

KAROLINA KOWALSKA

Czy przyspieszenie wprowadzenia obowiązku szczepień medyków wygoni ze szpitali ostatnich wątpięcych? Lekarze nie są przekonani.

W czwartym tygodniu stycznia wiadomo już, że kwarantanna zostanie skrócona z 10 do 7 dni, co pomoże nieco ograniczyć paraliż placówek leczniczych, ale nadal nie podjęto decyzji w sprawie szybszego ogłoszenia obowiązku szczepień medyków przeciw COVID-19.

Zgodnie z nowelizacją rozporządzenia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii z 22 grudnia 2021 r., od 1 marca 2022 wszystkie osoby wykonujące zawód medyczny i pracujące z pacjentami muszą być zaszczepione przeciwko COVID-19. Dotyczy to trzech grup: osób wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą i osób wykonujących czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego; osób zatrudnionych oraz realizujących usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym, a także studentów kształcących się na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego, o którym mowa w art. 68 ust. 1 pkt 1–8 ustawy z 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Choć wydawałoby się, że dążenie do pełnego zaszczepienia powinno być w tych grupach stuprocentowe, wśród medyków jest sporo wątpięcych, mimo że zdaniem przedstawicieli samorządów zawodowych znacznie mniej, niż wynika to z danych Ministerstwa Zdrowia.

Według resortu stopień zaszczepienia dwiema dawkami szczepionki przeciw koronawirusowi wśród lekarzy wynosi 92 proc., a wśród lekarzy dentyistów 88 proc. W pełni zaszczepionych jest 86 proc. diagnostów laboratoryjnych oraz po 83 proc. pielęgniarek, położnych i farmaceutów. O ile jednak 8 proc. nie w pełni zaszczepionych lekarzy daje liczbę 12,6 tys. osób, a 12 proc. dentyistów – 5,3 tys., o tyle 17 proc. pielęgniarzy i pielęgniarek to aż 51,6 tys. osób, 14 proc. diagnostów laboratoryjnych – 2,5 tys., 17 proc. położnych – 6,7 tys., a 27 proc. fizjoterapeutów – 12,2 tys. osób. W sumie ponad 90 tys. przedstawicieli zawodów medycznych stanowi zagrożenie epidemiczne dla pacjentów.

Szefowie samorządów zawodowych podważają jednak dane ministerstwa. Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, zwraca uwagę, że liczba aktywnych lekarzy, jaką za punkt wyjścia przyjmuje resort, przewyższa zarówno dane Głównego Urzędu Statystycznego, jak i obliczenia Okręgowej Izby Lekarskiej. – *Wątpię, by te 8 proc. nie w pełni zaszczepionych lekarzy i 12 proc. niezaszczepionych lekarzy dentyistów pracowało bezpośrednio z pacjentami. Dane GUS pokazują, że część lekarzy z czynnym prawem wykonywania zawodu (PWZ) pracuje w instytucjach naukowych, firmach farmaceutycznych i nie ma kontaktu z chorymi. Jeżeli jednak przy łóżku chorego staje niezaszczepiony lekarz, naraża pacjenta na zachorowanie, co jest nieetyczne i powinno być piętnowane* – mówi dr Jankowski. I zastanawia się, czy takie zachowanie nie powinno być przedmiotem postępowania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej. Kłopot w tym, że izba, a tym bardziej pacjent, który mógłby chcieć złożyć skargę na takiego lekarza, nie mają dostępu do danych o szczepieniach, bo są to dane wrażliwe, dotyczące zdrowia. Również dr n. med. Artur Zaczyński, dyrektor Szpitala Narodowego i wicedyrektor ds. medycznych Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, wątpi, by przy pacjentach pracowało ponad 12 tys. nie w pełni zaszczepionych.

dyków jednak potrzebny?

”

Według resortu stopień zaszczepienia dwiema dawkami szczepionki przeciw koronawirusowi wśród lekarzy wynosi 92 proc., a wśród lekarzy dentyków 88 proc.

”

– *Lekarze pracujący z pacjentami, którzy się nie szczepią, to margines. A tacy, którzy w dodatku się tym chwają, to patologia, porównywalna z tymi, którzy celowo popełniają błędy medyczne. Nie należy się na nich skupiać ani tym bardziej przedstawiać jako reprezentatywnych dla całej grupy zawodowej. Niestety, piszą i mówią o nich media, stwarzając wrażenie, jakby takich przedstawicieli zawodu lekarza było więcej. To szkodliwe również dla ludzi, którzy szukają autorytetu głoszącego teorie antyszczepionkowe – uważa dr Zaczynski.*

Także zdaniem przedstawicieli samorządu aptekarskiego podawana liczba nie w pełni zaszczepionych farmaceutów jest daleka od prawdy. Michał Byliniak, prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie i były prezydent Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej (PGEU), zauważa, że według Ministerstwa Zdrowia zawód wykonuje 38,5 tys. farmaceutów, podczas gdy Naczelna Rada Aptekarska określa liczbę pracujących w aptekach na 26 tys. – *I według naszych informacji ponad 90 proc. przedstawicieli zawodu, którzy pracują w aptekach, jest zaszczepionych obydwiema dawkami. To osoby, które nie negują zasadności szczepień przeciw COVID-19. Wręcz przeciwnie, same się w nie angażują, szczepiąc nawet ponad 30 tys. osób dziennie. Myślę, że nie w pełni zaszczepieni to ci, którzy mając czynne PWZ, pracują w hurtowniach farmaceutycznych lub firmach farmaceutycznych, gdzie nie mają kontaktu z pacjentem – wyjaśnia Michał Byliniak.*

W tak niskie wyszczepienie trudno uwierzyć także Sebastianowi Irzykowskiemu, wiceprezesowi Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Twierdzi, że wszyscy jego znajomi pielęgniarze i pielęgniarki są zaszczepieni, podobnie jak ich rodziny i przyjaciele. Sugeruje, że część z 51,6 tys. osób z aktualnym PWZ, które w statystykach resortu widnieją jako nie w pełni zaszczepione, może być jeszcze przed przyjęciem drugiej dawki, jest ozdrowieńcem lub właśnie choruje i dopełni obowiązku do czasu wejścia w życie regulacji. A przy nawet 40 tys. nowych przypadków dziennie nietrudno o zakażenie.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych ma jednak sporo wątpliwości i w piśmie do ministra zdrowia z 13 stycznia 2022 r. pyta o szczegóły rozporządzenia z 22 grudnia 2021. Zauważa, że został pominięty w konsultacjach publicznych aktu prawnego, i pyta o podstawę prawną. Chce też wiedzieć, czy osoby wykonujące zawód medyczny podlegają obowiązkowi szczepień przeciw koronawirusowi bez

względu na formę zatrudnienia i czy dotyczy on także podmiotów prywatnych niemających kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Najważniejszą kwestią pozostaje jednak, czy po 1 marca pracodawcy będą dopuszczać nie w pełni zaszczepionych do pracy, czy muszą odsunąć ich od wykonywania świadczeń zdrowotnych. A jeśli odsuną, to w jakiej formie – wysyłając na urlop bezpłatny do czasu zakończenia pandemii, czy zwalniając z pracy, a jeśli tak, to w jakim trybie.

Wiele tych (zasadnych) pytań dowodzi, że OZZPiP dostrzega problem, jakim jest 17 proc. niezaszczepionych pracowników najliczniejszej grupy zawodowej medyków pracującej bezpośrednio z pacjentami. Dostrzegają go także zarządzający placówkami. – *Nie jest tajemnicą, że część pielęgniarek się nie zaszczepiła i nie zamierza poddać się obowiązkowi. Niektóre obawiają się niepożądanych odczynów poszczepiennych, inne negują wartość szczepień. Pytanie, co zrobić po 1 marca i skąd wziąć pracowników na ich miejsce? Tym bardziej że część to doświadczone osoby, wykonujące procedury specjalistyczne – podkreśla jeden z zarządzających szpitalem na Mazowszu, który nie chce narażać się swoim niezaszczepionym podwładnym.*

Prof. Marcin Czech, specjalista epidemiolog i kierownik zespołu ds. zakażeń szpitalnych Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, a także były wiceminister zdrowia ds. polityki lekowej, twierdzi, że wprowadzenie obowiązku szczepień osób wykonujących zawody medyczne jest konieczne. – *Dziś nie mogę oszacować zagrożenia zakażeniem i zapobiegać mu, bo nie mam prawa zapytać pracownika, czy został zaszczepiony. Mogę tylko przeprowadzić anonimową ankietę, z której dowiem się, jaki procent osób z poszczególnych grup medycznych nie przyjął pełnej dawki szczepionki. To jednak nie pomoże mi zapobiegać transmisji wirusa. Zaszczepienie daje gwarancję, że nawet gdy pracownik zachoruje, będzie miał mniejsze miano wirusa, a tym samym będzie mniej zarażał. Dlatego obowiązek szczepień powinni mieć wszyscy pracujący w bezpośrednim kontakcie z ludźmi, a już bezwzględnie pracownicy medyczni – mówi prof. Czech, który popiera pomysł wprowadzenia tego obowiązku wcześniej niż 1 marca. Czy jednak minister zdrowia Adam Niedzielski zdecyduje się na ten krok? Być może przybliży go do tego ponure statystyki. Szczyt piątej fali, zapowiadany na przełom stycznia i lutego, może nieprzyjemnie zaskoczyć skalą zgonów. Wtedy nie będzie już czasu na półśrodki. ■*



Zastrzyk wybawienia

PAWEŁ WALEWSKI

Na polskiej wojnie z koronawirusem zyskali producenci maseczek, handlarze broni i pewien instruktor narciarstwa. Ale urósł też ruch antyszczepionkowy, na którego siłę tracimy wszyscy, niezależnie od pandemii.

12 kwietnia 1955 r. rozdzwoniły się dzwony kościołów w całej Ameryce. „Po raz pierwszy od zakończenia II wojny światowej poczuliśmy się zjednoczeni w walce o osiągnięcie jednego celu. Było nim zwycięstwo nad chorobą Heinego i Medina” – wspomina w książce „Wirusy, plagi i dzieje ludzkości” Michael Oldstone, amerykański immunolog ze Scripps Research Institute. Nie tylko Ameryka czekała na ten sukces. Groźna choroba, nazywana po łacinie *poliomyelitis* albo w skrócie *polio*, dawała się we znaki całemu światu. W wielu krajach w latach 50. była w pierwszej piątce wywołujących największą śmiertelność wśród dzieci. U tych, których nie zabiła porażeniami mięśni oddechowych, pozostawiała trwałe kalectwo.

Dziś szczepionki przeciwko COVID-19, a wcześniej choćby przeciw grypie, nie są już witane tak entuzjastycznie. Inną miarą mierzy się ich wartość, chyba też inne niż 70 lat temu są oczekiwania. Niemniej jednak najbardziej przerażająca wydaje się amnezja, która ogarnia coraz większą rzeszę Polaków, w sprawie tak podstawowej jak skutki chorób zakaźnych, na które od dawna można uodpornić swoje dzieci. Nie robią tego, owdładnięci sprzeciwem wobec szczepień, nawet tych najbardziej podstawowych.

Już od kilku lat pediatrzy z narastającym przerażeniem obserwują niechęć rodziców do obowiązkowych szczepień dzieci, która odbija się za jakiś czas w całej populacji obniżoną odpornością. Zejdziemy poniżej progu bezpieczeństwa, więc wirusy odry, świnki, krztuśca, a nawet polio znów zaczną chężej krążyć, a w większych skupiskach niezaszczepionych dzieci zagrażać lokalnymi epidemiami. Z raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH, który niedawno przedstawiono w mediach, wyłania się alarmujący obraz – wskaźnik wyszczepienia przeciw odrze spadł z 98 proc. w 2010 r. do 91 proc. w 2020 (a na Podlasiu, Podkarpaciu i w Lubelskiem sięga zaledwie 86–88 proc.), w przypadku krztuśca 10 lat temu średnia przekraczała 99 proc., teraz zmniejszyła się do 92 proc. (progę bezpieczeństwa wynosi około 94 proc.!).

Jeśli chodzi o błonicę i tężec zanotowano spadek z 99 do 93 proc., a w przypadku polio z 99,9 proc. zaszczepionych dzieci w wieku dwóch lat zesłaliśmy do około 93 proc. (i znów niechlubny rekord Podlasia – 88,7 proc.).

Rok 2020 r., na wynikach którego opiera się analiza Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP PZH, był wyjątkowy z uwagi na początek pandemii. Wtedy wiosną na pewien czas wstrzymano w Polsce realizację kalendarza szczepień. Ale przerwa nie trwała na tyle długo, by rodzice nie zdążyli do końca roku uzupełnić brakujących szczepień u dzieci. Raczej emocje związane z koronawirusem i lockdownem trwale ich do tego zniechęciły. A potem już bardzo silnie uaktywniły się ruchy antyszczepionkowe. Podważanie bezpieczeństwa preparatów mRNA przeciwko COVID-19 wzmocniło fobie związane z innymi szczepieniami. Tak nawarzone piwo przyjdzie nam kiedyś wypić wspólnie.

Wystarczy przypomnieć doświadczenia Brytyjczyków, którzy równie gremialnie odmówili przyjmowania szczepionek przeciwko odrze, na wieść o tym, że wywołują zapalenie jelit. Wkrótce musieli zmierzyć się z epidemią tej choroby i jej śmiertelnymi powikłaniami. Zestawiając ze sobą dane z lat 2019 i 2020 w Polsce, zobaczymy co prawda wpływ pandemicznej izolacji (częstość krztuśca zmalała o 55 proc., ospy wietrznej o 61 proc., odry o 92 proc., grypy też było mniej – o 35 proc.), ale zeszłorocznej jesieni, kiedy obustrzeń nie było, szpitalne oddziały zaczęły się zapełniać chorymi dziećmi. Niemal w tym samym tempie, w jakim media społecznościowe zapełniał od kilku miesięcy antyszczepionkowy hejt przyczyniający się do irracjonalnego postępowania rodziców.



Dlatego według ekspertów rok 2021 wcale nie wypadnie w statystyce lepiej niż kilka poprzednich. I raczej płonne są nadzieje na odwrócenie tendencji, która grozi przynajmniej w przypadku niektórych chorób zakaźnych przekroczeniem progu odporności populacyjnej. Epidemie wyrównawcze, takie jak ostatniej jesieni epidemia wirusa RSV, będą się więc zdarzać częściej i oby tylko nie nakładały się na pandemię COVID czy grypy, bo oddziały pediatriczne i chorób zakaźnych z trudem pomieszczą wszystkich pacjentów wymagających hospitalizacji.

Ale jeśli w Polsce nie można nikogo zmusić do zmiany nastawienia do szczepień, może wprowadzić przepis, że w razie zachorowania na chorobę, przeciwko której ktoś się nie zaszczepił, musi pokryć koszty jej leczenia? Takie oświadczenie gwarantowałoby, że za konsekwencje świadomej decyzji trzeba ponieść odpowiedzialność. Oczywiście, rozwiązanie nie jest idealne, bo np. niezaszczepione dziecko może zakazić kolegę z klasy (któremu z różnych powodów nie po-

Odkał ryzyko śmierci dzieci z powodu ospy czy polio znikło z oczu, wymazane zostało także z pamięci, doprowadzając do sytuacji, w której ludzie zaczęli martwić się tym, co w rzeczywistości stanowi ułamek ryzyka, czyli działaniami niepożądanymi. Najczęściej wysuwany w Polsce argument przeciw szczepieniom jest lęk przed skutkami ubocznymi szczepionek, co różni nas np. od Rosjan, którzy również się nie szczepią, ale z powodów religijnych lub z obaw przed nieznanym składem preparatów. Oto, jak różne mogą być motywy antyszczepionkowych społeczności. Podczas gdy polski Internet pełen jest zwierzeń matek opisujących rzekomo dramatyczne objawy zaobserwowane u swoich latorośli (delikatny rumień, ból, gorączka), które „właśnie wróciły od lekarza po otrzymaniu szczepionki”, na rosyjskich forach można przeczytać najczęściej takie deklaracje: „*Moje ciało jest zaprojektowane przez Boga, aby samo się leczyło, samo regulowało i żaden człowiek nie robi tego lepiej niż Bóg*”.



dano szczepionki w dzieciństwie) lub dziadków z osłabionym układem odporności i ujdzie mu to na sucho. Ale udałoby się przynajmniej wyegzekwować koszty leczenia od tych pacjentów, którzy na chorobę skazali się sami, a dziś za ich bezmyślność muszą płacić podatnicy.

Do tej pory ruchy antyszczepionkowe mogły wspierać się opiniami nierozpoznawalnych postaci, zaliczanych do outsiderów środowiska medycznego. Status gwiazd nadał im Internet oraz bezmyślnie powtarzające ich teorie niektóre media, próbujące wszczynać debatę tam, gdzie w ogóle jej być nie powinno.

Czy nauka traci grunt na rzecz pseudonauki, ponieważ ta druga oferuje większą pociechę? Do tej pory ruchy antyszczepionkowe mogły wspierać się opiniami nierozpoznawalnych postaci, zaliczanych do outsiderów środowiska medycznego. Status gwiazd nadał im Internet oraz bezmyślnie powtarzające ich teorie niektóre media, próbujące wszczynać debatę tam, gdzie w ogóle jej być nie powinno. Gdy zapytać rodziców skupionych wokół Stowarzyszenia „Stop NOP” o motywy odrzucenia szczepień, nie powiedzą, że kontestują istotę takiej profilakty-

ki (stąd pełna nazwa organizacji brzmi niewinnie: Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach, a skrót NOP oznacza „niepożądane odczyny poszczepienne”). Sprzeciw dotyczy więc raczej konkretnych substancji zawartych w szczepionkach, które ich zdaniem mogą mieć niepożądane skutki. Szczepienia przeciw wspomnianemu krztuścowi powiązane z przypadkami zapalenia mózgu, przeciwko odrze, śwince i różyczce – z autyzmem, a przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B – ze stwardnieniem rozsianym. Żadnego z tych doniesień nie potwierdzono, a niewielu jest ekspertów, którzy mają jeszcze siły i chęć dawać odpór bredniom. Pamiętam wykład prof. Heinza Schmitta, kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych Dzieci z Centrum Profilaktyki w Moguncji, który wyśmiewał lęk przed szczepionkami skojarzonymi (front przeciwników straszył, że nagromadzenie w nich antygenów prowadzi do zaburzeń rozwoju mowy u dziecka): – *Byłem jednym z pierwszych ojców, którzy zaszczepili swoje dzieci sześciokładnikową szczepionką* – mówił w Warszawie prof. Schmitt. – *I moja córka zaczęła mówić! Choć przyznam się wam, że po niemiecku...* ■

Fot. licencja OIL w Warszawie

Autor jest publicystą „Polityki”.



Fot. K. Bartyzel

Bać się jest rzeczą ludzką

MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ

Po co nam w ogóle uczucie lęku?
By ostrzegać, chronić nas przed
niebezpieczeństwem.

Odczuwamy lęk, bo nasi praprzodkowie, którzy byli wyposażeni w takie reakcje (*fight, flight or freeze*, czyli walcz, uciekaj lub znieruchomiej), przeżyli i przekazali potomstwu swoje geny, a ci bez reakcji lękowych padli ofiarami drapieżników lub zginęli w innych dramatycznych okolicznościach i swoich bezlękowych genów nie przekazali. Zdolność do reagowania lękiem ratowała życie. Dziś czasem nadal tak jest, ale częściej zdarza się, że lękowe reakcje są nieadekwatne do okoliczności i raczej nie pomagają w życiu.

Weźmy zaburzenia hipochondryczne: lęk o własne życie i zdrowie, przekonanie o tym, że toczy nas ukryta, nierozpoznana – i z pewnością śmiertelna – choroba, skłania do wykonywania kolejnych badań, odwiedzania specjalistów, poświęcania czasu na wyszukiwanie informacji o schorzeniu, którego u siebie się dopatrujemy. Lęk hipochondryczny przeważa nad racjonalnym myśleniem, zafalszowuje je i kolejne prawidłowe wyniki badań tylko nas utwierdzają, że choroba naprawdę istnieje, tylko jest szalenie trudna do wykrycia/ /specjaliści ją przeoczyli.* Znamy takich pacjentów. Czasem sami takimi pacjentami jesteśmy.

Albo obsesyjny lęk przed zabrudzeniem/ /zarażeniem/skażeniem,* popychający do kompulsywnego mycia, czyszczenia, szorowania, skomplikowanych rytuałów czystościowych, takich jak wielogodzinne drobiazgowo sprzątanie, powtarzane

* Niepotrzebne skreślić

dziesiątki razy mycie rąk w określony sposób, stosowanie przeróżnych preparatów odkażających lub systemów izolacji „czystego” od „brudnego” i unikania „skażonego”. I mimo że obiektywnie stosowanie zasad higieny i dezynfekcji wydaje się dobrym nawykiem, szczególnie w czasach pandemii, każdy kto miał okazję widzieć osobę z nerwicą natręctw, z dłońmi zdartymi do krwi, poranionymi od ciągłego mycia, przyzna, że nie zawsze lęk sprzyja zachowaniom prozdrowotnym.

Niektórzy żyją w lęku o swoje zdrowie, który paradoksalnie sprawia, że unikają jak ognia kontaktów z ochroną zdrowia („*Jak się przebadam, to okaże się, że jestem chory*”). Zdarza się, że trwają przy tym nawet w przypadku ewidentnie niepokojących objawów. Znam historie lekarzy, którzy zignorowali gwałtowną utratę masy ciała („*to ze stresu*”), poważne osłabienie („*za dużo dyżuruję*”) albo ropień w jamie ustnej („*przejdzie samo, nie mam czasu na dentystę*”) i trafili w troskliwe ręce kolegów po fachu w momencie zagrażających życiu powikłań lub w zaawansowanej fazie choroby, gdy niewiele dało się już zrobić. Być może niektóre z tych osób podświadomie przeczuwały, że dzieje się z nimi coś niepokojącego, ale z lęku odsuwały tę myśl od siebie tak długo, aż na pomoc było już późno. Lęk ich sparaliżował i nie pomógł.

W czasach pandemii lęk powinien popychać do zachowań prozdrowotnych: stosowania dystansu społecznego, maseczek, dezynfekcji, unikania sytuacji ryzykownych. I wreszcie – do zaszczepienia się. Czy rzeczywiście tak się dzieje? Od kiedy system w gabinecie pokazuje status szczepienny pacjenta, którego przyjmuję, rozmawiam ze wszystkimi niezaszczepionymi o tym, dlaczego nie skorzystali dotąd z tej możliwości zmniejszenia ryzyka śmierci z powodu COVID-19. Oczywiście, wiąże się to z wysłuchiwaniem wielu ciekawych teorii wyjaśniających, czym jest „naprawdę” pandemia, czy w ogóle istnieje itd. Skąd się biorą te teorie, jeśli nie z lęku? Mierząc się z czymś tak niespodziewanym, globalnym, wywracającym życie na całym świecie do góry nogami, przerażającym, bardzo potrzebujemy zrozumieć, wyjaśnić, ułożyć sobie to wszystko w kategoriach związków przyczynowo-skutkowych, logiki, racjonalności. Wyjaśnienia i teorie, które zdarza mi się słyszeć, bywają zaskakująco spójne i podstępnie logiczne. To, co niezrozumiałe, staje się proste i oczywiste. Takie teorie mogą pociągać, bo przynoszą ulgę. Jeśli do tego zawierają element „złego”, które „zrobiło” pandemię i które jest wszystkim winne, na które można skierować naszą wynikającą

z lęku i bezradności złość, nie ma się co dziwić, że tak wiele osób gładko przyjmuje najdziwniejsze teorie i w nie wierzy. Wracając do moich niezaszczepionych pacjentów: takich, którzy w ogóle zaprzeczają istnieniu pandemii, nie jest wielu. Sporą grupę stanowią osoby przerażone tym, co się dzieje. Boją się zachorować, więc stosują maseczki, dystans i bardzo dbają o swoje zdrowie. A dlaczego się nie szczepią? Odpowiedź nie jest oryginalna: oczywiście z lęku. Bo np. słyszeli od osób w otoczeniu o bardzo złym samopoczuciu po przyjęciu szczepionki, a nie znając dokładnie mechanizmu działania szczepionek, mają poczucie, że to „zarażenie COVIDEM”, przyjęcie czegoś toksycznego i szkodliwego. Albo przeraża ich fakt, że szczepionka została przygotowana w tak krótkim czasie, bo w ich wyobrażeniu oznacza to z pewnością pominięcie badania bezpieczeństwa jej zastosowania, w domyśle sownie, acz nielegalnie opłacone. Albo usłyszeli o kimś, kto krótko po przyjęciu szczepionki zmarł. I w tym przypadku też brak wiedzy z zakresu immunologii sprawia, że tłumaczą zdarzenie po swojemu, przypisując całą „winę” szczepionce. Człowiek nastawiony lękowo, drżący o swoje zdrowie, będzie filtrował z otoczenia zagrażające bodźce (tu wracamy do naszych przaprządów i ewolucyjnych mechanizmów promujących przetrwanie osobników z wysokim poziomem lęku). Zatem będzie chłonął wszelkie informacje szerzone przez fanatycznych antyszczepionkowców, którzy chętnie grają na emocjach, a równocześnie są bardzo aktywni w pozyskiwaniu zwolenników swoich „teorii”. Do czego zmierzam? Rozmawiam z osobami niezaszczepionymi, pytam o powody ich decyzji, słucham i staram się zrozumieć. Rozmowę z „prawdziwymi” antyszczepionkowcami ucinam szybko, bo nie widzę możliwości przekonania ich albo nie mam dość ener-

gii, by podejmować takie próby. Ale z tymi wyłknionymi próbuję. I okazuje się, że gdy wczuwam się w ich obawy, pytam i próbuję zrozumieć, zamiast dewaluować i wyśmiewać, możemy zacząć rzeczową dyskusję, a moje argumenty mają szansę zostać usłyszane. Kilkoro z nich po rozmowie zdecydowało się na szczepienie. Może to kropla w morzu, ale przecież kropla draży skałę...

No dobrze, a co z naszym polskim „genem buntu”? Tą prężną, zuchwałością, która naszym praprządów kazała wykrzykiwać *liberum veto*, a praprządów wzniecać powstania przeciw zaborcom? Buntowanie się przeciw obstrzeżeniom i zaleceniom jest wyrazem naszej niezłomności i siły, czyż nie? No właśnie... niekoniecznie. Lęk jest wszechobecny i kieruje naszymi poczynaniami częściej, niż nam się wydaje. Najzagorzalsi przeciwnicy maseczek i ograniczeń, nakazów i przymusów, noszący na sztandarach dumne hasła o zatrzymaniu „segregacji sanitarnej”, też się boją. Kiedy krzyczą „precz z kagańcami” albo burzają się, słysząc o projekcie obowiązkowych szczepień, ich złość podbarwia lęk nie mniej dotkliwy niż ten o własne zdrowie – lęk przed utratą autonomii, wolności, możliwości samostanowienia, lęk przed zależnością, podległością. Skąd się bierze taki lęk? To temat na oddzielny tekst. Albo rozmowę. Albo temat do zgłębienia w psychoterapii. ■

Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, psychiatra, psychoterapeuta,
pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów
– tel. 660 672 133 (proszę o SMS, oddzwonię),
e-mail: pelnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl

Trening balintowski

„Powiedziałem mu, że umiera”
– jak nie zostawić pacjenta z trudną wiadomością

5.03.2022

- 9.30–11.00 – grupa I
- 11.15–12.45 – grupa II

Możliwość uczestniczenia w obydwu treningach.
Prowadzące: Joanna Pazik, Anna Rudecka

Rejestracja od 14 lutego.



OKRĘGOWA IZBA LECARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Niełubowicza



Fot. archiwum

Patent, czyli przepis na placebo

PAWEŁ KOWAL

Czy szczepionka przeciwko COVID-19 powinna być za darmo? Czy koncerny powinny ją „dać” obywatelom biedniejszych krajów albo nawet wszystkich państw, kiedy już odrobili sobie poniesione na produkcję koszty?

Będzie inaczej niż zwykle – na początek dwa słowa pochwały. Wielkie koncerny farmaceutyczne zdały egzamin w czasie pandemii. Wiem, wiem, prawie wszyscy je krytykują i często jest za co. Ale w tym wypadku trzeba trochę inaczej spojrzeć na problem. Były w stanie w ciągu kilkunastu miesięcy wyprodukować i dostarczyć do odbiorców miliardy dawek szczepionki. Ta skala logistyki szczepionkowej umyka wielu komentatorom. W czasach grypy hiszpanki 100 lat temu – a do tego punktu w historii możemy się odwołać – byłoby to niemożliwe. Nawet, gdyby wtedy istniała szczepionka, nikt nie byłby jej w stanie na czas dostarczyć do takich licznych grup obywateli.

Zapewne niedługo trzeba będzie tworzyć nowe szczepionki, bo światowe kryzysy zdrowotne będą się powtarzać. W interesie ludzi leży więc, by koncerny miały zasoby na podobnie szybką reakcję jak przy COVID-19. „Dać” szczepionkę – to w sensie technicznym udzielić licencji, czyli jakby dać przepis. Rzecz w tym jednak, że szczepionka to nie placebo babuni, a jej produkcja to nie pieczenie szarlotki i musi być bezpieczna dla pacjentów. Dość już głądzenia antyszczepionkowców, że szczepionki są groźne – dostaliby przy okazji kolejny argument do ręki.

I kwestia najważniejsza – żyjemy w czasach, gdy ludzie najbardziej pragną bezpieczeństwa. Może prezesi wielkich koncernów farmaceutycznych dorobili się na COVIDZIE kolejnych jachtów, kogo to jednak oprócz niektórych publicystów obchodzi w obliczu zagrożenia śmiercią wielu bliskich osób. Ludzie oczekują od rządów zapewnienia bezpieczeństwa i skutecznej ochrony przed zakażeniem, a nie odebrania jachtu prezesowi wielkiej firmy. Sprawą rządzących jest pobieranie podatków, w tym podatków od najbogatszych, m.in. menedżerów firm farmaceutycznych. Ale też ich obowiązkiem jest dopilnować, by produkty medyczne były odpowiednio rejestrowane, odpowiednio przechowywane, a w uzasadnionych przypadkach produkowane na podstawie przekazywanego patentu.

To prawda – koncerny medyczne nie lubią konkurencji, są drapieżne i twarde w swoich rozgrywkach, ale reakcją na ich drapieżność nie powinno być ograbianie ich ani zmuszanie do filantropii. Reakcją na ich chęć zysku powinna być siła władzy publicznej – państwowej. W Europie, gdzie wiele małych państw takiej siły nie ma, odpowiednim rozwiązaniem byłyby negocjacje z Komisją Europejską. Innej drogi nie ma. ■

Fundacja Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
Pro Seniore wraz z Mazowieckim Oddziałem
Okręgowym Polskiego Czerwonego Krzyża
w Warszawie oferują

**WSPARCIE PIELEGNACYJNO-GOSPODARCZE
DLA LEKARZY SENIORÓW**

- usługi pielęgnacyjne
- pomoc w obowiązkach domowych i codziennych czynnościach
- przeciwdziałanie osamotnieniu

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Niełabowicza

FUNDACJA
PRO SENIORE

Liczba miejsc jest ograniczona.



Fot. K. Bartyzel

Szczepienie

Prof. JERZY BRALCZYK

Szczepienie to rzeczownik odczasownikowy, oznaczający czynność – od czasownika *szczepić*. Prastłowiańskie słowo *szczepiti* miało za przodka praindoeuropejski rdzeń *(s)kep-*, oznaczający ‘łupać, rozłupać’. Rozłupywało się drzewo, *rozszczepiało* je na *szczapy*, by je potem *zaszczepić*, czyli uszlachetnić przez przeniesienie gałązki z rośliny bardziej szlachetnej. Z takimi *szczepionkami* mamy do czynienia i dziś. Najczęściej myślimy wtedy my, laicy, o różnych mniej lub bardziej szlachetnych *szczepach* winorośli.

Jesteśmy potomkami rolników, hodowców... Słowa o znaczeniu konkretnym często zyskują znaczenia mniej konkretne, każde bodaj słowo bardziej abstrakcyjne ma jakiegoś konkretnego przodka, który przez przenośnię zaczął wyrażać treści bardziej skomplikowane, nieraz odległe od pierwotnych, ale, jak się pomyśli, ciekawie z nimi związane.

Szczepami, jako pewnego rodzaju odgałęzieniami, które mogłyby być określone jako *odszczepienia*, od głównych, powiedzmy, pni, zaczęto nazywać plemiona i rody. A jeśli ktoś nie czuł do takiego *szczepu* przynależności, można go było nazwać *odszczepieńcem*, choć czasownik *odszczepić* rzadko jest spotykany. Ale ileż tu metafor, dziś nawet trudno zauważalnych!

Metaforycznie zaczęto mówić o szczepieniu także w sferze duchowej, o *myślach* – częściej o szlachetnych, a nawet szczytnych. *Zaszczepiano* u ludzi, w *ich umysłach*, w *duszach* i w *sercach* wspaniałe *pomysły*, *wszczepiano* im podniosłe *idee*. Można je było też przeszczepiać. Oczywiście, było to łatwiejsze, gdy miano do czynienia z *podatym gruntem*. Na podatym gruncie *przeszczep* lepiej się przyjmuje.

Praca hodowcy roślin ma w sobie coś szlachetnego. Szczepienie jest uszlachetnianiem *par excellence*. Pewnie, trafiają

się i niegodziwi szczepiciele, ale wtedy wolimy ich inaczej nazywać.

Dziś pierwsze skojarzenie ze słowem *szczepienie* dotyczy naszego zdrowia. Uszlachetnieni przez *zaszczepienie szczepionką*, *zaszczepieni*, czujemy się bezpiecznie. Choć skądinąd ciekawe, że w tym obszarze

mówi się głównie o tym, *przeciwko* czemu ta *szczepionka* i *szczepienie* są potrzebne. Czasem mówimy, że to *szczepienie przeciw czemuś*, a czasem *że na coś*, co ma znaczyć to samo. To pewien paradoks, w świecie chorób częsty – mamy w końcu (a raczej wciąż dobrego nie mamy) *lekarstwo* i *przeciw katarowi*, i *na katar* – i to ma być to samo; i *na zawroty głowy*, i *na poprawę krążenia...*

Teraz *szczepienia* i *szczepionki* są tak w naszym myśleniu i mówieniu częste, że powiększa się językowa rodzina, do której należą. Pojawili się *antyszczepionkowcy* (choć brak *szczepionkowców*), pojawił się też czasownik *wyszczepiać*, a właściwie bardziej jego dokonany odpowiednik *wyszczepić* – bo oznacza zrealizowane do końca, dokonane w całości *zaszczepienie* jakiejś grupy.

I jawi się ono jako cel maksymalizujący nasze poczucie bezpieczeństwa. *Wyszczepmy się!* Nie bądźmy *odszczepieńcami!* ■



Fot. archiwum

Kto ma problem ze wskaźnikiem?

MAREK BALICKI

Skala umieralności nadmiarowej z ostatnich dwóch lat kładzie się cieniem na naszej polityce zdrowotnej i funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. Wskaźnik ten obejmuje wszystkie nadmiarowe zgony, niezależnie od ich przyczyny, czyli także te pośrednio związane z COVID-19 lub z ogólnym funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w czasie pandemii. Dlatego przyjmuje się, że jest on lepszym wskaźnikiem radzenia sobie z pandemią przez poszczególne kraje niż liczba zgonów bezpośrednio związanych z COVID-19. Wiemy chociażby, że istnieją różnice w sposobie rejestrowania i kodowania tych zgonów, a także wiarygodności danych dotyczących zakażeń koronawirusem.

Wskaźnik umieralności nadmiarowej wypada u nas gorzej niż źle. W niedawno przedstawionym raporcie OECD Polska znalazła się na niechlubnym drugim miejscu, jeśli chodzi o liczbę nadmiarowych zgonów w przeliczeniu na milion mieszkańców. Wyprzedził nas tylko Meksyk. Analiza objęła 35 krajów należących do OECD w okresie od stycznia 2020 r. do końca czerwca 2021. Liczba nadmiarowych zgonów w Polsce sięgnęła w tym okresie 3,6 tys. na milion mieszkańców przy średniej dla OECD wynoszącej około 1,5 tys. Skutki czwartej fali z ostatnich miesięcy 2021 r. wskaźnik dla Polski bez wątpienia pogorszą. Nie trzeba dodawać, że wysoka liczba zgonów nadmiarowych skutkuje skróceniem oczekiwanej długości życia.

Duże różnice w tym zakresie między poszczególnymi krajami OECD wynikają nie tylko z czynników będących poza bezpośrednim wpływem rządów, takich jak struktura demograficzna populacji czy występowanie czynników ryzyka, ale przede wszystkim z przyjętych strategii ograniczania i łagodzenia skutków pandemii oraz zdolności dostosowania się systemów opieki zdrowotnej do nowych wyzwań związanych z pandemią. Dlatego krytyka kierowana pod adresem Ministerstwa Zdrowia, poczynawszy od drugiej fali, nie może nikogo dziwić. Zwłaszcza w kontekście nadmiarowych zgonów.

Tymczasem, zamiast wzięcia przez ministerstwo odpowiedzialności za te zgony, mamy obwinianie pacjentów. Nie opracowano raportu z pogłębionymi analizami i wnioskami na przyszłość. Jest za to zdumiewająca w kontekście zgonów wypowiedź rzecznika prasowego resortu, że „*gros problemów z dostępnością leży po stronie pacjentów*” i „*bardzo wielu z nich wystraszyło się COVID-19*”. A co zrobił rząd, by tak nie było? Bertolt Brecht powiedziałby w tej sytuacji, że jeśli społeczeństwo nie odpowiada władzy, powinna ona sobie je wymienić.

Impulsem do zmian może stać się akt rozpacz, jakim była rezygnacja z funkcji większości członków Rady Medycznej ds. COVID-19. Napisali, że powodem podania się do dymisji były rozbieżności między przesłankami naukowymi i medycznymi a praktyką, które stały się szczególnie jaskrawe w kontekście bardzo ograniczonych działań w obliczu fali jesiennej, a potem wobec zagrożenia wariantem Omikron, mimo przewidywanej olbrzymiej liczby zgonów.

Najwyższy też czas, by w gremiach kierowniczych ochrony zdrowia znaleźli się także specjaliści zdrowia publicznego. Wśród ośmiu najważniejszych osób odpowiadających za system (kierownictwo resortu i szefowie NFZ i GIS) nie ma obecnie takiej osoby, a tylko jedna ma wykształcenie medyczne. Zmiana w tym obszarze może ułatwić przywrócenie partnerskiej współpracy ze środowiskami medycznymi. A jest ona konieczna. ■

SPROSTOWANIE

W poprzednim numerze „Pulsu”, do felietonu „Gdy ilość nie przechodzi w jakość” wkradł się błąd. Ostatnie dwa zdania powinny brzmieć: „I na koniec: w 2020 r. Dania nie odnotowała skrócenia oczekiwanej długości życia. U nas dla kobiet strata ta wyniosła 1,1 roku, a dla mężczyzn aż 1,5 roku”.



Fot. K. Bartyzel

„Język” dyplomacji

JAROSŁAW BILIŃSKI, członek Prezydium ORL w Warszawie

Bardzo trudno się skupić w ostatnim czasie na czymś konstruktywnym w obszarze tzw. filozofii życiowej czy dumania nad przyszłością świata, gdyż podrzucane są nam, w ramach tzw. biejącej politycznej, wydarzenia, wobec których trudno przejść obojętnie.

Myszę, że nawet najwytrwalsi politycy, przygotowani „pijarowo” i strategicznie, też się gotują w blokach startowych (o ile w ogóle im na czymś zależy), słysząc i widząc poczynania naszej klasy politycznej. Po prostu krew się burzy w człowieku albo parska śmiechem, widząc i słysząc niektórych tuzów dyplomacji, inaczej rzecz ujmując – osoby publiczne. Otóż proszę wyobrazić sobie, że na czymś Państwu szalenie zależy. Mnie tak zależało na wypracowaniu przełomowych rozwiązań podczas protestu rezydentów, kiedy negocjowaliśmy z rządem (oczywiście, wprowadzenia tych przełomowych rozwiązań nie udało się wywalczyć, co zresztą jest tematem na osobny felieton – o przyczynach tegoż). Zatem tak bardzo Państwu na czymś zależy, że angażujecie wszelkie siły i środki, aby to się udało. Odpieracie ataki medialne, prowadzicie grę polityczną, macie ułożoną strategię, nie śpicie po nocach – pełna mobilizacja. Ale po tej drugiej stronie, rządowej... beton. No, beton... Nic nie można wytłumaczyć tym ludziom. Jakby grochem o ścianę.

Podczas tej Waszej walki zaczynacie dostrzegać, że w każdym ministerstwie, w kancelariach premiera i prezydenta, dosłownie wszędzie jest mnóstwo ludzi, którzy pełnią funkcje „dyplomatyczne”. Są na tzw. pierwszy ogień, po to, aby – jak to ładnie ujmują – „przygotować swojemu szefowi (np. ministrowi czy premierowi) materiał do właściwego spotkania”,

kiedy już będzie musiało do takiego spotkania dojść i dostąpić Państwo zaszczytu oglądania majestatu. Anegdoticznie dodam, że pod koniec tzw. protestu rezydentów spotkaliśmy się z ówczesnym ministrem w Kancelarii Premiera, który zaczął od słów: „*To jakie są wasze postulaty?*”. Po kilku miesiącach protestu gość przyszedł i zapytał, jakie są nasze postulaty! Ha, ha, ha! Dokładnie tak zareagowaliśmy – śmiechem. Dziś ten pan w ramach przegrupowania pracuje w Kancelarii Prezydenta. Oni się tak zamieniają stanowiskami (ci sami ludzie w kolejnych ministerstwach robią za „przygotowawczy temat”, będąc „dyplomatami na pierwsze zderzenie”). Jak widać zatem, nie zawsze ci dyplomaci są na pierwsze zderzenie, często są też po to, aby przedłużyć, zamęczyć przeciwnika, zamieszać, udawać, że coś się dzieje i „dialog trwa”.

Dziś za taką dyplomatkę postanowiła się przebrać pani prezydentowa. Zaprosiła do Pałacu Prezydenckiego posłanki z różnych partii politycznych (którym, jak same deklarują, tak bardzo zależy na problemie), żeby omówić nowe prawo oświatowe, oceniane przez ekspertów jako światopoglądowo ze skansenu, wprowadzające zasady rodem z PRL, autocenzurę i centralne sterowanie (nie ja to oceniam, bo tej ustawy nie czytałem, przytaczam tylko oceny). Panie posłanki pełne energii i złości poszły wytłumaczyć pani prezydentowej, dlaczego to prawo ma być zawetowane. I jaki proszę Państwa efekt spotkania? Uwaga, uwaga! Panie posłanki wzięły udział w konferencji prasowej, podczas której oznajmiły: „*Pani prezydentowa obiecała porozmawiać o tej ustawie ze swoim mężem, panem prezydentem!*”. No, nie. To jest realnie megamasakryczny przełom! Żona porozmawia z mężem! Jeszcze z nim o tym problemie nie rozmawiała, ale zdążyła porozmawiać ze wszystkimi posłankami klubów oraz kół politycznych i dobrze przygotowała temat na właściwe spotkanie pana prezydenta z opozycją!

Najgorsze jest to, że panie posłanki na konferencji prasowej były naprawdę podekscytowane, że coś się fajnego wydarzyło. Czyli nawet one, będąc lata w polityce, ubrały się w modus dyplomacji i dały się utumanić. Rolnicy po takim oświadczeniu wysypaliby przed Pałacem Prezydenckim kilka ton krowiego łajna. Takie dwa różne światy dyplomacji mamy. Który lepszy? ■



Fot. P. Biezoński

Zmiana na stanowisku dyrektora Domu Lekarza Seniora im. dr. Kazimierza Fritza zaszła pod koniec listopada ubiegłego roku. Dotychczasową szefową placówki Jolantę Czerniak zastąpiła **Aneta Alina Olszak**. Nowa dyrektor jest absolwentką Wydziału Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego. Ma prawie dwudziestopięcioletnie doświadczenie w pracy w charakterze terapeutki zarówno w placówkach dziennych, jak i opieki stałej. W przeszłości była m.in. kierownikiem terapeutycznym i opiekuńczym w domu pomocy społecznej. O planach względem DLS i wrażeniach z pierwszych tygodni pracy opowiadała w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

Zacznijmy od tego, co zastała pani w momencie rozpoczęcia pracy w Domu Lekarza Seniora?

Spotkałam tu bardzo życzliwych, empatycznych i dobrych ludzi. Staram się odplacać tym samym. Oczywiście, ciągle się jeszcze poznajemy – i z personelem, i z mieszkańcami. Myślę, że zbliżamy się ku sobie. Mam

przekonanie, które ukształtowali we mnie moi mentorzy, że człowiek zyskuje lub traci dopiero przy bliższym poznaniu. Ciągle jeszcze dajemy więc sobie czas, ale dotąd moje odczucia i nastawienie są bardzo pozytywne. Grunt do pracy jest wspaniały. Mam też nadzieję, że będę miała wiele okazji do wykazania się, zwłaszcza że zawód, który wykonuję, jest zawodem misyjnym.

Dlatego całe moje życie kręci się wokół niego. Na szczęście moja rodzina to akceptuje.

Dodam, że dobrze oceniam też proces przekazania mi kierownictwa placówki przez poprzednią dyrektor. Najpierw miałyśmy okazję spotkać się i porozmawiać w Ministerstwie Zdrowia, kiedy odbierałam nominację na stanowisko

dyrektora. Pani Czerniak obecna była także w DLS w pierwszym dniu mojej pracy, oprowadziła mnie po placówce. Uważam, że te rozmowy, ten czas dały mi bardzo dużo. Doceniam też wsparcie ze strony pozostałych pracowników. Mam poczucie, że komunikacja między nami jest dobra. Podkreślam jednak, że te kilka tygodni to zbyt krótki czas, aby wdrożyć się do pracy.

Pierwszy miesiąc wypełniony był wieloma formalnościami, bo rozpoczęcie mojej pracy zbiegło się z zakończeniem roku, które wiąże się z wyzwaniem organizacyjnymi. Poza tym okres świąteczny, trudny szczególnie w związku z ograniczeniem spotkań z bliskimi przez pandemię, spowodował, że trzeba było się skupiać na „tu i teraz”, a nie na myśleniu o perspektywach na przyszłość. Mimo wszystko starałam się już poznać potrzeby pensjonariuszy.

Jaka jest pani wizja rozwoju placówki?

Mam wizję działania holistycznego. Żeby widzieć kompletne spektrum potrzeb podopiecznych. I zaspokajając je, cały czas pamiętając, że mamy do czynienia z drugim człowiekiem. Zdaję sobie sprawę z tego, że nie jest to sformułowanie wprost odnoszące się do organizacji działania DLS, ale ta terapeutyczna strona działania to coś, od czego trudno mi się oderwać. Zresztą nie zamierzam, bo taką mam filozofię pracy. Dla mnie całość stanowią zarówno potrzeby fizjologiczne, jak i psychologiczne. W oparciu o nie chcę przeprowadzić diagnozę potrzeb pensjonariuszy. Cieszę się, że w tym zakresie mam okazję współpracować ze świetnymi paniami psycholog i terapeutką. Ta diagnoza, mam nadzieję, pozwoli nie tylko kontynuować owocne dotąd metody współpracy z pensjonariuszami, ale dać też pewien powiew świeżości i pole do realizacji moich pomysłów.

Chciałabym podkreślić, że jestem zwolenniczką małych kroków. Stawiając

małe kroki, mamy gwarancję stabilności. Trudno przeprowadzać zmiany skokowe, skoro nie tylko ja muszę się zapoznać z ośrodkiem, ale także obecne tu osoby powinny się oswoić ze mną. I właśnie małymi krokami będziemy to realizować.

Ile czasu w pani opinii może zająć ta diagnoza?

Myszę, że po trzech miesiącach od rozpoczęcia pracy powinnam już móc ją postawić. Oczywiście, pewien pogląd na sytuację już mam, ale jeszcze trochę czasu na to potrzeba.

Jaki to pogląd?

Można powiedzieć, że zamyka się w stwierdzeniu „ludzie wszędzie są tacy sami”. Myszę, że ich potrzeby są

cy Domu Lekarza Seniora także przychodzą do mnie. Wręcz garną się do rozmowy. Dlatego mogę powiedzieć, że rozmawiamy cały czas.

Niemal rok temu Dom Lekarza Seniora został bardzo silnie dotknięty przez epidemię COVID-19. Wypada więc zapytać, jak dziś kształtuje się sytuacja, zwłaszcza w kontekście obaw o przebieg kolejnej fali związanej z wariantem Omikron.

Na szczęście w tej chwili nie mamy w DLS żadnych zachorowań [wywiad przeprowadzony został 10 stycznia – przyp. red.]. Myszę, że to już bardzo dużo mówi. Rzecz jasna reżim sanitarny jest nieustannie przestrzegany. Niestety, podczas pandemii nie wszystko da się przewidzieć, ale mam przekonanie, że jesteśmy dobrze przygotowani na Omikron.

Czy można powiedzieć, że rozpoczęły się już działania o charakterze administracyjnym, podjęte z pani inicjatywą, a nie wcześniej zaplanowanego harmonogramu?

Tak. Właśnie zakończyliśmy remont łazienki na parterze. To małe przedsięwzięcie, ale zrealizowane właśnie z mojej inicjatywy. Będę się także starała pozyskiwać środki na kolejne zadania. Mam w planach

np. stworzenie pokoju kąpielowego ze specjalną wanną, hydraulicznym podnośnikiem, opuszczaną do wody leżanką. Oczywiście, to niejedyny pomysł, ale mówiąc z przymrużeniem oka, nie chcę od razu odkrywać wszystkich kart.

Na koniec chciałbym zapytać o pani plany dotyczące wolnych miejsc w DLS.

W Domu Lekarza Seniora może mieszkać 116 osób, a obecnie jest ich 82. Kilka dni temu przyjęliśmy nawet kolejną osobę. Chciałabym w przyszłości podjąć działania promocyjne, mające na celu zachęcenie nowych osób do korzystania z naszych usług. ■

Fot. licencja OIL w Warszawie



zawsze podobne – potrzebują przede wszystkim kontaktu z drugim człowiekiem, ciepła i bezpieczeństwa. W mojej opinii poziom zaspokajania potrzeb w zakresie opieki medycznej jest obecnie wysoki. Podobnie jak opieka psychologiczna. Ale ważne jest dla mnie, by dowiedzieć się od mieszkańców, jakie są ich indywidualne wewnętrzne potrzeby. Dlatego zaczęłam od odwiedzania każdego pensjonariusza w jego pokoju. Zajęło mi to trzy tygodnie. Oczywiście, nikomu nie chciałam się narzucać. Spotkania trwały po kilkanaście, ale nawet kilkadziesiąt minut. Z niektórymi podopiecznymi spotkałam się już więcej niż raz na takich rozmowach. Cieszę mnie, że mieszkań-



Postanowienia noworoczne

DARIUSZ PALUSZEK

wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Fot. P. Biezoński



Po okresie świąteczno-noworocznym wracamy do pracy. W tym numerze „Pulsu” chcę Państwu nakreślić najważniejsze plany Komisji ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie na 2022 r. To trzeci już rok z pandemią, ale nie porzucamy nadziei, że w ciągu następnych miesięcy wreszcie będziemy mogli wrócić do spotkań w trybie stacjonarnym.

Choć wszyscy chyba już przyzwyczailiśmy się do coraz powszechniejszego kontaktu online, ciągle w dobie COVIDU szukamy nowych możliwości współpracy z lekarzami. Plany mamy ambitne, ale oczywiście nie jesteśmy w stanie przewidzieć, jaka będzie sytuacja epidemiczna i państwowe obostrzenia. Na szczęście większość lekarzy jest w pełni zaszczepiona, dlatego liczymy na spotkania twarzą w twarz, szczególnie w drugiej połowie roku. Tym bardziej że takich bezpośrednich kontaktów bardzo nam brakuje.

W organizacji spotkań komisja wciąż współpracuje z licznymi towarzystwami naukowymi i instytucjami badawczymi. W ramach kooperacji z Oddziałem Warszawskim Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w tym roku ponownie organizujemy cykliczne konferencje szkoleniowe, które zawsze cieszyły się ogromnym zainteresowaniem. Trudno się zresztą dziwić, bo uczestniczyli w nich najlepsi w Polsce w swoich dziedzinach lekarze stomatolodzy. Tak będzie i tym razem. Już 19 lutego zapraszamy na pierwszą w tym roku naszą wspólną konferencję. Z uwagi na sytuację w kraju – kolejną dramatyczną zwyżkę liczby zachorowań na koronawirusa – odbędzie się ona online (zapisy przez naszą stronę internetową już trwają). Zaplanowaliśmy następujące wykłady:

- Postępowanie ortodontyczne u pacjentów po urazach zębów – dr hab. n. med. Ewa Czochorowska
- Obliteracja kanałów korzeniowych. Jak rozwiązać ten problem w aspekcie leczenia kanałowego? – lek. dent. Magdalena Sobecka-Frankiewicz
- Endodoncja w czasach implantów. Aktualne trendy i wskazania – dr n. med. Łukasz Suchodolski
- Zmiany w jamie ustnej po przebytej infekcji SARS-CoV-2 – dr n. med. Barbara Rafałowicz.

Kolejna konferencja odbędzie się w marcu z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej. Natomiast w czerwcu Komisja ds. Lekarzy Dentystów zaprosi na Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, które – jeśli wszystko się powiedzie – odbędą się nareszcie po dwuletniej przerwie (więcej informacji na sąsiedniej stronie).

W 2022 r. zamierzamy kontynuować współpracę z Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej. Nie da się ukryć, że nieraz obawiamy się leczenia pacjentów w wieku podeszłym z uwagi na możliwe powikłania. Są to w końcu osoby często obciążone chorobami ogólnonarządowymi. Dlatego współpracę z PTSG uważam za bardzo wartościową. Z drugiej strony będziemy też szukać kolejnych dróg współpracy z Polskim Towarzystwem Stomatologii Dziecięcej. Mamy nadzieję, że planowaną z PTSD konferencję uda się zorganizować stacjonarnie.

Wszystkie te działania wynikają z podejmowanych mimo trudności poszukiwań nowych ścieżek dotarcia do członków naszej izby z kształceniem ustawicznym. W tych działaniach otwieramy się zresztą nawet na lekarzy dentystów spoza OIL w Warszawie i na studentów uczelni medycznych.

W nowym roku także będziemy reagować na rodzące się z każdym dniem nowe wyzwania. Przykładem są zmiany podatkowe wynikające z Polskiego Ładu, a także inne zmiany prawne dotyczące organizacji pracy naszych gabinetów. Niemniej jednak zamierzamy stać na straży statusu zawodu lekarza dentysty i jakości kształcenia, by zapobiec próbom wyprowadzenia go z domeny kształcenia akademickiego. Nie możemy dopuścić do odłączenia nas od braci lekarskiej i uzawodowienia naszej profesji. Czasy, gdy stomatologia była tylko rzemiosłem, minęły bezpowrotnie i to dawno temu. Dziś to już pełnoprawna nauka. Musimy to podkreślać, by zapobiec traktowaniu nas jak „lekarzy drugiego sortu”.

Warto podkreślić, że obrona statusu lekarzy dentystów możliwa jest przede wszystkim w oparciu o samorząd zawodowy. Dlatego gorąco zachęcam do udziału w trwającej drugiej turze głosowania na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy (więcej informacji na str. 4). Musimy zadbać o silną reprezentację, by nasze sprawy w środowisku lekarskim były zauważane. A wszystkich zainteresowanych bieżącym działaniem Komisji ds. Lekarzy Dentystów zapraszam do odwiedzania naszej zakładki na stronie internetowej OIL w Warszawie i śledzenia naszej strony na Facebooku. ■

ZRÓBMY TO!

Koleżanki i Koledzy, naszym marzeniem jest, by wreszcie udało nam się spotkać w gronie lekarzy dentystów w naprawdę szerokim gronie.

Dlatego w ostatni weekend czerwca w Serocku (w hotelu Narvil) planujemy konferencję

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne.

Przed pandemią była to impreza coroczna. Niestety, w ubiegłym roku musieliśmy z niej zrezygnować. Tym razem jest szansa, że się uda.

Naszym uczestnikom proponujemy około 40 wykładów prowadzonych przez szefów towarzystw naukowych, konsultantów krajowych, profesorów, lekarzy o wybitnym dorobku naukowym i znakomitym doświadczeniu zawodowym.

Chcemy, by Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne były ponownie okazją do integracji, rozmów, wymiany doświadczeń.

Także doświadczeń z życia i pracy podczas pandemii i planów dalszego funkcjonowania w nowych realiach, wobec nowych wytycznych.

Konferencja odbędzie się pod kierownictwem naukowym prof. dr hab. n. med. Doroty Olczak-Kowalczyk, która jest dziekanem Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego i kierownikiem Zakładu Stomatologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a zarazem krajowym konsultantem ds. stomatologii dziecięcej.

Zapisy wkrótce za pośrednictwem strony internetowej izby w zakładce Punkty Edukacyjne > Szkolenia Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Zapraszamy!

Komisja ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

VII MAZOWIECKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE

24–26 czerwca 2022 r.
Serock, Hotel Narvil



WARSZAWSKI
UNIWERSYTET
MEDYCZNY

CENTRUM
KARIERY
LEKARZA

Zapisy na izba-lekarska.pl



Muzyka z sercem

W filmie naszej izby, przedstawiającym lekarską rzeczywistość, emocje w dużej mierze buduje muzyka. Jej twórca posłużył się m.in. motywem bicia serca. O inspiracjach, procesie twórczym i zależnościach między dźwiękami a nastrojem z kompozytorem **Bartoszem Chajdeckim** rozmawiała Renata Jeziółkowska.

Muzyka w filmie „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” odegrała kluczową rolę. Jak wyglądał proces twórczy od idei do efektu końcowego?

Kluczową rolę w filmie miał jednak Tomek Kot. Muzyka gra jedną z głównych ról, bardzo ważną. Spot jest nawiązaniem do filmu „Bogowie”, więc mieliśmy dość łatwy start. Tam też robiłem muzykę i wiedzieliśmy, że będziemy się obracać mniej więcej w tym samym klimacie. Powstały dwie wersje. Następnie, gdy zobaczyliśmy pierwsze wersje montażowe spotu, stwierdziliśmy, że chcemy w trochę inną stronę tę muzykę pociągnąć, więc dogrywaliśmy gitary. Cały proces trwał około dwóch tygodni.

Jak jest z reguły: najpierw są obrazy, później muzyka? Czy muzyka powstaje do zmontowanego obrazu?

Tu było dość specyficznie, z uwagi na krótką formę filmu. Jeśli chodzi o seriale produkowane w Polsce, muzyka zazwyczaj jest komponowana do pierwszego odcinka, czyli powstaje przed resztą odcinków serialu. Jeśli chodzi o film, zawsze muzyka jest tworzona do obrazu. Akurat z reżyserem Łukaszem Palkowskim zazwyczaj zaczynamy dość szybko pracować nad muzyką, bo Łukasz też z wyprzedzeniem ma wyobrażenie, jak będą wyglądały zdjęcia, i ma jakąś wizję tej muzyki. W tym wypadku wszystko działa się równole-

gle – mieliśmy trochę muzyki przed zdjęciami, a jak już nakręciliśmy obraz, dostosowaliśmy wszystko do tego, co zostało zrobione.

Co jest konieczne, by wczuć się w klimat, który ma zostać zilustrowany muzyką filmową?

Zawsze mówię, że to reżyser robi muzykę do filmu, kompozytor tylko służy reżyserowi, więc najważniejsze jest, czy reżyser ma wizję muzyki. Reżyser pracuje nad filmem pełnometrażowym trzy albo cztery lata, czasem pięć. I tyle czasu ma styczność z materiałem, z okresem przygotowawczym, wcześniej jeszcze ze scenariuszem itd. Kompozytor angażuje się w ten proces na trzy miesiące, więc trudno sobie wyobrazić, żeby wiedział lepiej, co jest potrzebne. Każdą scenę – i to już wielokrotnie udowodniłem producentom i reżyserom – można zilustrować na przynajmniej 15 różnych sposobów, w zależności od tego, co ktoś chce przekazać. Kompozytor dobiera tylko środki muzyczne. Myślę, że miałem szczęście, pracując z reżyserami, którzy zdawali sobie sprawę z tego, że oni kształtują tę linię. Ja mam tylko dostarczyć nuty, które tę linię emocjonalną wypełnią.

Bywa pan na planie zdjęciowym?

Rzadko. Raz się uparłem, żeby grać trupy w produkcjach, w których robiłem



muzykę. I tylko raz mi się to udało. To był dzień, w którym temperatura sięgnęła 37 st. C, i odechciało mi się takich pomysłów. Poza tym na planie każdy ma swoją rolę, więc osoba, która się tam pałęta, wszystkim przeszkadza. Czasami, jak reżyser mnie poprosi, żebym przyjechał, to przyjeżdżam, ale czuję, że to zbędne. Plan wygląda zupełnie inaczej niż efekt końcowy, to jest po prostu miejsce pracy.

Tutaj było specyficznie – zdjęcia kręcono na prawdziwym SOR. Pojawiły się sytuacje na podstawie scenariusza napisanego przez życie, trudne do przewidzenia.

Tak, rzeczywiście, akurat byłem wtedy na planie. Faktycznie ten plan był zdecydowanie specyficzny, napięcie było ogromne. W każdej chwili mogła przyjechać karetka z chorym na COVID i mogły się skończyć zdjęcia, mogła nastąpić błyskawiczna ewakuacja. Powtórzenie tego składu aktorskiego i znalezienie terminów, żeby wszyscy znowu mieli czas, graniczyłoby z cudem. Opatrzność nad klipem czuwała.



Fot. K. Borzytel

W utworze słyszymy różne efekty dźwiękowe, jest m.in. bicie serca. Czy inspiracją była medycyna, ludzki organizm?

Zdecydowaliśmy się na wykorzystanie pewnych charakterystycznych elementów, które były w „Bogach”. Wiedziałem, że w spocie ważnym elementem będzie tykający zegar. Zrobiłem muzykę w tempie 127 bodaj. I to jest taki mały trick. Polega na tym, że naturalnym tempem bicia serca, zegara i upływu sekund jest 60, a dwa razy szybciej to jest 120. Takim standardowym tempem w muzyce, od którego się wszystko zaczyna, jest – co naturalne – ludzki puls, czyli 120. I jeżeli wyszliśmy od 120 i minimalnie to przyspieszamy, podświadomie tworzymy napięcie. Poniekąd wychodziliśmy z ciała, bo tempo 60, ten puls 60, wychodzi z ludzkiego ciała, został też przełożony w pewnym sensie na zegar.

Jak bliska muzyce skomponowanej do „Bogów” jest muzyka do naszego filmu?

Niektórzy mówią, że bardzo bliska, niektórzy, że nie za bliska. Na pewno użyliśmy tego samego zestawu instrumentów, podobnej narracji. Wykorzystaliśmy też bicie serca, ale bicie serca jest w bardzo wielu utworach, więc nie jest to jakoś zarezerwowane dla „Bogów”. „Bogowie” byli bardziej „gitarowi”, a tutaj poszliśmy jednak nieco szerzej i w trochę większy skład smyczkowy, bo musieliśmy zmaksymalizować efekt emocjonalny w znacznie krótszym czasie.

Dużo osób było zaangażowanych w tę muzykę? Kto grał, jakie instrumenty?

Grały instrumenty smyczkowe, grały oczywiście gitary, akurat skład bandu był taki sam jak w „Bogach”. Nie eksperymentuję i pracuję z tymi samymi, znakomitymi muzykami. Jest Andrzej Olewiński,

który gra na gitarach, Wojciech Gumiński na basie, Robert Rasz na perkusji. No i zespół smyczkowy. Oczywiście, wkład mojego stałego reżysera dźwięku Michała Woźniaka jest bardzo duży.

Terapia muzyką – co pan o tym myśli?

Absolutnie w to wierzę, ale uważam, że nie da się zunifikować oddziaływania danych utworów. Ja np. jestem w stanie zabić przy muzyce disco polo. Ona nie jest relaksująca. Skoro wszyscy się przy niej dobrze bawią na weselach, a ja dostaję jakiegoś szału morderczego, to znaczy, że nie na wszystkich muzyka działa podobnie. Wierzę w terapię muzyką, wierzę przede wszystkim, że słuchanie dobrej muzyki, również klasycznej, potrafi inteligencję podwyższyć. Natomiast wydaje mi się, że klucz tkwi w tym, że żaden utwór nie działa na dwie osoby jednakowo.

A biorąc pod uwagę tryb pracy lekarzy, jaką muzyką im by pan polecił?

Heavy metal. Po nakręceniu tego spotu absolutnie coś między Rammstein... Ha, ha, ha! Ale wracając do pytania: taką, jaką każdy uzna za stosowne.

Czy na wyciszenie nastroju po dyżurze muzyka spokojniejsza, czy lepiej coś energetyzującego? Może są bardziej uniwersalne sposoby?

Wydaje mi się, że nie. Drugim przykładem, poza weselami i disco polo, jest masaż relaksacyjny. Masażysta chce być bardzo fajny i gdy wie, że przyjmuje muzyka, puszcza jazz. W momencie, kiedy muzyk słyszy jazz, natychmiast zaczyna analizować, uruchamia się cały mózg, wszystko się spina i to nie ma absolutnie żadnego sensu. 95 proc. osób przy jazzie w ogóle odpływa, bo nie ma żadnego procesu, który by kazał to analizować, natomiast muzycy reagują na to natychmiastowym uruchomieniem się wszystkiego w organizmie, więc naprawdę bardzo trudno określić, co jest dla kogo dobre. Wszystko zależy od sytuacji. Na początku, jak się pisze muzykę do filmu, to chce się przyporządkować motywy do postaci i to działa przez pierwsze 5 minut, przez następne 95 nie działa. Okazuje się, że kluczem są sytuacje, w których się te postaci znajdują. Wstajemy rano i w zależności od naszego nastroju raz będzie Rammstein, a raz Mozart, więc polecam każdemu muzykę taką, jaką lubi..., z wyjątkiem disco polo – to jest moje przesłanie. ■



– wywiad wideo Renaty Jeziótkowskiej z Bartoszem Chajdeckim



– film „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”



– audio – muzyka do filmu „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”

„Operacja szpital”

– relacja ze szkolenia

Tworzenie i działanie oddziałów wieloprofilowych, rola asystentów medycznych w systemie ochrony zdrowia oraz mediacje w podmiotach leczniczych – to tematy poruszone podczas bezpłatnego szkolenia dla dyrektorów medycznych szpitali, zorganizowanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie wraz z Polską Federacją Szpitali. Szkolenie odbyło się 13 stycznia.

Izba lekarska powinna być miejscem takich spotkań, bo lekarze i dyrekcje placówek to przecież jeden zespół – tak ideę szkolenia przedstawił prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski podczas otwarcia. Dodał, że spotkanie ma na celu nie tylko poszerzenie wiedzy uczestników, ale także nawiązanie relacji, które będą w przyszłości owocowały coraz lepszą współpracą.

Prezes Polskiej Federacji Szpitali prof. Jarosław Fedorowski podkreślił wartość wymiany doświadczeń. Doświadczeniami z pracy w szpitalu uniwersyteckim w amerykańskim stanie Vermont podzielił się w ramach pierwszego wykładu, poświęconego funkcjonowaniu oddziałów wieloprofilowych. Zwrócił uwagę na różnice w funkcjonowaniu polskich i amerykańskich placówek. Wyjaśnił, że w szpitalu, w którym pracuje, nie ma ścisłego podziału przestrzeni na części dla pacjentów z dolegliwościami wymagającymi opieki lekarzy poszczególnych specjalizacji. Zazaczył jednak, że takie placówki jak ta, której działanie omawiał, dyspo-

nują nieporównywalnie większymi środkami niż szpitale w Polsce, stąd możliwość umieszczenia przy każdym łóżku sprzętu pozwalającego właśnie na opiekę wieloprofilową. Temat oddziałów wieloprofilowych podjęli przedstawiciele NEO Hospital – jego prezes Joanna Szyman, dyrektor medyczna Józefa Job oraz zatrudniony w placówce chirurg prof. Tomasz Rogula.



W drugiej części szkolenia dr hab. Mariusz Siemiński i lek. Zuzanna Węglowska z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku przedstawiły doświadczenia z działalności placówki korzystającej z pracy asystentów medycznych, podkreślając zalety tego rozwiązania nie tylko w zakresie organizacji pracy, ale także m.in. jakości dydaktyki, ponieważ stanowiska asystentów obejmują niejednokrotnie młodzi adepci sztuki lekarskiej. Mariusz Siemiński udowodnił, że asystenci medyczni pozwalają wyeliminować pewne, wydawałoby się stałe, wady procesu przyjmowania pacjentów na szpitalnych oddziałach ratunkowych, chociażby dzięki zwiększeniu efektywności triażu.

Fotografie: K. Boryszel

Ostatnia część „Operacji szpital” została poświęcona mediacjom w podmiotach leczniczych. Słowo wstępne wygłosiła rzecznik praw lekarza Monika Potocka. Korzyści

z zastosowania tej metody rozwiązywania sporów przedstawiła dr n. pr., lek. Iwona Wrześniewska-Wal, która podkreśliła m.in., że jest to sposób znacznie skracający postępowania. – *Sprawy karne trwają przeciętnie 3–4 lata. Dla obu stron procesu to ogromny stres* – stwierdziła. Dodała, że mediacje pozwalają na rozwiązywanie konfliktów bez naruszania fundamentów relacji lekarz – pacjent. – *W postępowaniu sądowym jest to niemożliwe. Zwłaszcza postępowanie dowodowe powoduje, że więź między lekarzem a pacjentem ulega całkowitemu zniszczeniu. Tymczasem w przypadku mediacji jest inaczej* – wyjaśniła. Zdaniem Iwony Wrześniewskiej-Wal szczególnie w przypadku mniejszych ośrodków miejskich, gdzie nie ma takiej anonimowości jak w dużych miastach, mediacja pozwala uniknąć dyskomfortu związanego z osobistym spotkaniem stron. O doświadczeniach i praktycznych aspektach mediacji mówili także radca prawny, mediator, dr n. pr. Grzegorz Frączek oraz adwokat Przemysław Rawa-Kłoczek. Grzegorz Frączek zaprezentował niektóre metody prowadzenia mediacji i zaplecze pracy mediatora, m.in. kwestie, jakie zwykle padają z ust moderujących takie spotkania. Przemysław Rawa-Kłoczek przywołał różne sytuacje sporne z udziałem lekarzy oraz zwrócił uwagę na poszczególne ścieżki postępowania i ich czasochłonność.

Moderatorką szkolenia była rzecznik prasowa OIL w Warszawie Renata Jeziółkowska. Dyrektorom medycznym wręczono certyfikaty uczestnictwa.

Michał Niepytalski



II Konkurs Fotograficzny dla lekarzy i lekarzy dentystów

Kategorie:

 „Moje miasto”,

 temat dowolny.

Termin nadsyłania prac mija 31 maja 2022 r.

Zasady uczestnictwa



dostępne również na stronie:
www.izba-lekarska.pl



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niełubowicza

Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie

Kurs samoobrony dla lekarzy

Komisja ds. Sportu ORL zorganizowała cykl treningów dla członków naszej izby. 12 stycznia, podczas pierwszego spotkania, lekarze poznali podstawowe zasady postępowania w obliczu zagrożenia, agresji fizycznej, której niestety nierzadko doświadczają w swojej pracy.



Prowadzący zajęcia Borys Czyhin, były funkcjonariusz służb specjalnych, instruktor bojowych systemów walki wręcz oraz specjalista ds. bezpieczeństwa, podkreślił, że samoobrona to przede wszystkim unikanie starcia z napastnikiem, a w razie konieczności umiejętność wykorzystania sposobów neutralizowania zagrożenia.

Na pierwszym treningu lekarze ćwiczyli podstawowe metody obrony i ogłuszania napastnika, które pozwalają zminimalizować konsekwencje napaści. Tego typu zajęcia są również okazją do rozładowania stresu i stanowią urozmaicenie zajęć sportowych. Były ćwiczenia z tarczami oraz elementy treningu ogólnorozwojowego. Co czeka uczestników podczas kolejnych zajęć? – *Następne spotkania poświęcimy nauce obrony przed chwytami za ubranie i zadawania podstawowych ciosów. Uczestnicy przećwiczą działania neutralizujące zagrożenie w miejscu pracy, w pomieszczeniach i w przestrzeni publicznej. Dowiedzą się, jak utrzymywać dystans do napastnika, ustawiać się w pomieszczeniu oraz*

wykorzystywać ciągi komunikacyjne i infrastrukturę dla zwiększenia własnego bezpieczeństwa – powiedział trener Borys Czyhin. – Podczas kolejnych treningów nauczą się m.in. sposobów amortyzowania upadku, obrony przed obchwytemi tułowia, duszeniami i ciosami. Lekarze biorący udział w kursie dowiedzą się również, jak wykorzystać punkty vitalne na ciele przeciwnika, by zyskać przewagę. Absolwenci kursu będą umieli rozpoznać i ocenić ryzyko napaści, uchronić się przed urazami oraz zakończyć sytuację kryzysową szybko, bezpiecznie i zgodnie z prawem.

Kurs składa się z ośmiu spotkań. Ostatnie zaplanowane jest 2 marca. Szkolenie z samoobrony to reakcja na informacje przekazywane przez lekarzy o różnych formach agresji wobec nich oraz poczuciu zagrożenia wynikającego z hejtu.

Z uwagi na duże zainteresowanie projektem planujemy kolejne kursy. O zapisach będziemy informować. W przedsięwzięciu mogą brać udział wyłącznie osoby zaszczepione. ■ **ab**



Fotografie: A. Boguski

„Operacja równowaga”

13 stycznia zakończył się cykl webinarów pt. „Operacja równowaga”. Tematem czwartego spotkania online była depresja. Tym razem pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków Magdalena Flaga-Łuczkiwicz gościła dr. Piotra Krawczyka, psychiatrę i psychoonkologa specjalizującego się w zwalczaniu zaburzeń nastroju oraz snu.

Spotkanie poświęcono w głównej mierze refleksji nad sytuacjami w codziennej pracy lekarza, które mogą doprowadzić do depresji. Podczas dwugodzinnej rozmowy uczestnicy dowiedzieli się m.in., jak rozpoznawać depresję, jakie są klasyczne postaci zespołu depresyjnego, a które wskazują na depresję atypową. Poruszono również kwestię różnic w obrazie klinicznym depresji u kobiet i u mężczyzn oraz rodzaju jej objawów u osób tzw. wysoko funkcjonujących. Specjaliści wskazali, jakie nieoczywiste sytuacje skłaniają do zdiagnozowania depresji oraz które objawy są szczególnie niepokojące i wymagają pilnej interwencji.

Na zakończenie spotkania prowadzący odpowiadali na pytania uczestników. ■

eg, ab



Fot. A. Ścibisz

Wigilia lekarzy seniorów

Po dwuletniej przerwie lekarze seniorzy spotkali się na Wigili zorganizowanej 20 grudnia przez OIL w Warszawie.

Świąteczny nastrój, okazja do wspomnień, miłe chwile wprowadzające w Boże Narodzenie. Około 50 osób wzięło udział w spotkaniu w Klubie Lekarza Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Lekarską Wigilię rozpoczęły życzenia złożone w imieniu naszej izby przez rzecznika praw lekarza Monikę Potocką, przewodniczącą Komisji Lekarzy Seniorów Włodzimierza Cerańskiego oraz skarbnika ORL w Warszawie Jana Kowalczyka. Zachęcali także seniorów do korzystania ze wsparcia samorządu lekarskiego.

O nowym, realizowanym we współpracy z PCK projekcie izby skierowanym do wymagających pomocy starszych lekarzy, członków OIL w Warszawie, opowiadała przewodnicząca Rady Funduszu Samopomocy i członek zarządu

Fundacji Pro Seniore Mery Topolska-Kotulecka. Przypomniała o działalności fundacji i podejmowanych przez nią inicjatywach, takich jak dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych i zakupów wyrobów medycznych.

Po złożeniu życzeń i podzieleniu się opłatkiem wszyscy seniorzy zostali zaproszeni do wigilijnego stołu. Każdy uczestnik spotkania otrzymał świąteczny upominek. ■

ab

Zima na słodko



Ostatnim w 2021 r. izbowym wydarzeniem były trzecie warsztaty „Cztery pory smaku”. Alicja Baska rozprawiła się z mitami dotyczącymi zdrowego odżywiania oraz prezentowała propozycje naturalnie słodkich zimowych potraw.

Wykładu można było wysłuchać w siedzibie izby oraz online. Uczestnicy dowiedzieli się, jak w dniach, w których brakuje nam słońca, odnaleźć pełnię zdrowych barw na talerzu. Druga część spotkania polegała na praktycznym wykorzystaniu wiedzy zdobytej podczas wykładu. W trakcie półtoragodzinnych zajęć lekarze komponowali własne posiłki.

Cykl wykładów „Cztery pory smaku” stworzony został z myślą o popularyzacji medycyny kulinarnej. Już teraz zapraszamy na ostatnie, wiosenne warsztaty. O terminie zajęć i zapisach będziemy informować w mediach społecznościowych i w „Pulsie”. ■

ab

Lekarski budżet partycypacyjny



Wsparcie lekarskich pomysłów

Zagłosuj

- ◆ Głosowanie – do 20 marca. Informacje o początku głosowania zamieszczone są na stronie internetowej OIL w Warszawie.
- ◆ By zagłosować na dany projekt, wystarczy na stronie OIL wybrać opcję „Głosuj na projekt”.

Wyniki głosowania

- ◆ Informacja o wynikach głosowania zostanie podana na stronie internetowej OIL w Warszawie do 27 marca.
- ◆ Warunkiem przyznania dofinansowania jest podjęcie przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie uchwały o wyrażeniu zgody na sfinansowanie danego projektu.
- ◆ Realizacja zwycięskich projektów rozpocznie się w kwietniu i potrwa do końca bieżącego roku.



#W_ETERZE

W tym numerze „Pulsu” podsumowujemy aż dwa miesiące obecności przedstawicieli naszej izby w mediach. Jest to więc przekrój wiedzy z okresu od szczytu czwartej fali epidemii do początku piątej. Lekarze z OIL w Warszawie wypowiadali się jednak nie tylko na temat epidemii i walki z nią, lecz także o problemach systemu ochrony zdrowia. Wydawać by się mogło, że w tak długim okresie wiele się zmieniło. Okazuje się jednak, że apele w obliczu bezczynności decydentów polskiej ochrony zdrowia muszą w zasadzie pozostać takie same.

CZWARTA I PIĄTA FAŁA KORONAWIRUSA

Na początku grudnia w programie „Pytanie dnia” **Polsat News** Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, odniósł się do dyskusji o paszportach covidowych: – *Lekarze są w ponad 95 proc. grupą zaszczepioną. Wyobraźmy sobie sytuację, że przy łóżku naszej mamy czy babci staje lekarz, który jest niezaszczepiony. Mógłby sprowadzić na taką osobę śmiertelne zagrożenie zakażenia koronawirusem. Stąd konieczność sprawdzania certyfikatów, czy ktoś jest bezpieczny w pewnych grupach zawodowych.*

Również w **Polsat News** prezes ORL mówił o niewystarczającej pomocy systemowej dla medyków: – *Czujemy się na wojnie z koronawirusem osamotnieni. Gdyby codziennie spadał jeden samolot i rozbiły się cztery autokary, a rządzący nie mówili absolutnie nic, czy akceptowalibyśmy twierdzenie Ministerstwa Zdrowia, że ono walczy?*

W tej samej stacji Paweł Doczekalski, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy, mówił o opieszałości rządzących: – *Obostrzenia powinny już dawno obowiązywać. Obowiązek szczepień ma być dopiero od marca. Czyli tak naprawdę przygotowujemy się chyba na piątą falę. Zachęcanie do szczepień loterii nie poskutkowało. Tymczasem rozbijamy się o tę falę.*

Na łamach tygodnika „Przegląd” Łukasz Jankowski odpowiedział na zadane w sondzie pytanie, kto powinien wziąć odpowiedzialność za nadmiarowe zgony w czasie pandemii: „*To zły moment na takie pytania, bo jesteśmy w środku wojny. Teraz ktoś powinien podnieść rękawicę, a nie dzieje się nic. Rządzący nie tyle udają, że nie ma problemu, co – w mojej ocenie – podjęli świadomą decyzję, kładąc na jednej szali jakość życia obywateli, czyli kolejny lockdown, a na drugiej nadmiarowe zgony*”.

W głównym wydaniu „Wydarzeń” na antenie **Polsatu** wiceprezes ORL Tomasz Imiela podkreślał znaczenie testowania pacjentów w kierunku COVID-19: – *Pacjenci traktują kwarantannę jak dopust boży, negują jej znaczenie. Testy to jest niezwykle ważny element powstrzymania szerzenia się pandemii.*



W „Faktach po faktach” **TVN24** prezes ORL mówił o nieprzygotowaniu rządowych rozwiązań na czwartą falę: – *Wprowadzane obostrzenia są albo bez sensu, albo tak spóźnione, że sensu nie będą miały. System był już zdemolowany, na to nałożyła się pandemia, potem porażka programu testowania i porażka programu szczepień. Walczymy, walczą pacjenci. Ale rząd tej walki nawet nie podejmuje. Rządzący traktowali głos lekarzy jak głosy niepokojów społecznych. Do czwartej fali doszliśmy nieprzygotowani.*



W rozmowie z radiem **TOK FM** Łukasz Jankowski opisywał m.in. sytuację medyków i pacjentów zmagających się na co dzień z COVID-19: – *Z jednej strony widzimy tragedie, płacz rodzin, walczymy z całym światem i często przegrywamy. Z drugiej strony słyszymy ministra, który w karkołomny sposób próbuje tłumaczyć, dlaczego nie będzie obostrzeń, dlaczego nie należy drażnić niezaszczepionych. Pacjenci trafiający na oddział covidowy mówią: nie wiedzieliśmy, że takie są warunki, że instalacja tlenowa aż piszczycy, bo przez dwa lata była obciążona bardziej niż wcześniej przez trzydzieści lat, że brakuje medyków, a ci którzy są, są skrajnie przemęczeni. Podkreślają: daliśmy się oszukać narracji antyszczepionkowej i uśpić przez bierność rządzących.*

Paweł Doczekalski przestrzegał na antenie **Polsat News** przed organizowaniem masowych imprez sylwestrowych: – *W sylwestra pandemia nie będzie miała wolnego. Jeśli będziemy się spotykać na wielotysięcznych koncertach, trzeba jasno powiedzieć, że liczba zakażeń wzrośnie, co pewnie zobaczymy w ciągu pierwszych dwóch tygodni stycznia. Już teraz personel medyczny jest bardzo przeciążony.*

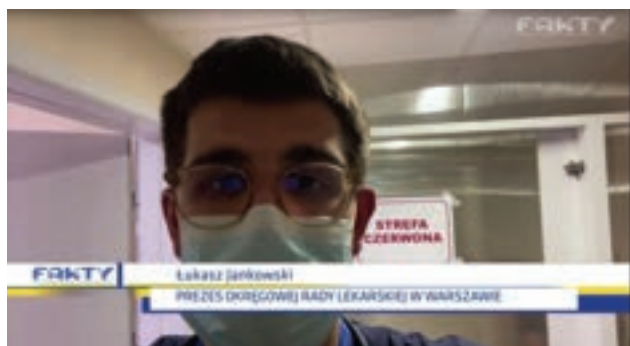
W głównym wydaniu **Faktów TVN** Paweł Doczekalski odniósł się do kwestii otwierania kolejnych oddziałów covidowych: – *Kto tam będzie pracował? Niestety, personelu medycznego nie rozmnożymy, tutaj jest największy problem.*



W **TVN24** Paweł Doczekalski mówił o braku odpowiednich obostrzeń: – *Restrykcji jak nie było, tak nie ma. Zabawy się odbywały, sylwester został wyjęty poza nawias, żadne obostrzenia nie obowiązywały, również na to trzeba zwrócić uwagę.*

W **Polsat News** komentował również najnowsze pomysły rządu na walkę z piątą falą: – *Nie ma wystarczająco dużo lekarzy. Nie ma też takiej potrzeby, żeby każdy pacjent był zbadany osobiście. Nie rozumiem, dlaczego ustalono granice 60 plus. Tak naprawdę to jest grupa najlepiej wyszczepionych osób. W tej fali omikronowej chorują dużo młodszy i dużo ciężiej.*

Między innymi w „**Faktach TVN**” prezes ORL zwrócił uwagę na konieczność odpowiedzialnej postawy wobec pandemii koronawirusa: – *Teraz potrzebna jest chyba nie żałoba narodowa nad tym, że jest gorzej i że mamy kolejne rekordy zgonów, tylko narodowa mobilizacja. Potrzebna jest narodowa mobilizacja wobec bierności rządzących, właśnie po to, żeby „Sylwester marzeń” nie stał się „Sylwestrem zakażeń”. W innym wydaniu „Faktów” Łukasz Jankowski komentował opieszałość rządzących w sprawie walki z pandemią: – *Dziwię się, że rządzący – mimo że mamy tak dużą liczbę zgonów i tak złą sytuację pandemiczną – wstrzymują się z jakimikolwiek decyzjami i obserwują sytuację, zamiast działać.**



Prezes ORL rozmawiał o aktualnych problemach oddziałów szpitalnych z **Onet Rano**: „*Nakładają się na siebie wszystkie fale. W tej sytuacji ministerstwo mówi: »Będzie 60 tys. łóżek dla pacjentów covidowych«. Dla nas to brzmi trochę jak wyzwanie: »idzie armagedon, ale radźcie sobie sami, pacjenci i radźcie sobie sami, lekarze«”.*



W „Wydarzeniach” **Polsatu** Łukasz Jankowski komentował brak skuteczności rządowych działań w walce z pandemią: – *Nie słychać, żeby rządzący zajmowali się tym tematem na poważnie. Gdzieś zniknęły pomysły na obostrzenia lokalne, na dzielenie powiatów na zielone, żółte i czerwone strefy. Zostaliśmy sami na tej wojnie. Również w „Wydarzeniach” prezes ORL odniósł się do konferencji prasowej ministra zdrowia dotyczącej piątej fali: – *Nie usłyszeliśmy nic o programie szczepień ochronnych, o wzmocnieniu tego programu, o szczepieniach obowiązkowych w niektórych grupach zawodowych. Wydaje mi się, że rozesłanie maseczek nie jest rozwiązaniem problemu.**

– *Trzeba zaapelować do rządzących o odwrócenie priorytetów. Nie system blokowania, czyli system izolacji i kwarantanna, ale system przepustek. Nie czerwone światła, ale zielone światła – paszporty covidowe i walka o wyszczepienie populacji – podkreślał na antenie **TOK FM** Łukasz Jankowski.*



Prezes ORL w popołudniowym paśmie **TVN24** przedstawiał aktualną sytuację personelu medycznego i możliwości placówek szpitalnych: – *W szpitalach nie mamy dzisiaj zbędnych łóżek ani zbędnego sprzętu. Wszystko jest wykorzystane. Jeżeli fala przybierze na sile i będziemy musieli przyjmować do szpitali więcej pacjentów covidowych, odbędzie się to kosztem pacjentów niecovidowych. Należy dziś zdecydowanie postawić na wprowadzenie paszportów covidowych, jednocześnie na wymuszenie obowiązku szczepień nie tylko grupy medyków, lecz także innych grup zawodowych.*

W **TVN24** Łukasz Jankowski komentował konferencję rządu dotyczącą przeciwdziałania skutkom piątej fali koronawirusa: – *Trudno mówić o samych łózkach, bez lekarzy. To trochę jakby mówić o samolotach bez pilotów. Jest nas dzisiaj w Polsce proporcjonalnie mniej niż w jakimkolwiek kraju UE, również lekarzy POZ jest za mało w stosunku do potrzeb. Oczekiwaliśmy wszyscy programu promocji szczepień ochronnych, a usłyszeliśmy polityczną promocję „Polskiego Ładu”.*



SZCZEPIENIA PRZECIW COVID-19

Na łamach portalu **Prawo.pl**. Tomasz Imiela podkreślał znaczenie obowiązkowych szczepień przeciw COVID-19 wśród medyków: „*Ta droga, którą można roznosić zakażenie COVID-19 w szpitalach i placówkach ambulatoryjnych przez personel, zostałaby przecięta*”.

Łukasz Jankowski w **TVN24** mówił o zachęcaniu do szczepień: – *Zachęcać osoby niezaszczepione najlepiej jest na własnym przykładzie. Widać, że to działa. Niedawno kolega napisał do mnie z pytaniem, czy zaszczepić swoje pięcioletnie dziecko. Odesłałem mu zdjęcie mojego syna z certyfikatem i to rozwiało jego wątpliwości. W mojej ocenie zastęgnięto w oczekiwaniu na piątą falę. Szczepienia mają sens także w walce z wariantem Omikron. Nie rezygnujemy z tej tarczy.*

Prezes ORL w audycji radia **TOK FM** podkreślał rolę medyków w codziennych kontaktach z pacjentami w celu promocji szczepień: – *Osoby niezaszczepione nie zawsze są antyszczepionkowcami. Są ofiarami tego, co się stało, jeśli chodzi o edukację. Sami pacjenci na pytanie, dlaczego się nie zaszczepili, mówią: „Doktorze, ja nie wiedziałem, dlaczego powinienem”; „Myślałem, że sam się ochronię”; „Nie trafiłem na lekarza, który usiadłby ze mną na 15 min, porozmawiał”.*



PRAWO I SYSTEM OZ

W programie „Tak jest” **TVN24** Paweł Doczekalski wziął udział w dyskusji m.in. o alternatywnych „terapiach” medycznych: – *Niestety, niektórzy wierzą w alternatywne „terapię”, a nie wierzą w naukę. Ja od razu odradzam i zaznaczam w rozmowie z pacjentem, że takie „terapię” po prostu nie działają. Najczęściej jest to sposób wyłudzenia pieniędzy.*

Łukasz Jankowski w podcaście „Zdrowie w rozmowie” **Rynku Zdrowia** zwracał uwagę na problem zalewu mediów medycznymi fake newsami: „Najlepszą metodą walki z tym zjawiskiem są dobre relacje pacjenta ze swoim lekarzem”. Fragmenty rozmowy z cyklu „Zdrowie w rozmowie” o technologiach medycznych z prezesem ORL cytował także portal **Cowzdrowiu.pl.**: „Dobry lekarz dziś za chwilę dobrym lekarzem będzie wtedy, kiedy będzie umiał obsłużyć narzędzia AI i będzie do ich analiz podchodził krytycznie”.



W audycji „Jest sprawa” **Radia dla Ciebie** prezes ORL mówił o usprawiedliwianiu pandemią długotrwałych zaniedbań: – *Na nieprzygotowany system OZ, o którym my, lekarze, mówiliśmy i alarmowaliśmy, nałożyła się pandemia. Jesteśmy na szarym końcu Europy, jeżeli chodzi o przygotowanie i testowanie, jesteśmy zaś na podium, jeżeli chodzi o zgony na COVID-19 i nadmiarowe. Ale w mojej ocenie używamy też pandemii, my jako społeczeństwo, lekarze i rządzący, do tego, żeby wytłumaczyć sobie to, co dzieje się w OZ.*



W **Polsat News** Łukasz Jankowski przestrzegał przed pogłębianiem się problemów wynikających z nieprzygotowania systemu do pandemii: – *Część oddziałów przekształcono w covidowe. Na nich są jeszcze wolne miejsca, ale szukający pomocy na SOR pacjenci niecovidowi nie mogą być na te łóżka przeniesieni. Martwię się, gdzie znajdą pomoc chorzy na inne choroby niż COVID, jaki dług zdrowotny znów zaciągamy.*

Na łamach **Medycy Praktycznej** prezes ORL podkreślał konieczność wprowadzenia systemu *no-fault*: „*Minister sprawiedliwości daje do zrozumienia, że nie zgadza się na żadną formułę systemu no-fault. (...) Dla nas nie ulega wątpliwości, że słowo »dziadostwo« trafnie określa system ochrony zdrowia w Polsce w jego różnych aspektach. Lekarze wielokrotnie zwracali na to uwagę, na długo przed pandemią. Teraz zbieramy gorzkie owoce”.*

Tomasz Imiela z portalem **Polityka Zdrowotna** rozmawiał o sprawach covidowych w sądach lekarskich: „*Czujemy presję i napięcie. Trudno się w takich warunkach pracuje. Jednocześnie rozumiem frustrację pacjentów i ich bliskich, którzy nie dostali się do lekarza czy byli zbyt późno zdiagnozowani”.*

Wiceprezes ORL również w radiu **RDC** alarmował o malejącej liczbie szczepień przeciwko innym groźnym chorobom, jak odra czy krztusiec: – *Wiele osób kwestionuje ich zasadność, twierdząc, że choroba nie jest groźna, a szczepionki mogą wywoływać powikłania. Dane naukowe zdecydowanie dowodzą, że te szczepienia są bezpieczne, a choroby, przed którymi się bronimy, są groźne.*



Rynek Zdrowia i Podyplomie.pl informowały o piśmie, jakie wystosowała rzeczniczka praw lekarza OIL Monika Potocka, do MZ w celu wyjaśnienia zasad naliczania tzw. dodatków covidowych dla lekarzy.



„JESTEM LEKARZEM, JESTEM CZŁOWIEKIEM”

W „Wydarzeniach” **Polsatu** lekarze z naszej izby mówili o warunkach pracy medyków w kontekście kampanii społecznej OIL. – *Po drugiej stronie jest pacjent, który nie zawsze rozumie to, co go spotyka, że musi czekać, że to nie jest wina personelu, tylko właśnie tego, że system niestety stwarza nieraz bardzo trudne warunki – wskazał Tomasz Imiela. – Jesteśmy przepracowani, jest nas za mało, obowiązki nas przytłaczają. Jesteśmy sekretarkami medycznymi – dodał Paweł Doczekalski.*

O kampanii OIL oraz o problemach dotyczących lekarzy była mowa na łamach portalu **Prawo.pl.** „*Lekarz musi zmagać się z niedomogami systemowymi kosztem czasu dla pacjentów. Pacjentom trudno wyobrazić sobie emocje wynikające nie tylko z odpowiedzialności i troski o pacjenta, ale też z systemowych ograniczeń i uciążliwości, które nie raz powodują bezsilność i blokują lekarzom możliwość działania – podkreślała Renata Jeziólkowska, rzeczniczka OIL. „W pracy lekarza w pandemii o traumatycznych doznaniach mówimy np., kiedy musi przejść po oddziale i zadecydować, które osoby podłączyć do aparatury, a które nie, ze względu na ograniczoną ilość sprzętu, gdy psuje się instalacja tlenowa, i nic się nie da zrobić, przez co pacjent umiera. To skutkuje czymś, co po angielsku określamy »moral injury«” – tłumaczyła Magdalena Flagaj-Łuczkiwicz, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków. ■*





Fot. archiwum

a i tak na końcu pojawi się odpowiedź: – *No tak, rozumiem, ale mój szwagier...* albo: – *Ekspert antyszczepionkowy powiedział...* I dlatego, w pewnym stopniu, takie działanie jest skazane na niepowodzenie. Trzeba jednak próbować.

Mówić językiem prostym? Czy większe zaufanie wzbudzamy, posługując się językiem specjalistycznym, fachowym? A może łączyć oba?

Odpowiednia dawka wiedzy

Osoby, które nie chcą się zaszczepić, podpierają się różnymi powodami. Bardzo często ich postawa wynika z braku wiedzy, szerokiej edukacji i z podatności na fałszywe alternatywne teorie. Najlepsze argumenty za szczepieniem są oparte na nauce i logice. O tym, w jaki sposób przekonywać osoby nieprzekonane, z **Maciejem Orłosiem** rozmawiała Renata Jeziótkowska.

Jak prowadzić w mediach rozmowy o szczepieniach, by promocja szczepień była bardziej efektywna?

Jak najbardziej klarownie odpowiadać na pytania. Przypominam sobie materiał w jednej z gazet czy na portalu: „*Oto 21 odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania oraz argumenty przedstawiane przez antyszczepionkowców*”. W tekście doktor, ekspert, klarownie, merytorycznie i jednoznacznie obalał punkt po punkcie argumenty podważające wartość szczepień. Nie można zakładać, że wszyscy wszysko wiedzą. Nie ma co się ludzić, że skuteczność szczepień jest 100-proc., ale w jakimś stopniu jest – argumentacja podana w ten sposób dociera do wielu osób. Racjonalne, potwierdzone naukowo argumenty. Niestety, zauważyłem, że ludzie, którzy podważają sensowność szczepień, typowi antyszczepionkowcy, są odporni na wszelkie argumenty. Można się powoływać na najwyższe autorytety, przytaczać dowody naukowe, tłumaczyć maksymalnie logicznie i jasno,

łączyć, tzn. używać eksperckich, specjalistycznych określeń, ale od razu tłumaczyć „ludzkim” językiem, co one oznaczają. Jak w rozmowie lekarza z pacjentem: – *Dolega panu...* Tu padają naukowe określenia i pacjent nic nie rozumie, a wtedy lekarz mówi: – *Potocznie mówi się tak, polega to na tym i na tym.* Dobre jest też używanie danych, które powinny trafiać do wyobraźni, są bardzo wyraziste i wymowne. Przykładowo (co było kiedyś na plakatach): dziewięćdziesiąt kilka procent osób, które trafiają do szpitali z COVID-19, to osoby niezaszczepione. Tego typu dane i zestawienia powinny docierać do odbiorców, podobnie jak *human story* – opis konkretnego przypadku, opowieść konkretnej osoby, która była niezaszczepiona albo była antyszczepionkowcem, trafiła do szpitala, miała powikłania... Inna sprawa, że mam wrażenie, iż w statystykach czasami pojawiają się niejasności. A to niedobrze, bo rozmydlają sprawę i dają argumenty drugiej stronie. Gdy w podawanych liczbach występują różnice i nie zostają wyjaśnione,

powstaje pole do nadużyć. Przykładowo: słyszymy, że jakiś odsetek chorych to osoby zaszczepione, a później, że jednak odsetek jest większy i nie wiemy dlaczego. A powinniśmy mieć wytłumaczone, że na różnice w danych wpływa liczba dawek, czas od ostatniej dawki, nowy wariant wirusa, którym łatwiej się zakazić.

Czy dobrym sposobem na przekonanie pacjenta do szczepienia jest odwoływanie się lekarza do własnych doświadczeń, do przypadków z pracy, do przykładu zaszczepienia własnego dziecka?

Niewątpliwie tak, bo taki kontakt z człowiekiem – lekarzem praktykiem, który siedzi naprzeciwko i po ludzku opowiada o swoich doświadczeniach, daje lepszy efekt niż suche komunikaty i liczby. To przecież bezpośrednie spotkanie z osobą najbardziej zaangażowaną, więc trudno wyobrazić sobie kogoś bardziej wiarygodnego, kto miałby się wypowiadać w tej sprawie. Oczywiście, antyszczepionkowcy funkcjonują w innej rzeczywistości, w swoich bańkach informacyjnych i skupiają się na atakowaniu. Nie do końca to rozumiem. Tym powinni się zajmować co najmniej psychologowie.

Dlaczego ludzie nagle się zamykają i stają się odporni na naukę, na logikę, po prostu mają kłapki na oczach, nic do nich nie trafia? Ja rzadko oglądam telewizję, ale mam wrażenie, że to wszystko się jakoś rozmywa. Ktoś coś powie, rząd się podlizuje antyszczepionkowcom, robi się sprawa polityczna. W idealnym świecie ja bym widział takie rozwiązanie: organizuje się debatę, w której uczestniczą przedstawiciele obu stron, czyli „ekspert”, na którego powołują się antyszczepionkowcy, może niech będzie dwóch, i z drugiej dwóch profesorów, wykształconych lekarzy, autorytety medyczne. Po to choćby, żeby utracić argument, iż nikt przeciwników szczepień nie słucha i nie daje im możliwości wypowiedzi. Robimy dyskusję na argumenty, z której wiadomo, kto wyjdzie zwycięsko. Szczerze mówiąc, od początku pandemii brakowało mi czegoś takiego. Strona ekspercka mówi: – *Nie będziemy rozmawiać z antyszczepion-*

kowcami, a druga strona: – *Bardzo proszę, spotkajmy się.* Dobrze byłoby gdyby odbiorca, widz mógł taką debatę obejrzeć, posłuchać jej. Powtarzam, że nie mam wątpliwości, kto byłby górą. Może eksperci ukreśliliby łeb pseudoargumentom, powołując się na twarde dane, mówiąc o tym, jak to się stało, że szczepionki na COVID-19 zostały tak szybko wprowadzone, tłumacząc na czym polegał proces przyspieszenia prac, od kiedy trwały i informując o pracach nad szczepionkami na inne schorzenia. Może mówię coś kontrowersyjnego, bo niektórzy twierdzą, że nie ma co rozmawiać z antyszczepionkowcami, zniżyć się do ich poziomu, ale komuś, kto siedzi pośrodku i nie jest antyszczepionkowcem, nie ma wiedzy, trochę słyzy z tej strony, trochę z innej, pewnie jest to potrzebne.

Istnieje jednak niebezpieczeństwo, że zaproszone do mediów osoby, choć nie mają wiedzy, staną się dla pewnej grupy ludzi autorytetami, a media tylko nakręca

ich popularność i rozpowszechnią przekazy.

Owszem, dlatego debata powinna odbywać się na zasadzie kontry. Od razu zbijanie merytorycznymi argumentami fałszywych tez.

Bardzo trudno odpowiadać na ataki antyszczepionkowców w mediach społecznościowych. Zwłaszcza na Twitterze.

Przykładowo: publikuję wpis o szczepieniach i natychmiast w odpowiedzi widzę pseudoteorie, obrażanie, emocjonalne reakcje. Nie są to warunki ani klimat dla merytorycznej dyskusji. Warto więc reagować?

Ja to znam, nie tylko z Twittera, ale i z YouTube'a, Facebooka. Zauważyłem, że każdy mój materiał, w którym mówię o szczepieniach, o pandemii w ogóle, nawet jeśli będzie najmniejszy, najkrótszy, wyzwała falę hejtu, komentarzy często brzmiących tak samo albo

podobnie. Typu: „*Ile panu zapłacili?!*” i inne brednie. Cały zestaw różnych „argumentów”, które się powtarzają. Myślę, że część tych kont jest prawdziwych, część to jakieś trolle. W każdym razie zauważyłem, że ten temat budzi największe emocje i przebił wszystkie inne. I co z tym robić? Ja czasami czytam, bo widzę, że jest za mało takich treści, najczęściej nie reaguję. Czasami, kiedy nie wytrzymuję, odpisuję merytorycznie, choć wiem, co będzie dalej. Dalej będzie powtarzanie tych samych argumentów. W związku z tym staram się za bardzo nie angażować. Czasami próbuję w ramach eksperymentu, żeby zobaczyć, co będzie. Czy chociaż jeden człowiek w komentarzu odpowie mi: „*A, to ciekawe, o tym nie pomyślałem*”. Wtedy mógłbym mu wysłać link, żeby sobie przeczytał. Czasami linki zostawiam z jakimś wywiadami, ciekawymi materiałami, ale Twitter jest najgorszy w kontekście hejtu. Zazwyczaj lepiej nie reagować w ogóle. Najlepsze wyjście, to zero reakcji. Żeby nie karmić trolli. ■

Pierwszy Ogólnopolski Plener Fotograficzny w Żyrardowie

1-3.04.2022

Zakwaterowanie:
Aparthotel Stara Przędzalnia
(Mały Rynek 7)

Zgłoszenia (z potwierdzeniem wpłaty)
prosimy przysyłać drogą e-mailową pod adresem:
komisjakultury@oilwaw.org.pl

Więcej informacji: 

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. JANA NIELEPOWICZA

WIELKA SZKOŁA
GOSPODARSTWA
ROLNICZEGO

#SPRAWDZAM

Szczepienia dzieci i młodzieży

MAŁGORZATA SOLECKA

Choć szczepienia młodszych dzieci (5–11 lat) rozpoczęto w Polsce przed świętami Bożego Narodzenia, do 15 stycznia zarejestrowanych zostało nieco ponad 400 tys. z grupy około 2,6 mln. Polska ze szczepieniami w młodszych grupach wiekowych nie radzi sobie w podobnym stopniu, co ze szczepieniami dorosłych.

W ostatnich dniach liczba zarówno rejestrowanych dzieci w wieku 5–11 lat, jak i dzieci szczepionych niestety cały czas spada – podkreślał w drugim tygodniu stycznia rzecznik Ministerstwa Zdrowia Wojciech Andrusiewicz. – W tej chwili zarejestrowanych mamy 415 tys. dzieci, a zaszczepionych 310 tys. Stąd gorący apel – szczepmy dzieci!

Jak na ironię, apel Ministerstwa Zdrowia zbiegł się w czasie ze sporem wokół wypowiedzi małopolskiej kurator oświaty Barbary Nowak, która – w kontekście obowiązku szczepień dla nauczycieli – nazwała szczepienia przeciw COVID-19 eksperymentem (nie trzeba dodawać, że wyraziła sprzeciw wobec ewentualnego obowiązku). I minister zdrowia, i Rada Medyczna przy premierze zażądali dymisji urzędniczki, jednak jedyną karą, jaką Barbara Nowak poniosła, była reprimenda od wojewody. Wśród komentarzy internautów i ekspertów głośno brzmiały głosy, że dopóki decydenci będą

tolerować takie wypowiedzi wysokich urzędników, reprezentantów państwa (chodzi również o posłów podważających zasadność i bezpieczeństwo szczepień, w tym szczepień dzieci, posłów Zjednoczonej Prawicy), dopóty trudno liczyć, by apele odnosiły pożądany skutek.

Jeśli chodzi o najmłodszą grupę wiekową dopuszczoną w tej chwili do szczepień, na razie nie ma punktu odniesienia, przy najmniej w Europie. Poszczególne kraje nie rozpoczęły jeszcze sprawozdawania postępów w szczepieniu dzieci w wieku 5–11 lat. Punktem odniesienia, z konieczności, muszą być więc dane dotyczące ogólnie populacji poniżej 18. roku życia, które w ECDC jak najbardziej znajdziemy, oraz dwóch grup wiekowych: 10–14 lat i 15–17 lat.

Polska w tych zestawieniach nie zajmuje, mówiąc oględnie, poczesnych miejsc. Prawidłowość jest oczywista: te kraje, które ze szczepieniami przeciw COVID-19 radzą sobie najlepiej, osiągają też najlepsze wyniki w szczepieniu dzieci i młodzieży. Wziąwszy pod lupę całą populację poniżej 18. roku życia (obejmującą również dzieci do 5. roku życia, które na razie nie mogą być szczepione), przekonamy się, że liderem jest Dania (36 proc.), drugie miejsce zajmuje Portugalia, najlepiej w Europie radząca sobie ze szczepieniami (30 proc.). Odsetek 30 proc. zaszczepionych niepełnoletnich wkrótce powinna osiągnąć Belgia. Wynik Polski? 16,3 proc.

Najlepiej wyszczepiona jest najstarsza grupa nieletnich: 15–17 lat. W Polsce obydwie dawki szczepienia przyjęło do tej pory 50,2 proc. starszych nastolatków, czyli tylko nieco mniej niż jest zaszczepionych ogółem (56 proc.). Jednak powodów do zadowolenia nie ma, jeśli spojrzeć na wyniki Islandii (91 proc.), Danii (88 proc.) albo Portugalii (84 proc.). To niewielkie, w porównaniu z Polską, kraje, dane z Hiszpanii (79 proc.) dowodzą jednak, że nie wielkość kraju i logistyka ma znaczenie decydujące.

A co z młodszymi nastolatkami? W grupie 10–14 lat, według danych ECDC (danych wybiórczych, bo nie wszystkie państwa raportują postępy w szczepieniach na bieżąco), najlepiej zaszczepieni są młodzi Duńczycy (57 proc.) i Portugalczycy (50 proc.). Pięciu krajom (Luksemburgowi, Hiszpanii, Finlandii, Irlandii i Islandii) udało się zaszczepić powyżej 40 proc. tej populacji. Polska ma jeden ze słabszych wyników – 26 proc. ■

Prawidłowość jest oczywista: te kraje, które ze szczepieniami przeciw COVID-19 radzą sobie najlepiej, osiągają też najlepsze wyniki w szczepieniu dzieci i młodzieży.

77

Idea pozostała ta sama

Fot. WUM



Już w 429 r. p.n.e. starożytni Grecy podczas epidemii ospy prawdziwej w Atenach zrozumieli, że osoby, które przeszły infekcję i przeżyły, drugi raz nie chorują, czyli są uodpornione na ponowne zakażenie. Ta obserwacja kilkanaście wieków później stała się przyczynkiem do umyślnego zakażenia ospą, by uniknąć zachorowań w przyszłości, zwanego wariolizacją. O pionierskich sposobach zwalczania epidemii, powstaniu pierwszej szczepionki, a wraz z nią całej idei szczepień oraz o rozwoju wakcynologii opowiada dr hab. n. med. **Ernest Kuchar**, specjalista chorób zakaźnych, kierownik Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym WUM i przewodniczący Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, w rozmowie z Adrianem Boguskim.

Panie doktorze, na czym polegała metoda wariolizacji w pierwszych wiekach jej stosowania?

Na początku trzeba podkreślić, że dla zastosowania tej metody fundamentalne znaczenie miało zrozumienie tego, czym jest odporność. Starożytni Grecy już w V w. p.n.e. zauważyli, że przechorowanie ospy czarnej – o ile się przeżyło, ponieważ choroba ta siała spustoszenie – nieodwracalnie zmienia ludzki organizm, który odąd przestaje być podatny na ponowne zakażenie. W ten sposób odkryli pojęcie odporności. Kilkanaście wieków później praktycznym wykorzystaniem tej podstawowej wiedzy stał się zabieg wariolizacji, praktykowany na Wschodzie, szczególnie w Chinach, Indiach i w imperium osmańskim. Polegał na nacięciu skóry zdrowej osoby i wprowadzeniu w ranę odrobiny ropnej wydzieliny z wykwitów chorego na ospę prawdziwą. Chińczycy w X w. mieszanek sproszkowanych strupów wdmuchiwali do nosa wariolizowanej osoby. Ta metoda była jednak stosowana o wiele rzadziej niż skaryfikacja, czyli nacinanie skóry.

W czym lepszy był ten zabieg od uzyskania odporności w sposób naturalny?

Korzyści z wariolizacji wynikały ze zbiegu trzech czynników. Po pierwsze, wybierano dogodny czas, zakażając dzieci, które są potencjalnie najmniej obciążone innymi chorobami. Za wariolizacją w wieku dziecięcym przemawiał również argument ekonomiczny. Musimy pamiętać, że wówczas człowiek mierzył się z głodem, co sprawiało, że rodzice woleli zaryzykować celowe zakażenie ospą swojego dziecka, kiedy miało dwa lata, niż czekać do momentu, kiedy zachoruje i umrze w wieku 15 lat.

Po drugie, drobinę strupów pobierano od osób, które przeszły chorobę łagodnie, ➤

➤ czyli z dużym prawdopodobieństwem chorowały na mniej zjadliwy wariant ospy prawdziwej, choć wówczas nie wiadano o istnieniu dwóch wirusów będących przyczyną choroby, nazwanych później *variola major* i *variola minor*. To bardzo blisko spokrewnione wirusy, ale *variola major* doprowadzała do śmierci 30 proc. chorych, a *variola minor* tylko 1 proc. Intuicyjny wybór „dawcy”, który przebył ospę łagodniej, dawał większą szansę na przeżycie i lżejsze przejście choroby przez osobę wariolizowaną.

I wreszcie po trzeciej, pacjenci otrzymywali bardzo małą ilość wirusa w nacięte na skórze miejsce. Dziś wiemy, że im mniejsza dawka zakażająca, tym łagodniej przebiega choroba, ponieważ naszemu układowi odporności łatwiej zwalczyć „małego liczebnie wroga”. Dla ludzkiego organizmu najważniejszy jest fakt „pokonania wroga”. Wtedy nabieramy odporności. W czasach przeprowadzania wariolizacji medycy podawali śladową ilość materiału zakaźnego, ponieważ tylko tyle mieściło się na igle. To sprawiało, że wariolizowany chorował łagodniej, a odporność uzyskiwał. Nie można jednak zapominać, że za każdym razem zabieg wiązał się z ryzykiem śmierci pacjenta, jak też prowadził do dalszej transmisji choroby. Niezmiernie istotne jest, że ludzie nauczyli się niejako zarządzać ryzykiem zdrowotnym, dzięki świadomemu działaniu uprzedzającemu. Uznano, że lepiej zakazić się ospą prawdziwą na kontrolowanych warunkach, ponieważ takie rozwiązanie mimo ryzyka daje większe szanse na przeżycie.

W 1720 r. wariolizacja dotarła do Europy.

Zaadaptowała wariolizację do warunków europejskich brytyjska arystokratka Mary Wortley Montagu, która w 1715 r. przebyła ospę prawdziwą. To wydarzenie zdeterminowało jej dalsze losy. Ówczesna definicja piękna była bardzo prosta. Kobieta nie mogła być „ospowata”, czyli musiała mieć gładką cerę. Przebycie tej choroby zostawiało szpecące blizny, skóra traciła ową gładkość. Możemy jedynie domniemywać, że z tego powodu

Dziś pojawiają się grafiki zestawiające ze sobą obrazy dziecka prowadzonego na szczepienie przeciw COVID-19 z zaciągany do obozu koncentracyjnego. Ludziom nigdy nie brakowało nierozsądnych pomysłów.

rodzice wydali Mary za starszego i mało atrakcyjnego dla niej mężczyznę – lorda Montagu. W 1718 r. lady Montagu wyjechała z mężem do Istanbuhu, gdzie lord objął stanowisko ambasadora na placówce dyplomatycznej. Ambasador brytyjski i jego żona byli bardzo ważnymi osobistościami, co sprawiło, że lady Mary, jako jedna z pierwszych Europejki, miała okazję z bliska przyrzeć się sultańskim haremom. Poznała miejscowe obyczaje, które dla arystokratów z Europy stanowiły rodzaj atrakcji turystycznej, zainteresowała się też nieznanym w Europie zabiegiem, a mianowicie wariolizacją. Metoda ta była powszechnie stosowana w haremach. Ryzyko rozprzestrzenienia się ospy w domu, w którym mieszkało sto żon sultana i tyle samo dzieci, było bardzo wysokie. Zdarzało się również, że władcem podrzucano zakażoną odzież, by dokonać pewnego rodzaju zamachu na sultana i jego otoczenie. Dzięki przebyciu wariolizacji w dzieciństwie, a później poddawaniu temu zabiegowi swoich towarzyszek i dzieci, sultan mógł żyć spokojnie.

Zainspirowana tym zwyczajem lady Mary zaprosiła do Istanbuhu lekarza, który nauczył się wariolizacji. Kiedy w 1721 r. rozprzestrzeniła się kolejna epidemia ospy prawdziwej w Londynie, lady Mary była przygotowana. Zdecydowała się poddać wariolizacji swoją córeczkę. Gdy była pewna, że zabieg się udał, opowiedziała o wszystkim swojej przyjaciółce lady Caroline – żonie następcy tronu brytyjskiego, która również postanowiła uodpornić swoje dzieci. W tym jednak przypadku do wykonania zabiegu potrzebna była zgoda króla Jerzego I Hanowerskiego. Władca zwrócił się do doradców, którzy zasugerowali,

by najpierw przeprowadzić eksperymentalną wariolizację 10 skazańców. Wszyscy przeżyli, co spowodowało, że wnuki królewskie również zostały uodpornione, a zabieg stał się popularny w całym królestwie. Wariolizacji poddawała się przede wszystkim arystokracja. Kontrolowane zakażenie stało się bardzo kosztowne (100 funtów, tj. blisko 200 g złota), ponieważ niełatwo było znaleźć odpowiednie źródło wirusa, czyli chorego na łagodniejszą ospę prawdziwą. Kontrolowane zakażenie zmniejszyło jednak śmiertelność na ospę z ponad 20 do około 2 proc.

Dzięki tej metodzie groźnego przebiegu ospy unikną również Edward Jenner – jedno z tysiąca dzieci wariolizowanych w Anglii w 1751 r. i twórca pierwszej szczepionki.

Do historii szczepień Jenner wkracza w latach 60. XVIII w. Był wówczas studentem medycyny. Pewnego dnia wstępnie rozpoznał znamiona ospy prawdziwej u kobiety zajmującej się dojeniem krów. Kobieta zaprzeczyła jednak tej diagnozie, tłumacząc, że choruje na tzw. krowiankę, czyli ospę krowią. W ówczesnym środowisku medycznym znano takie wytłumaczenie, lecz nikt dotąd nie traktował słów prostych kobiet poważnie. Jenner zaś postanowił przyrzeć się zjawisku bliżej. Zaobserwował bowiem, że kobiety, które pracują przy krowach, rzeczywiście nie chorują na ospę prawdziwą. Przechodzą za to niegroźną dla ludzkiego organizmu krowiankę, która objawiała się gorączką i ropnymi wykwitami na rękach. W 1796 r. przeprowadził przełomowy eksperyment. Przez analogię do wariolizacji, którą praktykował jako lekarz, postanowił wykonać podobny zabieg, używając ropy z wykwitów ospy krowiej. Obiektem eksperymentu był kilkuletni wówczas James Phipps, syn ogrodnika. Jenner nie zaraził chłopca materiałem zakaźnym osoby chorej na ospę prawdziwą, ale jako źródło wirusa wykorzystał płyn z pęcherza Sary Nelms – dojarki chorej na krowiankę. Ropę z wykwitu wprowadził do organizmu przez nacięcie na skórze, dokonując tym samym pierwszej wakcynacji. Ciekawa jest przy tym etymologia tego słowa. *Vacca* to po łacinie krowa,



James Gillray. Karykatura z 1802 r.

vaccinia zaś oznacza ospę krowią, dlatego my dziś „krowiankujemy”, szczepiąc dzieci i dorosłych. To jednak nie koniec eksperymentu. Po sześciu tygodniach od wakcynacji Jenner zwariolizował, czyli zaraził chłopca ospą prawdziwą. Do tej pory pacjenci po kontrolowanym zakażeniu przechodzili ospę – gorączkowali, mieli wysypkę i zmiany w miejscu nacięcia. Chłopiec nie doświadczył jednak żadnego z tych objawów, co pozwoliło wyciągnąć wniosek, że kontakt z łagodną ospą krowią uchronił go przed śmiertelną ospą prawdziwą. O wynikach swojej obserwacji Jenner napisał do Towarzystwa Medycznego, prekursora dzisiejszego „The Lancet”. Tekstu nie wydano, uznając odkrycie za bzdury. Jenner nie poddał się i dzięki swojej dobrej sytuacji finansowej samodzielnie wydał broszurkę, którą rozesał do lekarzy w całej Anglii.

Publikacja Jennera szybko zyskiwała popularność.

Oczywiście, ponieważ Jenner zmienił dotychczasową praktykę medyczną. Obecnie szczepienia nie polegają na zakażeniu ludzi chorobą, ale na podaniu osłabionych drobnoustrojów lub oczyszczonych antygenów. Idea jednak pozostała ta sama. Niezmiennie od czasów Jennera polega na oddzieleniu zjadliwości drobnoustroju od jego immunogenności, czyli uzyskaniu odporności nabytej jak najmniejszym kosztem. Idealna szczepionka zatem uodparniałaby wszystkich w 100 proc., nikomu nie szkodząc. Życie uczy, że nie ma doskonałych preparatów, ale jesteśmy blisko ideału. Szczepionki przeciwko COVID-19 to kontynuacja idei Jennera.

Z jakim ryzykiem wiązał się pionierski eksperyment Jennera?

Wiedza z dziedziny aseptyki była niewielka. Przede wszystkim źródło „szczepionki” stanowił człowiek, a ponieważ próbki nie oczyszczano, wraz z ospą krowią można było przekazać

szczepionemu pacjentowi inne choroby, np. WZW B albo kiłę.

Nie obyło się również bez protestów ludzi, którzy w metodzie Jennera widzieli zagrożenie.

Można powiedzieć, że ruchy antyszczepionkowe pojawiły się wraz z pierwszą szczepionką. W dużej mierze sprzeciw wobec metody Jennera wynikał z konfliktu interesów. Jak wspomniałem, trudności z pozyskaniem wirusa sprawiały, że wariolizacja była drogim zabiegiem, co pozwoliło wielu medykom znacznie się na niej wzbogacić. Powszechność guzków u dojrzałych (w zasadzie każda chorowała na krowiankę) była wielokrotnie większa, więc wakcynacja stała się znacznie tańsza. Część ówczesnego angielskiego środowiska medycznego boleśnie odczuła utratę wysokich dochodów. Wielu lekarzy stanęło w opozycji do wakcynacji, blokując m.in. starania Jennera o rozpowszechnienie jego metody. Niemniej jednak Jenner, jak już



Gaston Melingue, *Zaszczepienie Jamesa Phippsa przez Edwarda Jennera*

➤ wspominałem, na własny koszt wydał broszurę informującą o wakcytacji. Przeciwnikom nowemu rozwiązaniu uodparniania wytoczono również argumenty religijne. Rozpowszechniono pogląd, że wakcyacja jest narzędziem sprzeciwu wobec woli Boga, który zsyła na ludzi ospę jako zasłużoną karę. Przeciwnicy Jennera wynajęli Jamesa Gillraya, najlepszego wówczas w Anglii karykaturzystę, by stworzył rysunek, który pobudzi wyobraźnię społeczeństwa. Przeciwnicy wakcytacji straszili, że wprowadzanie zwierzęcego wirusa w ludzki organizm, powoduje wyrastanie np. bydłych rogów w miejscach wakcytacji, co Gillray zobrazował w swojej karykaturze (rycina na str. 41). Grafika zawiera również obraz ze złotym cielcem. Przeciwnicy Jennera chcieli więc przekazać społeczeństwu, że poddawanie się wakcytacji to oddawanie czci bożkom. Dziś pojawiają się grafiki zestawiające ze sobą obrazy dziecka prowadzonego na szczepienie przeciw COVID-19 z zaciąganiem do obozu koncentracyjnego. Ludziom nigdy nie brakowało nierozsądnych pomysłów.

Na rozwój wakcynologii silnie wpłynęło kolejne wielkie odkrycie – wynalezienie szczepionki przeciwko wścieklicznie przez Louisa Pasteura.

Wszystko zaczęło się od wykrycia bakterii. W swoim laboratorium Pasteur miał hodowlę drobnoustrojów, które

poddawał różnym czynnikom fizycznym (gotował je bądź zabijał formaliną). W ten sposób odkrył, że można pozbawić je właściwości chorobotwórczych. Udowodnił, że podanie ich w tej postaci nie wpływa negatywnie na zdrowie zwierząt, które wykorzystywał do testów, ale je uodparnia. Szczepionka opracowana przez Louisa Pasteura wywoływała więc miejscowy stan zapalny, co uruchamiało odpowiedź immunologiczną organizmu. W ten sposób otrzymał szczepionkę przeciwko wścieklicznie i zainicjował prace nad wieloma innymi cennymi szczepionkami, m.in. przeciwko różyczce, odrze, śwince.

W drugiej połowie XX w. wakcynolodzy opracowali kolejną przełomową metodę wytwarzania szczepionek, zwaną odwrotną wakcynologią. Na czym ona polega?

Chorobotwórczość niektórych bakterii jest związana z polisacharydową otoczką, której układ odpornościowy nie potrafi rozpoznać. Przez wiele lat nie można było stworzyć szczepionki przeciw meningokokom serogrupy B. Otoczka tej bakterii jest podobna do naszych neuronów, a organizm nie chce atakować „swoich” antygenów. Podanie zaś szczepionki wykonanej w sposób „tradycyjny” groziłoby ciężkimi odczynami autoagresyjnymi, ponieważ organizm mógłby uczulić się na antygeny podobne do własnych. Odwrócono więc

sytuację. Nie zbadano gotowego antygeny, ale genom meningokoka, co pozwoliło wytypować białka jako potencjalne antygeny, zamiast polisacharydowej otoczki. I to się sprawdziło, w taki sposób powstała wyczekiwana szczepionka przeciwko meningokokom serogrupy B.

Czy wynalezienie odwrotnej wakcynologii posłużyło do stworzenia technologii mRNA stosowanej dziś w niektórych szczepionkach przeciw COVID-19?

W obu przypadkach zaczęto od badania genomu, czyli tak naprawdę RNA lub DNA. Można więc powiedzieć, że metoda odwrotnej wakcynologii ułatwiła wprowadzenie szczepionek opartych na mRNA. Jak wspominałem jednak, w przypadku szczepionek przeciwko meningokokom B jako antygen wprowadzamy gotowe białko, uzyskane za pomocą inżynierii genetycznej. Szczepionki mRNA natomiast to jeszcze bardziej zaawansowana technologia, ponieważ nie podajemy antygeny, ale przepis na jego wytworzenie. Warto dodać, że w opracowaniu mRNA ogromną rolę odrywają Polacy. Jeden z patentów, który leżał u podstaw tej technologii, opracował prof. Jacek Jemielity.

Czy ulepszenie i opracowanie szczepionek przeciwko COVID-19 możemy porównać do osiągnięcia, jakim było wynalezienie szczepionki przeciwko ospie prawdziwej przez Jennera?

Myślę, że nie można tego porównać, bo mRNA to po prostu kolejna technologia wytwarzania szczepionek. Jenner dokonał przełomu, gdyż wymyślił ideę szczepień polegającą na tym, że lepiej w sposób kontrolowany zarazić pacjenta o wiele mniej groźnym dla organizmu ludzkiego wirusem i tym samym wypożyczyć go w odporność na groźną, czasami śmiertelną chorobę. Podejście Jennera wpłynęło również na rozwój umiejętności kontrolowania ryzyka. Dzięki temu dziś wiemy, że musimy świadomie ocenić ryzyko i wybrać rozwiązanie, które jest najkorzystniejsze dla naszego zdrowia. ■

W rozmowach o wzroście nakładów państw (nie tylko Polski) na ochronę zdrowia często podnoszony jest argument, że wraz z rozwojem technologii medycznych wzrasta koszt leczenia. Nowoczesne metody dbania o zdrowie pacjentów niestety nigdy nie będą bezkosztowe. Ale jednocześnie fantastyczne osiągnięcia naukowców i inżynierów powodują, że ludzkie życie będzie można wkrótce ratować w zupełnie beznadziejnych z perspektywy dzisiejszej wiedzy medycznej przypadkach, i trzeba tych wynalazców wspierać. Dlatego w tym numerze „Pulsu” przedstawiamy w pigułce najbardziej **fantastyczne obszary technologii medycznych**.

Swiatowe media obiegrała informacja o zakończonej powodzeniem transplantacji nerki świni człowiekowi. Operacja została przeprowadzona w Nowym Jorku, a jej optymistyczny rezultat (nie doszło do odrzucenia przeszczepu) daje nadzieję na przynajmniej częściowe rozwiązanie w przyszłości ogólnoswiatowego problemu braku dawców. Nerka pochodziła od zmodyfikowanej genetycznie świni, dzięki czemu narząd nie posiadał antygenów uniemożliwiających przyjęcie go przez organizm biorcy. Należy dodać, że w tak specyficznym zabiegu – ksenotransplantacji, należało szczególnie pilnie przestrzegać norm etycznych. Biorcą przeszczepu była osoba pozostająca w stanie śmierci mózgowej, której funkcje życiowe były sztucznie podtrzymywane. Pacjent był zarejestrowany jako dawca organów, rodzina wyraziła zgodę na przeprowadzenie operacji, podobnie amerykańska Agencja Żywności i Leków.

O ile w dziedzinie transplantologii rola zwierząt może się z czasem zwiększać, o tyle w zakresie testowania leków ma szansę zostać zmarginalizowana. Spełnienie postulatów obrońców praw zwierząt może nastąpić dzięki specjalnym chipom, na których hodowane są ludzkie struktury komórkowe (ang. *organ-on-chip*). Taki chip symuluje czynności, mechanikę i reakcję fizjologiczną narządów i całych układów narządów. Piętnią przyszłością ciągle jeszcze jest stworzenie „cyfrowego organizmu”, czyli w pełni odzwierciedlającej ludzką fizjologię symulacji, która pozwoliłaby z wykorzystaniem mocy procesorów odwzorować ze stuprocentową wiarygodnością reakcje ludzkiego organizmu na kontakt z wybranym związkiem chemicznym. Tu barierę stanowią: po pierwsze – moc komputerów wciąż za mała, by przeprowadzić tak skomplikowane obliczenia w wymiernym czasie, a po drugie – istnienie zbyt rozległych białych plam w wiedzy o funkcjonowaniu naszych ciał, więc nie wszystko jesteśmy w stanie zaprogramować.

Nawet znając reakcje konkretnych komórek na leki, nie zawsze potrafimy owe leki wprowadzić w ściśle określone miejsce, by uniknąć skutków ubocznych przedostania się związku chemicznego tam, gdzie nie trzeba, jak podczas chemioterapii. Pomóc mogą nanoroboty, czyli mikroskopijne roboty służące do transportowania leków bezpośrednio do konkretnych komórek. Są to biologiczno-mechaniczne hybrydy, dzięki czemu łatwiej im uniknąć naturalnych mechanizmów obronnych organizmu. Jednym z najtrudniejszych wyzwań na tym polu jest pokonanie bariery krew – mózg. W ośrodkach naukowych badacze rozważają różne metody jej przełamania – od zastosowania ultradźwięków po magnetyczne nanożele.

Kryptowaluty pewnie wielu osobom kojarzą się z podejrzanymi i bardzo ryzykownymi inwestycjami, ale nie da się ukryć, że technika, na jakiej są oparte, stanowi przełom w wielu dziedzinach życia, nawet w medycynie. Chodzi oczywiście o *blockchain* – metodę kryptograficzną, w której szyfrowanie jest rozproszone i oparte na sumowaniu mocy obliczeniowych wielu urządzeń. Kryptografia jest dla lekarzy coraz ważniejsza. Gigantyczne ilości danych w formie cyfrowej są generowane przez każdą placówkę medyczną. Dla zwiększenia efektywności leczenia pacjentów i w ogóle systemu ochrony zdrowia konieczna jest integracja tych danych. Jak jej dokonać, by zapewnić jednocześnie bezpieczeństwo przechowywania i transmisji informacji? Tak samo, jak zabezpiecza się przed podrabianiem kryptowaluty – właśnie przez *blockchain*. Kolejnym polem stosowania tej techniki jest monitorowanie stanu zdrowia na bieżąco, dzięki kolejnym urządzeniom potrafiącym przesyłać dane o funkcjonowaniu organizmu. Wielką popularnością cieszą się smartwatche, a w ciągu kilkunastu lat rozpowszechnić się mogą ubrania monitorujące funkcje życiowe. *Blockchain* służyć będzie do szyfrowania informacji zbieranych przez Internet rzeczy. ■ **mn**

Źródła: BBC, medicalfuturist.com, labiotech.eu, „The Lancet”

Budżet izby stanowią składki lekarzy, więc chcemy, żeby wydawanie pieniędzy było dokładnie przemyślane – mówi

Elżbieta Latoszek-Banasiak.

O działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej, najważniejszych zadaniach organu oraz o współpracy z innymi komisjami rady lekarskiej z przewodniczącą OKR rozmawiał Adrian Boguski.

Praca potrzebna samorządowi

Fot. K. Bartyzel

Jak długo działa pani w samorządzie lekarskim?

To moja czwarta kadencja, w pierwszej byłam członkiem Komisji Rewizyjnej, w drugiej i trzeciej wiceprzewodniczącą, a obecnie przewodniczącą OKR. Praca w komisji jest bardzo specyficzna i nie każdy się w niej odnajduje, ale mnie to zajęcie odpowiada.

Co należy do zadań Komisji Rewizyjnej?

Przede wszystkim kontrola działalności finansowej i gospodarczej izby, związana z wykonywaniem uchwały zjazdu w zakresie spraw finansowych i gospodarczych, badanie rzetelności, gospodarności i legalności przedsięwzięć finansowo-gospodarczych organów izby i opiniowanie zamierzeń finansowych poszczególnych jej komisji i organów.

Komisja jest swojego rodzaju strażnikiem, który kontroluje zgodność wydatków z izbowego budżetu z podjętymi uchwałami. Wnioski z kontroli przekazywane są prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej, a następnie odczytywane podczas jej posiedzenia. Na podstawie tych wniosków – jeżeli rada przyjmuje zalecenia OKR w nich zawarte – kontrolowany organ dostosowuje się do ewentualnych zaleceń pokontrolnych.

Jakie są kryteria udzielania absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej?

Absolutorium to ocena działalności finansowej rady i prezesa udzielana przez Okręgową Komisję Rewizyjną na przestrzeni roku budżetowego. Jeżeli wszystko zgadza się w dokumentach finansowych, które otrzymujemy i przekazujemy do sprawdzenia biegłemu re-

widentowi, występujemy do zjazdu lekarzy o udzielenie absolutorium.

Czy w poprzednich kadencjach rada i prezesi zawsze otrzymywali absolutorium?

W czasie kiedy byłam członkiem OKR nie zawsze było udzielane absolutorium. W obecnej kadencji do tej pory absolutorium było przydzielane corocznie.

W jaki sposób ustalają państwo plan pracy w Komisji Rewizyjnej?

Uwzględniamy głównie sprawy związane ze znacznym wzrostem kosztów w poszczególnych komisjach czy organach izby. Badamy, z czego wynika zapotrzebowanie finansowe i jak je zakwalifikować. Bardzo ważne są dla nas również zgłoszenia członków OIL w Warszawie, którzy w jakimś aspekcie działalności izby lub którejś komisji

dostrzegają nieodpowiednie gospodarowanie finansami.

Jakie warunki musi spełniać takie zgłoszenie, by zostało rozpatrzone przez OKR?

Wniosek musi przede wszystkim dotyczyć działalności finansowo-gospodarczej danego organu lub określonej inicjatywy izby i wskazywać jej nieprawidłowości. Zdarzało się bowiem, że lekarze zgłaszali do OKR sprawy niezwiązane z finansami samorządu. Po otrzymaniu wniosku na posiedzeniu komisji rozpatrujemy zasadność przeprowadzenia kontroli, której domaga się wnioskodawca.

Jakie trudności napotykają państwo w swojej pracy?

Praca w OKR polega na tym, że najpierw podejmujemy uchwałę dotyczącą kontroli danego organu izby lub realizowanego przez nią projektu. Następnie wyznaczamy zespół kontrolny, piszemy pismo informujące prezesa o podjęciu kontroli i o tym, jakich dokumentów potrzebujemy, by poznać wydatki związane z realizacją danej inicjatywy czy działaniem organu. Następnie zwracamy się do księgowości z prośbą o przedstawienie nam sprawozdań finansowych, wybranych faktur, zestawień wydatków, dowodów zgodności wydatków z podjętymi uchwałami. Od każdego organu musimy uzyskać odpowiednie dokumenty, a to wiąże się z uzależnieniem naszej działalności od reakcji innych organów

izby na nasze żądania, co niekiedy znacznie wydłuża nam pracę. Istotna dla komisji jest więc dobra współpraca z innymi organami izby.

Jak obecnie ocenia pani tę współpracę?

W bieżącej kadencji współpraca między Komisją Rewizyjną a prezesem izby i księgowością układa się bardzo dobrze, ponieważ otrzymujemy wszystkie dokumenty, o które prosimy. Wiem, że w poprzednich kadencjach bywało z tym różnie. Doszło nawet do zwolnienia księgowej, która udostępniła OKR dokumenty „niezgodne z oczekiwaniami” ówczesnego prezesa.

Pandemia COVID-19 zapewne zmieniła tryb pracy komisji.

Szczególnie na początku pandemia wykluczała spotkania w izbie, co bardzo utrudniało nasze działanie. Nie ratowały nas spotkania online, ponieważ nie mieliśmy dostępu do potrzebnych dokumentów. Aby dokonać kontroli, członkowie komisji i tak musieli spotykać się w izbie, co nie było łatwe, bo i my chorowaliśmy i kontrole były rozciągnięte w czasie. Poza tym w tej kadencji zmarło dwóch naszych członków. Pewne sprawy i kontrole trwały w związku z tymi utrudnieniami dłużej niż powinny.

Czy komisja może wpłynąć na cel wydatków izby?

OKR nie ma takich kompetencji, może jedynie przedstawić zjazdowi opinie dotyczące projektu budżetowania. Każdy delegat otrzymuje zestawienia budżetowe i członkowie komisji, którzy są również członkami prezydium, mogą zadać pytanie o zasadność proponowanych budżetów. Chciałabym zaznaczyć, że nie jest to jednak związane z bezpośrednią kontrolą ze strony Komisji Rewizyjnej. Możemy pewne rzeczy zasugerować, np. ograniczenie wydatków w danej dziedzinie, albo zaproponować innego realizatora izbowego projektu lub nowy przetarg. Poza tym bardzo często już w czasie kontroli rozmawiamy z przedstawicielami poszczególnych organów o sposobach skorygowania nieprawidłowości. Budżet izby stanowią składki lekarzy, więc chcemy, żeby wydawanie pieniędzy było dokładnie przemyślane.

Jak ocenia pani stopień trudności pracy w komisji?

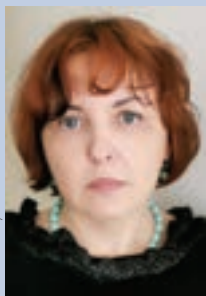
Praca w Komisji Rewizyjnej jest żmudna, wymagająca skupienia, rzetelności i zaangażowania, a także odporności psychicznej, ponieważ jej istotą stanowi kontrola, co nie zawsze jest akceptowane i przyjmowane ze zrozumieniem.

W związku z wyborami zachęcam członków naszej izby do czynnego w nich udziału i podejmowania wyzwania, jakim jest praca w Komisji Rewizyjnej. ■



**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**



Fot. K. Bartyzel

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 r., poz. 965 ze zm.).

Wobec ciągłych problemów dotyczących wypłacania i sposobu godzinowego rozliczenia dodatku covidowego w szpitalach II poziomu zabezpieczenia oraz dookreślenia, na jakich oddziałach ten dodatek powinien być wypłacany, zwróciłam się do Ministerstwa Zdrowia o interpretację w tej sprawie.

Zgodnie z decyzją ministra zdrowia z 29 października 2021 r. od 1 listopada 2021 wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego dla osób wykonujących zawód medyczny w szpitalach II poziomu zabezpieczenia COVID-19, powinna być równa 100 proc. wynagrodzenia należnego za każdą godzinę pracy osoby wykonującej zawód medyczny w formie udzielania świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Oznacza to, że finansowaniu podlegać będzie każda rozpoczęta godzina, jako podstawa obliczania świadczenia dodatkowego. Nie ma potrzeby, aby osoba uprawniona do świadczenia dodatkowego w czasie tej godziny w sposób ciągły lub przez pełną godzinę udzielała świadczeń na warunkach określonych w poleceniu.

Ponadto w wymaganym w poleceniu, w brzmieniu obowiązującym od 1 listopada 2021 r., wykazie godzin pracy z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, będącym podstawą ustalenia wysokości świadczenia dodatkowego, należy uwzględnić zarówno godziny pracy w strefie brudnej, jak i bezpośrednio związane z pracą w strefie brudnej, np. wyjście ze strefy brudnej w celu:

- skorzystania z przepisanych prawem przerw w pracy,
- prowadzenia dokumentacji związanej z wykonywaniem pracy w strefie brudnej,
- przygotowania do pracy w strefie brudnej (pobrania leków itp.).

Do wykazu godzin pracy z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, będącego podstawą ustalenia wysokości świadczenia dodatkowego, nie będzie się natomiast bez wątplenia wliczać czas wykonywania ww. czynności przez osoby przebywające wyłącznie w strefie czystej lub gdy ww. czynności nie pozostają w związku z pracą danej osoby w strefie brudnej.

W kwestii zdefiniowania kryteriów oceny pacjenta, u którego jest podejrzenie zarażenia SARS-CoV-2: osoba wykonująca zawód medyczny zatrudniona w szpitalu II poziomu zabezpieczenia covidowego musi udzielać świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Nieuprawnione jest natomiast twierdzenie, że dodatkowe świadczenie pieniężne przysługuje osobom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w szpitalach II poziomu, które uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt tylko z pacjentami z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Z pełną wersją interpretacji mogą się Państwo zapoznać w biurze RPL, ponadto trwa rozsyłanie jej do dyrektorów szpitali.

Proszę o aktywny udział w toczących się wyborach delegatów do naszej izby lekarskiej. ■

Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane? Skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza

Dyżury rzecznik **Moniki Potockiej** ✖ poniedziałki 10.00–14.00 ✖ czwartki 10.00–16.00

☎ tel: 512 331 230

☎ tel. działu prawnego RPL: 691 224 246

✉ e-mail: rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza



Informacja o wyniku badania

Analiza przypadku

KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA – adwokat
ALEKSANDRA POWIERŻA – radca prawny

Obowiązek informowania chorego o jego stanie zdrowia przez medyków ma bardzo duże znaczenie w procesie leczenia. Jednak warto zadać sobie pytanie, jak często obowiązek ten obarcza lekarzy ciężarem dotarcia do czasami nieuchwytnych pacjentów?

Worzecznictwie coraz częściej spotkamy się ze stanowiskiem, że to pacjent powinien być najbardziej zainteresowany stanem swojego zdrowia i właśnie on, rzecz jasna pouczony np. o potrzebie odebrania wyników, powinien zadbać o pozyskanie tych informacji medycznych. Zaniedbanie przez lekarzy obowiązku informacyjnego ma poważne konsekwencje. Ale czy zawsze?

10 maja 2020 r. pani A. przeszła w szpitalu X. planowany zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego z kamieniami. Zlecono wykonanie badania histopatologicznego wyciętego narządu, które – jak się później okazało – wskazało na chorobę nowotworową, gruczolakoraka G2. Szpital X. otrzymał wyniki badania 22 maja 2020 r., jednak nie przekazał pacjentce informacji o jej stanie zdrowia, mimo że 26 maja 2020 r. była na badaniach kontrolnych w poradni chirurgicznej. Wobec deficytu wiedzy o swoim stanie zdrowia, pacjentka nie podjęła wówczas dalszego leczenia. 20 grudnia 2020 r. pani A. została ponownie przyjęta do szpitala X. z rozpoznaniem żółtaczki mechanicznej w przebiegu choroby nowotworowej pęcherzyka żółciowego, cukrzycy i guza nerki prawej. Guz nerki był odrębnym, niezależnym nowotworem złośliwym. Dopiero podczas tego pobytu w szpitalu X. pani A. dowiedziała się o wynikach wykonanego w maju 2020 r. badania histopatologicznego. Świadczenia zdrowotne udzielane jej miały już jednak jedynie charakter paliatywny. W wyniku rozwoju choroby nowotworowej pęcherzyka żółciowego 2 marca 2021 r. pacjentka zmarła.

Sąd Apelacyjny w Y. ustalił, że bezpośrednią przyczyną śmierci pani A. był rozwój nowotworu pęcherzyka żółciowego, a wdrożenie leczenia jeszcze w maju 2020 r. mogło wydłużyć jej życie od kilku do kilkunastu miesięcy. W związku z dwoma rozwijającymi się nowotworami złośliwymi oraz występującą cukrzycą odporność chorej była skrajnie obniżona już w maju, istniało więc prawdopodobieństwo, że nawet gdyby przeprowadzono operację pod koniec maja 2020 r., nowotwór pęcherzyka żółciowego przyjąłby formę agresywną i doszłoby do śmierci pacjentki już w czerwcu. Sąd Apelacyjny w Y. wykluczył

odpowiedzialność szpitala X. za śmierć pani A., mimo nie poinformowania pacjentki o wynikach badania histopatologicznego. Uznał, że bezpośrednią przyczyną śmierci była choroba nowotworowa, a nie zaniedbanie szpitala. Rodzina zmarłej wniosła skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego w Y. do Sądu Najwyższego, który ją oddalił jako niezasadną w przedmiotowej sprawie. Potwierdził jednak niedopełnienie obowiązku informacyjnego szpitala względem pacjentki na podstawie art. 31 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. DzU z 2020 r., poz. 514 z późn. zm., dalej jako u.z.l.). W świetle okoliczności sprawy nie budzi wątpliwości, że proces diagnozowania stanu zdrowia pani A. nie został zakończony, gdyż zlecono pobranie tkanek do badań histopatologicznych, które stanowią część bardziej złożonego procesu diagnozy.

Pytanie redakcji: Jakich informacji lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi?

Odpowiedź prawnika lekarza: Stanowi o tym art. 31 u.z.l.: „Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”. Co więcej, pacjent ma prawo uzyskania informacji o wynikach przeprowadzonych badań zgodnie z art. 9 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (t.j. DzU 2020.0.849).

Pytanie redakcji: Czy pacjent ma prawo uzyskania informacji o swoim zdrowiu tylko od lekarza lub lekarza dentystry?

Odpowiedź prawnika lekarza: Co do zasady, nie tylko. Obowiązek informacyjny spoczywa również na osobach wykonujących inne zawody medyczne – pielęgniarzach, położnych, ratownikach medycznych, fizjoterapeutach. Najważniejsze, aby udzielona pacjentowi informacja uwzględniała zakres udzielanych mu świadczeń, a osoba udzielająca owej informacji posiadała stosowne do tego upoważnienie. ■



Epidemia

AKTUALNOŚCI PRAWNOMEDYCZNE

FILIP NIEMCZYK, adwokat

W ostatnich tygodniach 2021 r. mieliśmy do czynienia ze szczytem czwartej fali epidemii SARS-CoV-2. Początek roku 2022 wiąże się z piątą falą zakażeń. Omawiając aktualne zagadnienia z zakresu prawa medycznego, skupię się zatem na kwestii bieżących regulacji dotyczących stanu epidemii.

¹ Rozporządzenia Rady Ministrów zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii z 29.11.2021 r. (<https://dziennik-ustaw.gov.pl/>),



14.12.2021 r.,



16.12.2021 r.,



21.12.2021 r.



Rada Ministrów w ostatnich tygodniach 2021 r. opublikowała¹ kilka rozporządzeń zmieniających dotychczas obowiązujące obostrzenia w życiu społeczno-gospodarczym. Czas obowiązywania większości dotychczasowych nakazów i zakazów przedłużono do 31 stycznia 2022 r. Rozszerzono zakres szczepień ochronnych przeciwko SARS-CoV-2 na dzieci, które ukończyły piąty rok życia. Zmodyfikowano regulację dotyczącą osób przekraczających granicę Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącą granicę zewnętrzną Unii Europejskiej, wprowadzając obowiązek okazania funkcjonariuszowi Straży Granicznej negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 wykonanego przed przekroczeniem granicy, w czasie nie dłuższym niż 24 godziny, licząc od momentu uzyskania wyniku testu. Wprowadzono dodatkowy warunek zwolnienia z obowiązku odbycia kwarantanny osoby prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub z nią zamieszkującej, polegający na uzyskaniu przez taką osobę negatywnego wyniku testu diagnostycznego wykonanego po stwierdzeniu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Zakazano działalności dyskotek i klubów tanecznych z wyjątkiem nocy z 31 grudnia na 1 stycznia.

Szeroko komentowaną zmianą, którą wprowadzono mocą rozporządzenia Rady Ministrów z 14 grudnia 2021 r.,² jest określenie limitu korzystających z usług restauracji, barów, hoteli, kin, teatrów, obiektów sportowych i sakralnych do 30 proc. obłożenia. Jednocześnie wskazano, że do tego limitu nie wlicza się zaszczepionych, pod warunkiem okazania przez nich unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID lub zaświadczenia o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia po COVID-19 uznawanego za równoważne z zaświadczeniami wydawanymi zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z 14 czerwca 2021 r.

Wprowadzenie regulacji związanych z dodatkowymi obostrzeniami w stosunku do osób, które nie skorzystały z możliwości szczepienia przeciwko COVID-19, jest niewątpliwie bardzo potrzebne wobec niskiego poziomu wyszczepienia i wysokiego stopnia śmiertelności. Do tej pory praktyczne wykorzystanie na terenie Polski certyfikatów COVID zaświadczających o zaszczepieniu było znikome, a brak szczepienia nie wpływał w istotny sposób na codzienne funkcjonowanie osób, które się nie zaszczepiły. Regulacja wprowadzona omawianym rozporządzeniem okazała się jednak ułomna, co wynika z dwóch zasadniczych jej mankamentów.

Po pierwsze, konstrukcja przepisu wprowadzającego możliwość zwiększenia limitu korzystających z określonych usług jest wadliwa. Przepis §26a omawianego rozporządzenia nie określa nakazu okazania certyfikatu, nie daje również przedsiębiorcom narzędzi, aby fakt jego posiadania weryfikować. W przypadku przekroczenia limitu gości prowadzący hotel czy restaurację ma prawo odmówić obsługi osobie, która nie chce okazać zaświadczenia. Ponośi bowiem odpowiedzialność za jego przekroczenie, za co grozi kara pieniężna nakładana decyzją inspektora sanitarnego. W praktyce okazuje się jednak, że kontrole sanepidu są bardzo rzadkie, a podstawa prawna nakładania kar – wątpliwa. W rezultacie ryzyko konsekwencji finansowych związanych z przekroczeniem limitu osób jest znikome. Skłania to wielu przedsiębiorców do lekceważenia

² DzU 2021, poz. 2311.



³ Rozporządzenie ministra zdrowia z 22 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (DzU 2021, poz. 2398).



⁴ <https://bip.brpo.gov.pl/> (dostęp: 18.01.2022).



⁵ <https://www.sejm.gov.pl/> (dostęp: 18.01.2022).



⁶ <https://nil.org.pl/> (dostęp: 18.01.2022).



⁷ <https://orka.sejm.gov.pl/> (dostęp: 18.01.2022).



kwestii posiadania certyfikatu. Tym bardziej że przedsiębiorca w przypadku nałożenia kary mógłby się bronić przed sądem, wysuwając argument, iż przepisy prawa nie dawały mu wystarczającego uprawnienia do weryfikowania paszportów COVID, i nie byłoby to bez racji.

Drugie zasadnicze zastrzeżenie budzi bowiem uregulowanie kwestii weryfikowania zaświadczeń COVID w rozporządzeniu, a zatem w akcie prawnym niskiego rzędu. Informacje dotyczące stanu zdrowia mają charakter wrażliwy, a obowiązek ich ujawnienia może być traktowany jak naruszenie wolności obywatelskich. Zdrowie publiczne w sytuacji epidemii jest wartością nadrzędną, ale każde ograniczenie praw i wolności obywatelskich wymaga formy ustawy – wynika to wprost z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Trudno zrozumieć, dlaczego po tylu miesiącach walki z epidemią regulacja o tak istotnym znaczeniu dla zdrowia publicznego nie jest ujęta w tej formie, szczególnie że problem braku ustawowej podstawy dla ograniczeń podnoszony był już w 2020 r. w związku z wprowadzeniem obowiązku noszenia maseczek i zachowywania dystansu. Brak dostatecznej podstawy prawnej dla nakazów i zakazów w stanie epidemii stanowi niezmiennie argument dla tych, którzy kwestionują zasadność szczepień i zagrożenie wirusem SARS-CoV-2, zamiast być zachętą do poddawania się szczepieniu i przestrzegania zasad dystansu społecznego.

Pod koniec 2021 r. szeroko komentowana była również kwestia wprowadzenia obowiązkowych szczepień przeciwko COVID-19 wybranych grup zawodowych. Rozważano objęcie nimi nauczycieli oraz funkcjonariuszy służb mundurowych. Ostatecznie, na mocy rozporządzenia ministra zdrowia z 22 grudnia 2021 r.,³ obowiązek szczepień objął

jedynie wykonujących zawód medyczny w podmiotach prowadzących działalność leczniczą oraz wykonujących inne czynności zawodowe w tych podmiotach, osoby realizujące usługi farmaceutyczne, studentów kształcących się na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu me-

dycznego, którzy zobowiązani są poddać się szczepieniu do 1 marca 2022 r. Nawet wobec wąsko zakreślonego zakresu obowiązku szczepień uzasadnione jest twierdzenie, że tego rodzaju nakaz powinien mieć wyraźną podstawę w akcie rangi ustawy.

Rzecznik praw obywatelskich przedstawił 30 grudnia 2021 r. raport na temat pandemii,⁴ w którym wytknął szereg błędów legislacyjnych popełnionych w ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy, których konsekwencją jest niepewność prawna i brak zaufania obywateli do organów władzy publicznej. Wskazał m.in., że przepisy przygotowywane były w pośpiechu, bez dostatecznej oceny zgodności z Konstytucją RP. Wielokrotnie i w nadzwyczajnym tempie je nowelizowano, by wyeliminować liczne pomyłki, których można było uniknąć przy prawidłowo poprowadzonym procesie legislacyjnym. Zwrócił również uwagę, że okres pandemii uwidocznił nierozwiązane dotychczas i nawarstwiające się problemy systemu ochrony zdrowia, np. kadrowe i związane z dostępnością świadczeń.

Warto również odnotować, że projekt ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających możliwość prowadzenia działalności gospodarczej w czasie epidemii COVID-19,⁵ który ma m.in. umożliwić pracodawcy weryfikację, czy pracownik poddał się szczepieniu, jest wciąż na wczesnym etapie prac legislacyjnych. Co więcej, projekt ten spotkał się z krytyką ze strony wielu środowisk, w tym Prezydium Naczelnej Izby Lekarskiej.⁶ Zakłada on bowiem, że pracodawca w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii miałby prawo żądać od pracownika podania informacji o posiadaniu negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 wykonanego nie wcześniej niż 48 godz. przed jego okazaniem, informacji o przebytej infekcji lub o wykonaniu szczepienia przeciwko COVID-19. W przypadku odmowy informacji lub przekazania informacji o braku powyższych pracodawca byłby uprawniony do zmian organizacji wykonywania pracy w sposób zdalny, z zachowaniem dotychczasowego wynagrodzenia. Prezydium NRL wskazało, że zaproponowane rozwiązania nie odzwierciedlają rzeczywistych potrzeb pracodawców i podmiotów gospodarczych w zakresie zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2, a projekt w tym kształcie nie zasługuje na aprobatę przede wszystkim dlatego, że jego przepisy nie zachęcają pracowników do szczepień. W związku z tym zaapelowano o pilne podjęcie prac nad sukcesywnym poszerzaniem obowiązku szczepień, szczególnie dotyczącego wykonujących pracę lub świadczących usługi w osobistej styczności z dużą liczbą ludzi. Wiele krytycznych uwag odnośnie do jakości projektowanego aktu prawnego zgłosiła także Krajowa Izba Radców Prawnych,⁷ która podkreśliła, że wprowadzenie dodatkowych mechanizmów związanych ze zwalczaniem epidemii SARS-CoV-2 jest niezbędne. Ustawodawca winien jednak zadbać o to, aby prawo stanowione było skutecznym środkiem do osiągnięcia założonych celów, do czego niezbędne jest spełnienie standardów prawidłowej legislacji, przede wszystkim zgodności z Konstytucją RP. ■

Największa nagroda

O pokonywaniu własnych ograniczeń, wpływie sportu na życie zawodowe, zawodach ninja, zdobyciu Mount Everest i jednej ze swoich największych motywacji opowiadał **Piotr Chilczuk**, lekarz w trakcie specjalizacji z radioterapii onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, w rozmowie z Adrianem Boguskim.

Jak zaczęła się pańska przygoda ze sportem?

Początkiem było pływanie na basenie w czasach licealnych, kiedy lekarz stwierdził u mnie chorobę kręgosłupa. Zalecił wtedy pływalnię. W szkole nie miałem żadnej alternatywy. Na zajęciach grało się wyłącznie w piłkę nożną, co mi zupełnie nie odpowiadało. Nie lubiłem gier zespołowych. Gdy poszedłem na studia, w ramach zajęć WF również wybrałem basen. Bieganie zaczęło się nieco później. Bardzo wiele czasu spędzałem na nauce i potrzebowałem odskoczni. Stopniowo zajęcia na basenie zmieniałem na bieganie. Na początku byłem w stanie przebiec kilkanaście metrów, ale z czasem dystans ten się wydłużał. Pamiętam jak dziś, jak się cieszyłem, kiedy przebiegłem pierwszy kilometr, a potem dwa.

Co najbardziej polubił pan w bieganiu?

Chyba fakt, że bieganie to najprostszy sport, również pod względem organizacyjnym. Pływanie wymagało znalezienia odpowiedniego miejsca, zakupu stroju, opłaty karnetu, a do biegania w gruncie rzeczy trzeba mieć tylko odpowiednie buty. Jeżeli wyjadę na wakacje, mogę uprawiać ten sport wszędzie, bez szukania pływalni czy siłowni. Bie-

ganie na początku było dla mnie odciążeniem codziennego stresu. Po pewnym czasie znalazłem w Warszawie grupkę osób, które spotykały się w określone dni na kilka godzin wspólnego treningu. Od nich dowiedziałem się, jak ćwiczyć i jak się odpowiednio rozciągać. Wcześniej nie wydawało mi się to aż tak ważne. Inni członkowie grupy zasugerowali mi uczestnictwo w zawodach biegowych.

Pamięta pan swój pierwszy start?

W pierwszym oficjalnym biegu wystartowałem na 10 km. Wówczas był to dla mnie dystans wręcz nie do pokonania, ale udało się! Ten bieg tak mnie „nakręcił”, że zacząłem interesować się terminami kolejnych zawodów. Później startowałem na dłuższych dystansach. Zawsze mi imponowało, kiedy ktoś mówił o przebiegnięciu maratonu i o podjęciu morderczego wysiłku. W głowie kiełkowała mi myśl, żeby pokonać te 42 km. Do tego pomysłu dostosowałem treningi. Bardzo pomagała mi ówczesna narzeczona – Natalia. Motywowała mnie i wspierała w pokonywaniu ograniczeń. No i udało się. Pierwszy maraton przebiegłem może z nie najlepszym wynikiem, ale ukończyłem go. Potem były następne maratony i półmaratony. Dziś mam na koncie 10 maratonów, troszeczkę mniej półmaratonów i bardzo wiele biegów na 10 i 5 km.



W tamtym okresie w alternatywny sposób zdobył pan również dach świata.

Znalazłem w Internecie grupę, która organizowała wchodzenie po schodach w jednym z warszawskich wieżowców. Pierwszego dnia, na jednym treningu, wszedłem na ostatnie piętro Pałacu Kultury i Nauki trzy razy. Z czasem zmieniały się budynki, był hotel Marriott, hotel Intercontinental w Warszawie, gdzie nawet 10 razy udało mi się wejść na ostatnie piętro. Nasza grupa zorganizowała zawody we wchodzeniu na ostatnie piętro hotelu Marriott przez 24 godziny. Mieliliśmy specjalne chipy, które mierzyły zdobytą wysokość na podstawie liczby pokonanych schodów. Po kolei pokazywała się wysokość Gubałówki, Rysów, Mont Blanc. Celem było oczywiście osiągnięcie wysokości Mount Everestu. Udało mi się to osiągnąć w 21 godzin. Wysiłek był morderczy. Wcho-



Fot. archiwum

Moi znajomi w podobnym wieku przeżywają już pierwsze stany depresyjne lub objawy wypalenia zawodowego. (...) Fakt, że mam pasję, dobrze nastraja do życia.

dzenie, zjazd windą i znowu na górę schodami, z przerwami na posiłek, lekki odpoczynek i napicie się. Zacząłem o 9.00, a skończyłem o 5.00 następnego dnia.

Czy właśnie takie doświadczenia sprawiły, że dziś realizuje się pan w biegach z przeszkodami?

Z pewnością dały mi podstawy do ich uprawiania. Jednak duży wpływ na zmianę dyscypliny miała pandemia. Przez lockdown odwołano wszystkie biegi uliczne, a brakowało mi startów. Ku mojemu wielkiemu zdziwieniu, bo wydarzyło się to przed pełnym zamknięciem, odbywały się w Warszawie zawody Runmageddon. Kiedy miałem za sobą bieg w błocie, pokonanie takich przeszkód jak: przeskok z drążka na drążek, wchodzenie po linie na wysokość 5 m, przesuwanie opon, to od razu zacząłem szukać podobnych zawo-

dów i miejsc w Warszawie, gdzie można się do nich przygotowywać. Znalazłem taki punkt na Bielanach – Obstacle Center Team.

Od Runmageddonu zaczęło się zainteresowanie zawodami ninja?

O Runmageddonie słyszałem wcześniej, ale szczerze mówiąc, bałem się brać w nim udział. Sądziłem, że sobie nie poradzę, że to dla mnie zbyt trudne. Gdy go ukończyłem, stwierdziłem, że biegi uliczne są po prostu nudne. Poza tym biegając, ćwiczymy tylko dolne partie ciała, a w biegach przeszkodowych zmuszamy do intensywnej pracy wszystkie mięśnie. O zawodach ninja dowiedziałem się

później. Ta dyscyplina polega na pokonywaniu niezbyt długiego toru przeszkód (jest ich 10–15) w jak najkrótszym czasie. Pierwszy tor pokonałem w lipcu podczas zawodów w Gdyni. Zawody ninja mają trochę inny charakter niż Runmageddon. Nie tyle liczy się fakt pokonania przeszkody, ile czas, w jakim wykonasz wszystkie zadania. Dodam, że przed startem w Trójmieście wysłałem zgłoszenie do programu Ninja Warrior Polska. Dostałem się. Będzie można mnie zobaczyć w piątej edycji, w marcu 2022. Zapraszam do oglądania.

Przy tym wszystkim realizuje pan swoją drogę zawodową na wymagającym oddziale, ma pan rodzinę. Jak pan na to wszystko znajduje czas?

Wykorzystuję każdą wolną chwilę. Mam wiele dyżurów całodobowych w miesiącu. Czasami zdarza się na nich, że mam trochę wolnego czasu i właśnie wtedy

robię pompki, staję na rękach albo ćwiczę chwyt i podciąganie na drążku, który kupiłem i umieściłem we framudze drzwi pokoju lekarza dyżurnego. Kiedy wracam do niego po wielu godzinach pracy, nawet zawisnięcie na drążku, które rozciąga całe ciało, jest bezcenne. Raz w tygodniu chodzę na zajęcia grupowe. Najczęściej ćwiczę jednak w domu. Moje dziecko uwielbia wchodzić na mnie, kiedy robię pompki.

Czy pokonywanie przeszkód w sporcie pomaga w pracy, w kontakcie z pacjentami onkologicznymi?

Myślę, że dzięki uprawianiu sportu jestem dużo spokojniejszy w pracy. Dostrzegam, że koledzy, którzy nie są zbyt aktywni fizycznie albo nie mają innej pasji, bardzo denerwują się wszystkim. Dziś, kiedy wychodzę ze szpitala, za jego drzwiami zostawiam sprawy związane z pracą, co pozwala odpocząć. Chyba niewiele osób ma taką zdolność. Pacjenci onkologiczni różnie reagują na nasze propozycje leczenia. Czasami nie jesteśmy w stanie pomóc, co jest niezwykle obciążające mentalnie. W takich sytuacjach propozycja leczenia w hospicjum, która wielu osobom kojarzy się jednoznacznie, przekazana spokojnie, z podkreśleniem, że to może pomóc w uśmierzeniu bólu, niejednokrotnie uspokaja również pacjenta. Taka postawa wobec człowieka przeżywającego dramat wymaga od lekarza pewności siebie. Dziś wiem, że sport, pokonywanie swoich ograniczeń, bardzo mi w tym pomaga, podbudowuje mnie.

Pasja działa na pana terapeutycznie...

Przyznam, że działanie terapeutyczne dotyczy nie tylko mnie. Kiedy ukazała się gazeta wydawana przez nasz szpital z rozmową ze mną, reakcja ludzi, którzy ją przeczytali, skłoniła mnie do zwrócenia się do „Pulsu”. W pracy koledzy i koleżanki zamiast pytać o pacjenta, pytają, jak było na ostatnich zawodach. To bardzo przyjemne, że znajomi z pracy kojarzą mnie z moją pasją. Po publikacji wywiadu poczułem, że zachęciłem ich do zrobienia czegoś pożytecznego ze swoim wolnym czasem. Lekarze często nastawieni są wyłącznie na



Na pewno przyczyniła się do tego pandemia. Obserwuję lekarzy, którzy są często przygnębieni, mają wszystkiego dość, nie widzą szansy na poprawę. Może mniej wiek, ale przede wszystkim fakt, że mam pasję, dobrze nastraja do życia.

W jakich zawodach planuje pan wystartować?

Na stronie kalendarzbiegów.pl mogę sobie zaznaczyć, w jakim biegu chcę uczestniczyć. W 2021 r. miałem zaplanowanych już 10–15 biegów z przeszkodami, które czasami nakładały się z zawodami ninja. Organizatorzy czasami je łączą. W 2022 r. jednak, ze względu na zbliżający się egzamin zawodowy, do wiosny nie będę startował. Postaram się jednak w styczniu wziąć udział w zimowym Runmageddonie, a w pełni rozkręcić się latem.

Zamierza pan jeszcze brać udział w biegach miejskich?

Na razie nie. Nastawiam się na biegi z przeszkodami. Bierze w ich udział dużo mniej osób. Po kilku startach znam już wielu zawodników. Przede wszystkim jednak te biegi są ciekawsze. Nie wiemy, jakie przeszkody nas czekają, a to bardzo uatrakcyjnia rywalizację.

Co chciałby pan osiągnąć w sporcie i dzięki sportowi?

Chciałbym wejść do elity. Moim celem jest umiejętność pokonania każdej przeszkody. Dużo mi nie brakuje, ale jeszcze trochę muszę potrenować. Chcę też, by koledzy po fachu dostrzegli, że zawód lekarza to niejedyny, na co nas stać. Wstawiam zdjęcia na profilach społecznościowych, kiedy stoję na rękach w różnych miejscach na świecie, na dyżurze, podczas zabawy z dzieckiem. Zauważyłem, że wywołuję tym duże poruszenie w środowisku szpitalnym. Jeżeli wpłynę na kogoś swoją postawą, będzie to dla mnie największa nagroda. ■

➤ pracę. Nawet podczas spotkań towarzyskich po paru minutach rozmowy i tak wszystko sprowadzają do medycyny.

...stanowi też zabezpieczenie przed wypaleniem zawodowym.

Moi znajomi w podobnym wieku przeżywają już pierwsze stany depresyjne lub objawy wypalenia zawodowego.

SPORTOWE NIEDZIELE

6, 13, 20, 27 lutego
6, 13, 20, 27 marca
w godz. 15.00-17.00

SZCZEGÓŁY



Komisja ds. Sportu
OBL w Warszawie



Studium Wychowania Fizycznego
ul. Kartezjusza 1



Dofinansowanie wyrobów medycznych

Zachęcamy seniorów, którzy nie otrzymali dofinansowania zakupu wyrobów medycznych z NEZ ani z PFRON, do ubiegania się o dofinansowanie oferowane przez naszą izbę (szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore).

Termin składania wniosków upływa
31 marca 2022 r.



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

KRS 0000250527

Przekaż 1%
swojego podatku na szczytny cel

Nr konta 31 7030 0045 1170 0000 0330 4290



zapraszamy seniorów lekarzy/lekarzy dentyistów 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.



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

Termin składania wniosków upływa 31 marca 2022 r.



**Uchwała nr 166/R-VIII/21
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 15 grudnia 2021 r.**

**w sprawie wyrażenia zgody na przedłużenie
Umowy w sprawie programu ubezpieczeniowego
dla lekarzy i lekarzy dentyistów
– członków Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie**

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2021r., poz. 1342) 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 2021 r., poz. 2095), w zw. z uchwałą nr 27/R-VIII/21 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 10 marca 2021 r. w sprawie upoważnienia skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej do przeprowadzenia czynności mających na celu dokonanie analizy rynku

ubezpieczeniowego pod kątem możliwości optymalizacji kosztów ponoszonych w związku z realizacją programu ubezpieczenia OC dla lekarzy i lekarzy dentyistów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, uchwała się, co następuje:

§1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie wyraża zgodę na przedłużenie z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń Społecznych Spółka Akcyjna umowy w sprawie programu ubezpieczeniowego dla lekarzy i lekarzy dentyistów – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§2

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

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

Koleżanki i Koledzy, Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie, rocznik 1977

Serdecznie zapraszamy Absolwentów z osobami towarzyszącymi na zjazd koleżeński z okazji 45-lecia ukończenia studiów, który odbędzie się **4 czerwca 2022 r., w Lublinie, w restauracji Legendy Miasta w hotelu Ibis, przy al. Solidarności 7.**

Prosimy o zgłoszenia uczestnictwa do 10 maja 2022 r.

Informacji dotyczących zasad i kosztów uczestnictwa, zaproszeń itp. udzielają:
Elżbieta Wroczek-Glijer (elawroczek@wp.pl, tel.: 605-988-766)
oraz Grażyna Staroń-Górnicka (ggornicka@wp.pl, tel.: 605-722-050).

Serdecznie zapraszamy. Do zobaczenia!



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Nielubowicza

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”

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

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: Adrian Boguski – a.boguski@oilwaw.org.pl, Michał Niepytalski – m.niepytalski@oilwaw.org.pl,
Urszula Wolińska-Kuśtaj – u.wolinska@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Paweł Kowal, Karolina Kowalska,
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-Szłaga **DRUK:** Elanders Polska Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiestacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.



Mirosław Klukowski (1943–2021)

W nocy z 3 na 4 grudnia 2021 r. odszedł na wieczny dyżur chirurgiczny do Pana Boga mój serdeczny, prawdziwy Przyjaciel dr Mirosław Klukowski. Na Jego przyjaźń mogłem zawsze liczyć, a On mógł liczyć na mnie.

Nie mam zamiaru opisywać Jego życiorysu naukowego i zawodowego. Myślę jednak, że nie przesadzę, jeśli powiem, że Mirek tworzył niebo na ziemi, ponieważ najważniejszą wartością było dla Niego dobro. W tym roku mija 60 lat mojej pracy jako lekarza, ale nie spotkałem na swej drodze drugiego takiego lekarza jak dr Mirosław Klukowski. Autentycznie, tak zwyczajnie oddanego każdemu choremu i każdemu napotkanemu człowiekowi. Dobroć emanowała od Mirka, poczynając od Jego wyglądu i nieodłącznego serdecznego uśmiechu. Żył dla chorych i innych ludzi. Nie znał słowa „nie”. Zawsze był gotowy do pracy. Pracując, nie patrzył na zegarek lub w telefon komórkowy.

Przez 20 lat pracowaliśmy razem w Klinice Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego CMKP w Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie. Mirek odpowiadał za organizację kształcenia podyplomowego w klinice. Zawsze był gotowy do dyskusji naukowej i klinicznej z kursantami, a także młodszymi kolegami. Uczył prawdziwej, codziennej klinicznej chirurgii. Bardzo dużo czytał piśmiennictwa naukowego polskiego i angielskiego. Posiadał niezwykle rozległą wiedzę. Nasze dyskusje często były długie i burzliwe. Trzykrotnie zmienialiśmy temat Jego pracy doktorskiej. Żadnego tematu nie doprowadził do końca, ale był znakomitym lekarzem, sprawnym chirurgiem, pełnym empatii w stosunku do chorych. Oferował pacjentom nie tylko wiedzę i umiejętności chirurgiczne, ale też nadzieję. Szczególną troską otaczał słabych, starych i potrzebujących wsparcia.

Po przejściu na emeryturę przez wiele lat pracował w Przychodni Obwodowej przy ul. Szajnochy w Warszawie. Chorzy Go uwielbiali. Działał aktywnie w samorządzie lekarskim na terenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Nie myślał o sobie. Całą energię, umiejętności i siłę przeznaczał dla innych. Dr Mirosław Klukowski jest godnym naśladowania Lekarzem.

Moja ocena Mirka ma osobiste zabarwienie, ponieważ zaprzyjaźnił się z moją śp. Mamą. Często odwiedzał Ją w domu. Dziękuję Ci, Mirku, i za to też. Duży, pogodny, zawsze życzliwy pan doktor Mirosław Klukowski na zawsze pozostanie w mej pamięci i sercu. Odszedł Dobry Człowiek i Lekarz z epoki Hipokratesa i dr. Judyma.

Dziękuję Ci, Mirku, za wspólnie przepracowane lata.

Prof. **Krzysztof Bielecki**



Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
prof. dr. hab. n. med. **Huberta Wanyury**

wspaniałego Kolegi, nauczyciela akademickiego,
specjalisty z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej.
Żegnamy Lekarza niezwykle zaangażowanego
w działalność samorządową,
delegata na krajowe i okręgowe zjazdy lekarzy,
członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,
wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii
Jamy Ustnej i Chirurgii Szczękowo-Twarzowej.

Rodzinie, Bliskim i Przyjaciołom
wyrazy głębokiego współczucia składają
Łukasz Jankowski, prezes ORL w Warszawie,
Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL ds. lekarzy dentyistów,
Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie
oraz Komisja ds. Lekarzy Dentyistów.



4 stycznia 2022 r. zmarła

dr **Eleonora Czerepińska-Gajek**

Od października 1942 do września 1944 r. walczyła w AK.
W wieku 17 lat brała udział w Powstaniu Warszawskim
jako łączniczka i sanitariuszka Zgrupowania „Kryśka”.

W latach 1952–1963 pracowała jako lekarz internista
w szpitalu i pogotowiu w Żyrardowie.
Od 1963 do 1990 r. była lekarzem
Kolejowej Służby Zdrowia,
od 1982 do 1990 r. pełniła funkcję naczelnego dyrektora
Kolejowej Służby Zdrowia.

Zawsze cieszyła się dużym uznaniem
współpracowników i pacjentów.
Należała do Sekcji Medycyny Komunikacyjnej TLW.
Wspaniała Człowiek i Lekarz.
Krystyna Podgórska-Baraniecka



7 stycznia 2022 r. odszedł na zawsze
dr n. med. **Maciej Jakuciński**

ceniony radiolog, pełen empatii lekarz, nasz Przyjaciel.
Żegnaj Maćku, będziemy o Tobie zawsze pamiętali!

Przyjaciele, koleżanki i koledzy
ze Szpitala Bródnowskiego



Program ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyistów

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


PAMIĘTAJ O PONOWNYM ZŁOŻENIU DEKLARACJI

Deklarację przystąpienia możesz wypełnić: ins-med.pl/oil-warszawa
Ubezpieczenie OC lekarza i lekarza dentyisty jest bezpłatne dla członka OIL w Warszawie.

program obsługuje:
ins INS Service
insurance agency

Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń przeznaczony specjalnie dla lekarzy.


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



ubezpieczenie utraty dochodu, odszkodowanie nawet do 180 tys. zł



ubezpieczenie ochrony prawnej nawet do 500 tys. zł



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



ubezpieczenie NNW związane z ekspozycją na HIV / WZW



PZU Wojażer dla lekarzy na cały rok

Umowę ubezpieczenia możesz zawrzeć w dowolnym czasie i miejscu na stronie internetowej www.ins-med.pl

Specjalna oferta ubezpieczeń OC dla podmiotów leczniczych

Gwarantujemy:

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

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

ins INS Services
insurance agency

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

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

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



- Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej** Łukasz Jankowski, tel. 22-542-63-82
- Wiceprezes ORL ds. lekarzy dentystów** Dariusz Paluszek, tel. 22-542-83-55
- Wiceprezes ORL** Tomasz Imiela, tel. 22-542-83-42
- Wiceprezes ORL** Krzysztof Madej, tel. 22-542-83-46
- Wiceprezes ORL przewodniczący Delegatury Radomskiej** Mieczysław Szatanek, tel. 48-331-36-62
- Sekretariat** tel. 22-542-83-40, 22-542-83-42, faks 22-542-83-41
- Sekretarz ORL** Marta 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 Kowalczyk, tel. 22-542-83-85
- Pełnomocnik prezesa ORL w Warszawie ds. operacyjnych** Piotr Artur Wincianus, 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
- 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/Zespół ds. Wyborów** tel. 22-542-83-06
- 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. 22-542-83-28
- 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



PRACA DLA LEKARZY

Zapraszamy
pracodawców
do publikacji
ogłoszeń.



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

- Na stronie WWW OIL w Warszawie:
www.izba-lekarska.pl
→ praca dla lekarzy
→ wyszukiwarka ogłoszeń
- Na profilu facebookowym Centrum Kariery
Lekarza:
www.facebook.com
→ @centrumkarierylekarza
- Na tablicy ogłoszeń w siedzibie Okręgowej
Izby Lekarskiej w Warszawie

Jeśli chcesz poznać więcej szczegółów,
zadzwoń do nas:

22 542 83 53 lub 668 373 100.

Lub napisz: praca@oilwaw.org.pl