ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

KWIECIEŃ 2020 (nr 300)

- Wsparcie dla lekarza
- Świat bez szczepień?
- Media w czasach (nie tylko) zarazy
- Słowa na zdrowie Puls prof. Jerzy Bralczyk
- E-zdrowie dla zdrowia
- Pomysł może mieć każdy, ale...
- Stomatolog przy komputerze

izba-lekarska.pl oilwarszawa oilwarszawa oilwarszawa

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

Biuro OIL w czasie epidemii działa w godzinach podanych na stronie internetowej izby oraz na stronach 12–13 wewnątrz numeru.

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18; NIP 522-00-02-357; tel.: 22-542-83-48; biuro@oilwaw.org.pl

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

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

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

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

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

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

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

Skarbnik Jan Krzysztof Kowalczuk, tel. 22-542-83-85

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

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej
Ewelina Bobek-Pstrucha,
tel. 22-542-83-22, 22-542-83-24, 22-542-83-27

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

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

Dyrektor biura Anna Ścibisz,
tel. 22-542-83-47

Główna księgowa Helena Jemioł,
tel. 22-542-83-36

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

Kasa, tel. 22-542-83-34
czynna w poniedziałek i wtorek od godz. 9.00 do 15.30,
w środę – od 9.00 do 17.00,
w czwartek i piątek – od 9.00 do 15.30
(przerwa codziennie od godz. 13.30 do 14.00)

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

Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu,
tel. 22-542-83-16, 22-542-83-14

Komisja ds. Praktyk Lekarskich,
tel. 22-542-83-18, 22-542-83-19

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

Komisja ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia,
tel. 22-542-83-30

Komisja ds. Stażu Podyplomowego,
tel. 22-542-83-32

Komisja Bioetyczna przy OIL w Warszawie,
tel. 22-542-83-12

Komisja ds. Lekarzy 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, Sportu i Turystyki,
tel. 22-542-83-33

Rzecznik praw lekarza,
tel. 22-542-83-29

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów,
tel. 22-542-83-90

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

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

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

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

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

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

Fundacja Pro Seniore,
tel. 22-542-83-30 odz@oilwaw.org.pl

Lekarzu z @OILWarszawa

Jesteś na pierwszej linii frontu?
Potrzebujesz wsparcia?
OIL w Warszawie zapewni Ci **POMOC PSYCHOLOGICZNĄ.**

660 672 133

pelnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl

Jeżeli masz pytania dotyczące swoich praw i obowiązków w obecnej sytuacji:

728 988 518

prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl

Jeśli zaraziłeś się koronawirusem,
zgłoś się do nas w sprawie odszkodowania.

22 542 83 39

m.lisieski@oilwaw.org.pl

Więcej informacji na www.izba-lekarska.pl

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

Graf. K. Bryda

SPIS TREŚCI

- NA DZIEŃ DOBRY (str. 4)
- DZIŚ I JUTRO (str. 5)
- WSPARCIE DLA LEKARZY (str. 7–11)
- Z NASZEJ PRAKTYKI

14 **Świat bez szczepień?**
– Łukasz Durajski

18 **E-zdrowie dla zdrowia**
– rozmowa z Michałem Gontkiewiczem

20 **Pomysł może mieć każdy, ale...**
– rozmowa z Michałem Wszołą

24 **Stomatolog przy komputerze**
– Piotr Rożniatowski

- WYNURZENIA I IDEOLOGIE...

15 **Jak camembert – śmierdzi, ale ma wyjątkowy smak**
– Jarosław Biliński

- OPINIE

16 **Wirus w przestrzeni politycznej**
– Marek Balicki

17 **Wirusy i czołgi**
– Paweł Kowal

26 **Media w czasach (nie tylko) zarazy**
– Małgorzata Solecka

28 **Między magią a nauką**
– Paweł Walewski

48 **Nowoczesna medycyna ma związek z... wygodą**
– Artur Drobniak

- SŁOWA NA ZDROWIE

29 **Puls** – prof. Jerzy Bralczyk

- SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

22 **Stomatologia w czasie epidemii**
– Dariusz Paluszek

- MEDIA

30 **Z ręką na „Pulsie" x 300**

32 **#SPRAWDZAM** – Małgorzata Solecka

33 **„Wyjdź z twarzą" – szkolenie rzeczników prasowych i osób reprezentujących szpitale w mediach**
– Renata Jeziółkowska

34 **#W ETERZE**

Graf. na okładce: K. Rosiecki

www.miesiecznik-puls.org.pl

- ZABIEGI WIZERUNKOWE

36 **Po prostu prosto**
– rozmowa z Maciejem Orłosiem

- PRAWO

38 **Aktualności prawnomedyczne**
– Filip Niemczyk

40 **Niezastosowanie procedur**
– Aleksandra Powierża, Karolina Podsiadły-Gęsikowska

42 **Nieporozumienia wokół „lojalek"**
– Karolina Podsiadły-Gęsikowska

- INNOWACJE

46 **Pacjent w centrum uwagi**

- NA PRZESTRZENI LAT

52 **20 sylwestrów na dyżurze**
– rozmowa z Teresą Kortą

- ŻYCZENIA WIELKANOCNE (str. 3, 6)
- IZBA DLA LEKARZY (str. 12)
- OKIEM WUM (str. 25)
- OKIEM NFZ (str. 43)
- Z MAZOWSZA (str. 44)
- W TELEGRAFICZNYM SKRÓCIE... (str. 45)
- DZIEJE SIĘ (str. 49)
- SPORT (str. 51)
- WSPOMNIENIA (str. 55)

Z okazji Świąt Wielkanocnych
życzę Państwu i Państwa bliskim
przede wszystkim zdrowia.
Dużo sił, wytrwałości
i niezachwianej nadziei na lepsze jutro.
Byście mimo trudnego czasu epidemii,
w jakim przypadają te Święta,
odnaleźli poczucie spokoju i równowagi.
By zawsze towarzyszyła Wam
świadomość ogromnego sensu
i znaczenia wykonywanej pracy,
której nasze społeczeństwo tak bardzo
potrzebuje.
Życzę radości, spełnienia
w życiu zawodowym i prywatnym.
Niech wraz z budzącą się wiosną
następują w Państwa życiu
tylko pozytywne zmiany.

Łukasz Jankowski
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
w Warszawie

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

Fot. archiwum

Nie tak

RENATA JEZIÓŁKOWSKA
redaktor naczelna

Nie tak miała wyglądać okładka 300. numeru „Pulsu". Bo nie tak miała wyglądać rzeczywistość. Jeszcze kilka miesięcy temu nie przypuszczaliśmy, że będziemy żyć „w czasach zarazy". I martwić się, czy wystarczy dla lekarzy maseczek. Dobrze, że pacjenci z własnej inicjatywy je przekazują bądź szyją, drukują czy jakkolwiek inaczej produkują. Bo system ma problem z reakcją na braki podstawowych środków ochrony dla tych, w rękach których jest zdrowie społeczeństwa. W sumie szkoda, że na maseczkę narysowaną na okładce naszego miesięcznika można sobie tylko popatrzeć, a nie można jej użyć... Na pewno by się przydała.

Nie tak powinno być. Improwizacja ze środkami ochronnymi, poczucie partyzantki i chaosu w organizacji leczenia, przepisy wprowadzające więcej niewiadomych niż wytycznych. Niepewność. Trochę na zasadzie „jakoś to będzie". Może więc kolejna konferencja prasowa? Czy powinniśmy, w obliczu zagrożenia, przymykać na to wszystko oczy? Na pewno szeroko je otwieramy bądź przecieramy (nie dosłownie, bo należy unikać dotykania twarzy).

Nie tak, nie w takich okolicznościach, albo raczej nie tylko w takich, chciałoby się słyszeć podziękowania ze strony rządzących. Łatwiej dziękować medykom w czasie spektakularnego kryzysu niż w czasie kryzysu oswojonego, z którym mamy do czynienia od dawna, który stał się polskim standardem i nie wiedzieć czemu nie robi wrażenia na szczytach władzy.

Nie. Nie jest łatwo godzić się na funkcjonowanie ochrony zdrowia w trybie awaryjnym. Maksymalna eksploatacja lekarzy, których jest w Polsce zdecydowanie za mało, nie potwierdza deklaracji o przygotowaniu państwa na epidemię. Nie, teraz nie czas na naprawianie systemu, bo trzeba koncentrować się na walce z koronawirusem. Nie, po zwalczniu epidemii nie będzie można przejść obojętnie obok problemów w ochronie zdrowia, które teraz brutalnie są obnażane. Po tym wszystkim nie da się nałożyć maski obojętności. Byłoby to smutne i trochę śmieszne.

Tak, nasza izba jest aktywna w poszukiwaniu i organizowaniu różnych form wsparcia dla lekarzy, włączamy się w akcje mogące pomóc i odciążyć. Tak trzeba – robić, co można.

Tak, mówimy otwarcie o tym, jak jest. Mówimy także #sprawdzam. W mediach wybrzmiewa coraz częściej i mocniej głos środowiska lekarskiego, opowiadając się po stronie lekarzy, pacjentów, zdrowia. „Z sercem po stronie zdrowia" – to hasło, które jakiś czas temu wybraliśmy na motyw przewodni 300. numeru „Pulsu". Jest uniwersalne, pasuje do działań naszej izby, więc tak czy inaczej, mimo zmian w koncepcji miesięcznika, pojawia się między wierszami.

Tak, media są ważne. Izbowe („Puls", WWW, media społecznościowe) – głównie jako kanał komunikacji wewnętrznej. Ważne w kontekście komunikacji zewnętrznej – ze względu na funkcje informacyjne, opiniotwórcze, a niekiedy sprawcze – są media masowe. Dlatego przy okazji 300. numeru naszego najstarszego medium przyglądamy się ogólnym mechanizmom rządzącym mediami i zastanawiamy, czy to faktycznie czwarta władza. W „Słowach na zdrowie" zgłębiamy znaczenie naszego tytułu.

Tak, zerkamy w przeszłość, sięgamy do historii, także do ponad 30-letniej historii „Pulsu", ale z zaciekawieniem patrzymy przede wszystkim w przyszłość. W przyszłość medycyny, leczenia, szpitali, rozwiązań w ochronie zdrowia. Bo choć teraz w pewnym sensie świat się zatrzymał, to w innym musi przyspieszać.

Nie tak Polacy planowali spędzanie wiosny. Nie w izolacji, w kwarantannie, nie w szpitalu. Jak planować Święta Wielkanocne? Ci, którzy dobrze życzą sobie, swoim bliskim, którzy chociaż względnie spokojnych świąt życzą lekarzom – zostaną w domu. Zachowają środki ostrożności. Tak, tego najbardziej życzę wszystkim Państwu.

Nie wiem, co będzie się działo, gdy będą Państwo czytali te słowa. Inaczej czyta się te same teksty, gdy zmieniają się okoliczności. Inaczej czyta się teksty z początku marca, inaczej te z jego końca. Mam nadzieję, że mniej rzeczy będzie nie tak, a więcej – tak jak należy. ■

Fot. K. Bartyzel

ŁUKASZ JANKOWSKI
prezes ORL w Warszawie

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

zagrożenie koronawirusem pokazało, że brak zgody na pracę na kilku etatach, chroniczne przemęczenie, zła organizacja opieki nad chorymi i braki sprzętowe nie są wymysłem naszego środowiska. To realne problemy rzutujące na zdrowie pacjentów. Problemy, które – dotychczas traktowane z obojętnością, zarówno przez rządzących, jak i część społeczeństwa – wpływają dziś na bezpieczeństwo wszystkich. System ochrony zdrowia nie uzdrowił się przecież na hasło „koronawirus". Epidemia już obnażyła i coraz bardziej będzie obnażać systemową zapaść.

Koronawirusa i jego skutków nie da się zwalczać nagłówkami w prasie, nie da się powiedzieć w tej sytuacji „niech jadą". Do walki potrzebni są lekarze i sprzęt. W tych trudnych okolicznościach pojawia się jednak poczucie satysfakcji, bo dziś lekarze traktowani są jak dobro narodowe. Cieszą wyrazy solidarności ze strony społeczeństwa. Ciekawe, jak długo tak będzie i czy po epidemii nastąpi realna poprawa warunków naszej pracy. Mam nadzieję na taki właśnie scenariusz.

W tym ciężkim czasie staramy się w izbie reagować, na ile to możliwe, na pojawiające się potrzeby środowiska. Dzięki partnerskiej współpracy z PZU wprowadziliśmy, jako pierwsza i jedyna dotychczas izba lekarska, ubezpieczenie NNW od zakażenia koronawirusem dla 100 pierwszych lekarzy z naszej izby, którzy zachorują. Zakażony lekarz otrzyma 5 tys. zł z polisy. Celem jest wsparcie jego i rodziny, gdy pozbawiony będzie dochodu. Po szczegóły odsyłam do dalszej części „Pulsu" i na naszą stronę internetową.

Z inicjatywy lekarzy pracujących na „pierwszej linii frontu" uruchomiliśmy pomoc psychologiczną udzielaną przez psychologów i terapeutów, którą koordynuje dr Magdalena Flaga-Łuczkiewicz – pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów. Mam świadomość, że taka pomoc – bardzo potrzebna podczas walki z epidemią – będzie konieczna również po zakończeniu pandemii, dlatego deklaruję, że program interwencji kryzysowych będziemy kontynuowali.

Ogromną popularnością cieszy się program „Prawnik dla lekarza". W drugim miesiącu jego realizacji odnotowujemy rekordową liczbę zgłoszeń. To dobrze, że izba jest miejscem, do którego lekarze mogą się o takie wsparcie zwrócić i wiedzą, że je otrzymają.

W ramach akcji „Bohater w masce", zainicjowanej przez dr. Łukasza Palucha, członka naszej izby, zbieramy środki ochrony osobistej (maski, maseczki chirurgiczne, fartuchy), aby przekazać je, po ewentualnej sterylizacji, do placówek, które już zgłosiły zapotrzebowanie. Izba jest ośrodkiem koordynującym ten projekt – łączącym darczyńców z osobami potrzebującymi.

Do izby zwracają się w tym szczególnie trudnym czasie organizacje pragnące wspomóc lekarzy w codziennych zadaniach, abyśmy mogli skupić się na pomocy chorym. Razem ze Związkiem Harcerstwa Rzeczypospolitej podejmujemy akcję pomocy lekarzom w codziennych sprawach, takich jak zakupy, opieka nad dziećmi oraz starszymi członkami rodzin itp. Na naszej stronie internetowej został zamieszczony formularz służący do zgłaszania potrzeb, w zaspokajaniu których mogliby Państwu pomóc harcerze. Bardzo dziękuję ZHR za to wsparcie.

Jeśli w obliczu kryzysu, jakim niewątpliwie jest epidemia, mają Państwo lekarskie potrzeby, do spełnienia których mogłaby się przyczynić izba, nie wahajcie się informować nas o tym. Izba jest naszym narzędziem wspierania i wprowadzania zmian nie tylko, gdy jest „pokój", ale – a może przede wszystkim – podczas „wojny", np. z koronawirusem.

Pozdrawiam Państwa serdecznie, życzę wytrwałości i dużo sił. ■

Warszawa, 16 marca 2020 r.

Szanowni Państwo, Drodzy Pracownicy placówek medycznych,
Urzędnicy wszystkich szczebli administracji państwowej i samorządowej, związani z ochroną zdrowia,
Wszyscy, którzy w tym trudnym czasie posługujecie chorym,

w pierwszych dniach marca rozpoczęliśmy w Polsce bezpośrednią batalię, walkę z zagrożeniem wywołanym przez światową pandemię koronawirusa. Wprost lub pośrednio dotyka ona każdego z nas, odciska się na wielu płaszczyznach życia osobistego i społecznego.

Pierwszymi, którzy muszą stawić jej czoła, jesteście Wy – lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, farmaceuci, diagności laboratoryjni, sanitariusze oraz kapelani. Każdego dnia, w nieustannej gotowości do niesienia pomocy, stajecie na pierwszej linii, najbliżej chorych dotkniętych koronawirusem i pacjentów zagrożonych zarażeniem. **Tą drogą pragnę serdecznie podziękować każdemu z Was** za oddaną, profesjonalną służbę, za codzienną odwagę trwania na Waszych stanowiskach. Wiem, że niesiecie w sercach niepokój, wiele obaw, ale wiem także, że jesteście ludźmi nadziei, która służy do końca, a Waszą siłą jest zespołowe działanie.

Jako przewodniczący Zespołu ds. Służby Zdrowia Konferencji Episkopatu Polski razem z Krajowym Duszpasterstwem Służby Zdrowia w imieniu własnym oraz diecezjalnych duszpasterzy służby zdrowia i wszystkich kapelanów posługujących z Wami w placówkach medycznych pragnę zapewnić o naszym duchowym wsparciu i solidarności z Wami. Codziennie włączamy Wasze życie osobiste, pracę, przeżywane obawy, rodzące się trudności w sprawowaną Ofiarę Eucharystyczną. Prosimy, aby Jezus nadał sens zbawczy Waszemu trudowi. Polecamy Was też Matce Bożej z Lourdes, która jest uzdrowieniem chorych i wspomożycielką wiernych, zawierzamy wstawiennictwu świętych lekarzy i pielęgniarek.

Równie serdeczne podziękowania i zapewnienie o gorącej modlitwie kierujemy do pracowników Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz podległych im jednostek. Otrzymujemy od Was informacje, że podobnie jak pracownicy placówek medycznych jesteście wyczerpani, ale tak jak oni zdeterminowani do świadczenia pomocy.

Niech święci Jan Paweł II i matka Teresa z Kalkuty oraz błogosławieni ks. Jerzy Popiełuszko i Hanna Chrzanowska orędują za Wami, upraszając przede wszystkim łaskę zdrowia, dar mądrości i siłę wytrwania.

Z pasterskim błogosławieństwem

ks. Romuald Kamiński, przewodniczący Zespołu ds. Służby Zdrowia KEP

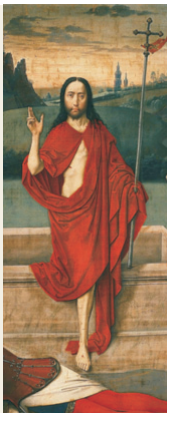
ks. Arkadiusz Zawistowski, krajowy duszpasterz służby zdrowia

Wielkanoc AD 2020

Chrystus, nasza Pascha, nie przestaje być Pielgrzymem z nami razem na drodze historii, którego spotkać może każdy, gdyż On nie przestaje być Bratem człowieka w każdej epoce i w każdym momencie.
JP II, Wielka Niedziela 1980

Drodzy Lekarze, słudzy życia,
niech Waszym udziałem stanie się *gaudium Paschale*. Odnajdźcie Światło wśród ciemności,
Nadzieję wśród cierpienia, niech radość Świąt zostanie wzmocniona zasłużonym odpoczynkiem,
czasem rodzinnych spotkań i życzliwą wdzięcznością pacjentów.
Surrexit Dominus vere, Alleluja!

ks. Arkadiusz Zawistowski
krajowy duszpasterz służby zdrowia



Graf. D. Bouts

Odczuwasz obciążenia związane z koronawirusem? Izba zapewnia lekarzom wsparcie psychologiczne

Wyjątkowa sytuacja kryzysowa, wynikająca z rozwoju epidemii koronawirusa, skutkuje wieloma obciążeniami dla lekarzy. Prócz obciążeń związanych z poczuciem odpowiedzialności za pacjentów, rodziny, z obaw o własne zdrowie, pojawia się mnóstwo innych emocji i trudności, z którymi trzeba się zmierzyć. Nasza izba oferuje wsparcie psychoterapeutów.

Zgłosić może się każdy lekarz – członek Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Można spotkać się z psychoterapeutą albo porozmawiać telefonicznie. By uzyskać fachową pomoc, wystarczy zadzwonić do Magdaleny Flagi-Łuczkiewicz, pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej, pod nr tel. 660-672-133 (jeżeli nie będzie mogła odebrać, na pewno oddzwoni). Można również wysłać SMS bądź e-mail: pelnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl.

– Zagrożenie koronawirusem to dla lekarzy ogromne wyzwanie – zarówno w kontekście zawodowym, systemowym, jak i zwyczajnie ludzkim. Bywa ciężko, gdy pracujemy na pierwszej linii frontu i przyjmujemy dziesiątki lub setki potencjalnie zarażonych koronawirusem pacjentów. Myślimy o nich, o bezpieczeństwie swoim i swoich rodzin, a towarzyszące temu lęki, poczucie wypalenia i stres są zrozumiałe. Lekarze potrzebują wsparcia psychologicznego. Takie wsparcie jest ważne dla nas samych, ale przyniesie ulgę również naszym rodzinom i pacjentom – powiedział prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski. ■ ***rj***

Lekarzu, jeżeli masz pytania dotyczące swoich praw i obowiązków, zadzwoń lub napisz do nas

Wyjątkowość sytuacji, w której znajdują się obecnie lekarze, może rodzić szereg pytań prawnych. Do naszej izby zgłaszane są pytania dotyczące m.in. spraw z pogranicza zawodowego i prywatnego. Pomocą służy kancelaria działająca w naszej izbie, w ramach programu „Prawnik dla lekarza". Kancelaria systematycznie przygotowuje odpowiedzi na zadawane pytania. Część wyjaśnień, dotyczących najczęściej poruszanych przez lekarzy spraw, opublikowaliśmy na naszej stronie internetowej.

W razie wątpliwości i pytań z zakresu prawa należy napisać wiadomość pod adresem: prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl bądź zadzwonić pod numer telefonu: 728-988-518. ■ ***rj***

Lekarzu, jeśli zarazisz się koronawirusem, skontaktuj się z nami w sprawie odszkodowania

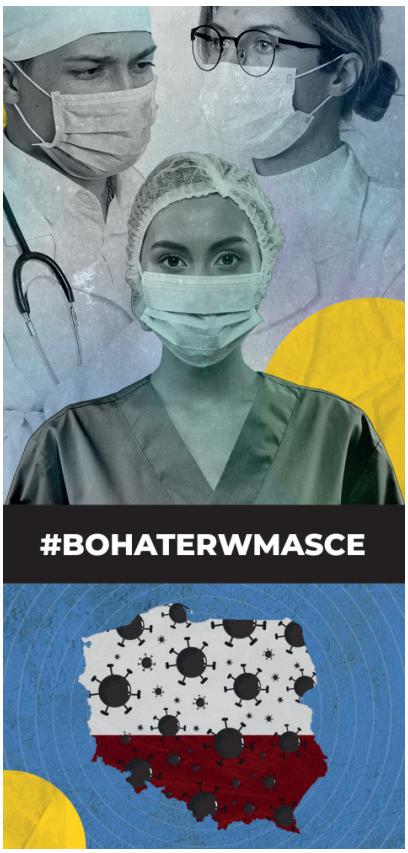
Gdy w obliczu koronawirusa Państwo dbacie o pogłębianie swojej lekarskiej wiedzy, skupiacie się na pacjentach i jak najlepszych reakcjach na dynamicznie zmieniającą się sytuację, my podejmujemy działania w sprawie wsparcia dla członków naszej OIL. Izba zapewnia objęcie ubezpieczeniem 100 lekarzy, u których potwierdzono by zarażenie wirusem SARS-CoV-2. W przypadku wzrostu zachorowań wśród lekarzy z naszej OIL również będziemy starali się wyjść z pomocą.

Mowa o NNW wykupionym przez izbę dla lekarzy z OIL w Warszawie, którzy zakażą się w pracy koronawirusem. Wysokość jednorazowej wypłaty to 5 tys. zł (w przypadku pierwszych 100 lekarzy; grupa bezimienna).

– Zachorowanie na koronawirusa może mocno skomplikować życie zawodowe i rodzinne lekarzy. Nasza izba również w niestandardowych sytuacjach stara się zapewniać różne formy pomocy dla Państwa. Jedną z nich jest właśnie dodatkowe ubezpieczenie – powiedział prezes ORL Łukasz Jankowski.

Szczegółowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu: 22-542-83-39. Można również kontaktować się drogą e-mailową: m.lisieski@oilwaw.org.pl ■

Renata Jeziółkowska



Graf. K. Bryda

Zbiórka środków potrzebnych podczas zwalczania epidemii

W związku z ogromnym zainteresowaniem akcją zainicjowaną przez naszego kolegę dr. Łukasza Palucha, mającą na celu zbieranie masek i sprzętu medycznego do zwalczania epidemii, postanowiliśmy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie wspólnie zorganizować zbiórkę. Na naszej stronie internetowej zamieściliśmy formularz, który służy do zgłaszania zapotrzebowania. Z kolei osoby mogące udostępnić środki ochrony osobistej proszone są o dostarczanie ich do naszej siedziby.

Celem akcji jest zebranie i przekazanie potrzebującym masek pełnotwarzowych, kombinezonów ochronnych, masek jednorazowych i innego sprzętu potrzebnego podczas zwalczania epidemii. Do organizowania tego typu akcji w całej Polsce, pod hasłem „Bohater w masce", zachęca Porozumienie Rezydentów OZZL.

Na naszej stronie internetowej i w mediach społecznościowych opublikowaliśmy taką prośbę lekarzy do pacjentów: *Drodzy Pacjenci, jesteśmy lekarzami – pragniemy pomagać chorym. W tych trudnych chwilach chcemy być z Wami i chronić Was. W przypadku pandemii wirusowej potrzebujemy jednak, oprócz naszych chęci i zaangażowania, również sprzętu medycznego. Jesteśmy świadomi, że prawdopodobieństwo, iż zostaniemy zakażeni, jest ogromne. Jeżeli nie uda się tego uniknąć, niech to się stanie chociaż jak najpóźniej. Nie chodzi nam o nasze zdrowie – dla nas samych, ale o to, byśmy mogli dalej leczyć innych. Zakażony lekarz to potencjalny wektor przenoszenia zakażenia, a poddanie go kwarantannie oznacza wykluczenie z walki o pacjentów. Spowoduje to brak możliwości pomagania innym. Przy obecnej liczebności kadry medycznej nasze siły mogą nie starczyć na długo. Dlatego zwracamy się do Was o pomoc.* ■

Redakcja

Fot. A. Ścibisz

Szczegóły i formularz:

HARCERZE WŁĄCZAJĄ SIĘ WE WSPIERANIE LEKARZY

– ZGŁOŚ NASZEJ OIL, w czym można Ci pomóc

Gdy lekarze na pierwszej linii frontu walczą z rozprzestrzeniającym się koronawirusem, pomoc w codziennych sprawach może okazać się bardzo cenna. Potrzeb jest wiele, więc liczy się każda forma wsparcia. Gotowość wyręczenia w opiece nad dziećmi, nad lekarzami seniorami i seniorami z rodzin lekarzy, a także nad zwierzętami domowymi, w zakupach i innych obowiązkach domowych deklaruje, w miarę swoich organizacyjnych, logistycznych i kadrowych możliwości, Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej. Przygotowaliśmy formularz, dzięki któremu lekarze z całej Polski mogą zgłosić swoje potrzeby. Do tych potrzeb dostosowywana będzie pomoc. Gdy liczba zgłoszeń przekroczy możliwości harcerzy, OIL w Warszawie będzie szukała kolejnych wolontariuszy.

Pomoc w opiece nad dziećmi – polega na wspólnym odrabianiu lekcji, ale też na zabawie, może również obejmować wyręczenie w wykonywaniu domowych obowiązków. By uzyskać adekwatną do zapotrzebowania pomoc, należy w formularzu uwzględnić m.in. liczbę dzieci, ich wiek, zakres i czas, w jakim potrzebna jest opieka, oraz informacje o tym, czy w domu w tym czasie będzie jakiś opiekun. W przypadku, gdy lekarz spędza wiele godzin, ratując chorych, a nie ma z kim zostawić dzieci i nie chce ich powierzać członkom rodziny z grupy ryzyka, zaangażowanie ze strony harcerzy może okazać się rozwiązaniem problemu.

Pomoc w zakupach – prosty mechanizm: lekarz przekazuje harcerzowi listę zakupów, a harcerz dostarcza te zakupy do domu, płatność dokonywana jest przelewem. Wiele osób zwyczajnie nie ma czasu bądź pracuje w godzinach, które wykluczają wyjście do sklepu przed pracą i po niej. Taka forma odciążenia zdecydowanie ułatwi lekarzom organizowanie codziennego życia.

Wsparcie lekarzy seniorów oraz seniorów z rodzin lekarzy – pomoc polegająca np. na dostarczeniu zakupów, lekarstw, potrzebnych rzeczy lub w obowiązkach domowych. Lekarze często wspierają swoich rodziców, którzy są w starszym wieku. Sytuacja epidemiologiczna sprawia, że powinni rezygnować z kontaktów z nimi, poza tym na kontakt nie pozwala brak czasu. Dzięki zaangażowaniu harcerzy seniorzy nie zostaną bez pomocy.

Opieka nad zwierzętami domowymi – wyprowadzanie na spacer psa, karmienie domowych zwierząt, sprzątanie po nich. Wielogodzinna nieobecność w domu, zwłaszcza w przypadku osób mieszkających samotnie, oznacza problem z opieką nad zwierzęciem. Rozwiązaniem może być bieżąca (w zależności od potrzeb) opieka w miejscu zamieszkania lekarza lub wzięcie zwierzęcia pod opiekę przez harcerza (do jego domu) do czasu opanowania pandemii. W formularzu należy wskazać, jakie zwierzę wymaga opieki, i jaki powinien być jej zakres.

– W imieniu środowiska lekarskiego bardzo dziękuję za ten piękny gest harcerzy i idące za na nim realne, bardzo ważne wsparcie. Dzięki odciążeniu w sprawach podstawowych, wręcz prozaicznych, możemy skupić się na pomocy pacjentom i nasze siły skierować przede wszystkim na walkę z koronawirusem. Ta i inne formy pomocy ze strony solidaryzującego się z nami społeczeństwa mają dla nas ogromne znaczenie. Zdajemy sobie sprawę, że nawet przy najszczerszych chęciach możliwości pomagania lekarzom są ograniczone, ale każda pomoc, choćby jednemu lekarzowi, się liczy. Tego typu wsparcie jest niestety coraz bardziej potrzebne – powiedział prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski.

OIL w Warszawie podejmuje działania zapewniające lekarzom dodatkową pomoc w różnych formach i zakresach. Reagujemy na zgłaszane przez Państwa problemy na tyle, na ile pozwalają nam ramy prawne, w których funkcjonujemy. Staramy się również koordynować pomoc płynącą od innych osób, tak jak w przypadku oferowanej przez harcerzy. ■

Renata Jeziółkowska

Formularz zgłoszeniowy:

Fot. K. Bartyzel

„A co mi pomoże psychoterapeuta...?”

MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ
pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Czy wyszkoleni w biologicznym, racjonalnym, naukowym widzeniu świata lekarze mogą otrzymać coś wartościowego od psychoterapeutów? Czy teraz, gdy świat pochłonięty jest walką z epidemią, warto „tracić” na to czas?

Jako biologicznie zorientowany psychiatra i psychoterapeutka o humanistycznym podejściu (w jednej osobie) mogłabym opowiadać godzinami o wpływie na nasze zdrowie psychiczne czynników genetycznych, perinatalnych, rozwojowych, środowiskowych, ogólnomedycznych, biospołecznych, rodzinnych, kulturowych... Oraz o tym, że psychoterapia jest metodą biologiczną, bo – dosłownie! – zmienia mózg. Istnieją badania, które wykazały zmiany struktury ośrodkowego układu nerwowego u osób po psychoterapii!

Opowiem o tym kolejnym razem. Dziś mam inną, bardzo ważną sprawę. Chciałam powiedzieć Państwu, co możemy zyskać, spotykając się z psychoterapeutą – zarówno w czasach spokoju, jak i w „czasach zarazy”.

Korzyści

Rozmawiałam ostatnio z kolegą lekarzem, który mimo początkowego sceptycyzmu zdecydował się na podjęcie psychoterapii. Poprosiłam go, by opisał swoje refleksje. Zgodził się podzielić nimi na łamach „Pulsu”. Oddaję zatem głos Piotrowi*:

„Zachęcam do zadbania o siebie.
Jestem lekarzem z niemałym już doświadczaniem zawodowym. Angażuję się w to, co robię, i praca sprawia mi przyjemność. Niestety, jakiś czas temu sytuacja w moim miejscu pracy stała się dość trudna, narastały konflikty i wzajemne oskarżenia. Zbiegło się to ze znaczącym wzrostem roszczeniowości pacjentów, ciągłymi atakami i posądzeniami o błędy, czego doświadcza na pewno wielu z nas. W tamtym momencie to było za dużo dla mnie. Zacząłem być nerwowy i odreagowywać w domu, kosztem rodziny. Wówczas pomyślałem, że trzeba coś z tym zrobić. I tak prawie rok temu zgłosiłem się do izby lekarskiej. Moje działanie było trochę automatyczne, bo skoro to medycyna mnie wyniszczyła, od samorządu mogę pewnie oczekiwać jakiejś pomocy.

Muszę przyznać, że czuwała chyba nade mną Ręka Opatrzności, bo dostałem aż nadto! Koordynator z odpowiedniej komisji skontaktował mnie bezpośrednio z terapeutą. Byłem zaskoczony, okazało się, że moja sytuacja nie jest niczym niezwykłym i w izbie są gotowi do udzielenia mi pomocy. Po kilku rozmowach zaproponowano wsparcie w postaci terapii. I znów byłem zaskoczony, bo sądziłem, że to działanie na wyrost. Zaproponowano mi terapię w nurcie humanistycznym, nie miałem pojęcia, na czym to polega. Z natury jestem człowiekiem otwartym, więc zaryzykowałem. I muszę się podzielić swoimi odkryciami. Otóż ta forma pracy nad sobą była strzałem w dziesiątkę. Okazało się, że stres w pracy i trudne rozmowy gdzieś we mnie zostają i muszę nauczyć się z tym sobie radzić. Dzięki spotkaniom zmieniłem priorytety w swoim życiu, inaczej spojrzałem na pracę. Zyskałem więcej, niż oczekiwałem. Nie tylko zminimalizowałem stres w pracy, ale też poukładałem swoje sprawy osobiste. Co więcej, zostałem zmobilizowany, by kontynuować pracę nad sobą już na własny koszt. Uświadomiłem sobie, że warto zainwestować w siebie, bo z pewnością lepszym lekarzem jest ten, kto zadba o siebie i kto żyje w harmonii ze swoimi uczuciami i przekonaniami. Zdaję sobie sprawę, że wiele spraw w służbie zdrowia źle funkcjonuje, trudno wszystko zmienić. Ale wielkie brawa dla samorządu za to, że finansuje nam taką formę wsparcia. Grzech nie skorzystać :)”.

Pomysł na wsparcie

Półtora roku temu w izbie pojawił się pomysł wspierania lekarzy, którzy czują się wypaleni. Zespół ds. Wypalenia Zawodowego pod przewodnictwem dr Moniki Potockiej proponował rozmowy wspierające z doświadczonymi kolegami po fachu, kilka osób miało też możliwość skorzystania z psychoterapii. Piotr był jedną z nich. Pierwsze doświadczenia w pomocy wypalonym lekarzom – niejako pilotaż – przetarły drogę do stworzenia całościowego programu, w którym każdy lekarz będący członkiem naszej izby może uzyskać realną pomoc. Program jest koordynowany przez pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy. W zależności od swych potrzeb i preferencji lekarz może wybrać formę pomocy, z której skorzysta. Oferowane są trzy:

- treningi balintowskie – odbywają się raz w miesiącu we wtorek, wczesnym wieczorem, formularz zapisów na spotkanie znajduje się na stronie izby,

* Imię zmienione.

- indywidualne wsparcie (*peer suport*) – udzielane przez lekarzy o długim stażu pracy, członków Zespołu ds. Wypalenia Zawodowego,
- indywidualna interwencja psychoterapeutyczna – obejmuje 10 spotkań z psychoterapeutą; co ważne, wszyscy nasi terapeuci są obeznani z realiami pracy w szpitalu i innych jednostkach publicznej ochrony zdrowia.

W obecnej sytuacji pomoc psychoterapeutów jest interwencją kryzysową, pomagającą zachować równowagę w obliczu niecodziennego wyzwania, wykorzystywać optymalnie swoje zasoby – dla siebie i dla innych. Spotkania z terapeutami odbywają się zdalnie (online lub telefonicznie); mamy dane naukowe świadczące o tym, że terapia zdalna może być równie skuteczna jak terapia podczas spotkania osobistego. Z pewnością jest też skuteczniejsza niż brak jakiegokolwiek wsparcia.

Poufność

W delikatnej materii zdrowia psychicznego pojawiają się zawsze obawy dotyczące zapewnienia poufności. To kluczowa kwestia, więc opracowując program, zadbaliśmy o to szczególnie. Dlatego przebieg rozmów podczas spotkań indywidualnych, a także treningów balintowskich jest objęty tajemnicą, a ich treść nie jest dokumentowana. Osoby uczestniczące w zajęciach grupy Balinta wpisują się wyłącznie na listę obecności. W przypadku interwencji terapeutycznej terapeuci nie znają nazwisk pacjentów-lekarzy, a informację tylko o obecności/nieobecności danej osoby na sesji przekazują pełnomocnikowi, który jest jedyną osobą znającą tożsamość zgłaszającego się lekarza (weryfikuje, czy to rzeczywiście lekarz i czy należy do naszej izby).

Na zakończenie

Na łamach „Pulsu” chcę rozmawiać z Państwem o tym, co jest ważne dla naszego zdrowia i dobrostanu. Będę opowiadać historie z happy endem i te, które skończyły się źle. Czasem oddam głos komuś z Was, bo opowieści z pierwszej ręki poruszają bardziej niż suche relacje. Jestem otwarta na wszelkie refleksje, pomysły, uwagi, pytania, zażalenia – na wszystko, co może pomóc nam wspólnie stworzyć system realnego wsparcia we wszelkich problemach zdrowia psychicznego. Wysyłajcie e-maile (pelnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl), dzwońcie lub piszcie SMS-y (660-672-133) albo po prostu przyjdźcie na kawę czy herbatę do mnie w godzinach dyżuru (daty podane w serwisie internetowym izby oraz w „Pulsie”). Możemy zmieniać rzeczywistość. Razem. ■

PS W obecnej sytuacji spotkania w izbie ograniczyłam do minimum, ale używam komunikatorów do wideorozmów, np. Skype (wtedy niestety nie częstuję rozmówcy kawą ani herbatą...).

REKLAMA

OIL w Warszawie zachęca lekarzy do zdalnego załatwiania izbowych spraw

Ze względu na dynamicznie zmieniającą się sytuację epidemiologiczną, zamknięcie szkół i przedszkoli, skutkujące ograniczeniami dla wielu z Państwa, oraz tymczasowe zmniejszenie liczby pracowników obecnych w siedzibie izby zachęcamy do elektronicznego, korespondencyjnego i telefonicznego załatwiania spraw. Nasza izba nie przestaje działać, ale wprowadziliśmy zmiany w czasie pracy. Zapraszamy do śledzenia naszej strony internetowej, na której podajemy aktualne informacje o funkcjonowaniu OIL w Warszawie.

Biorąc pod uwagę nietypowość sytuacji, skupiamy się na pilnych zadaniach, ograniczając te, które nie są priorytetowe. Nasza izba deklaruje elastyczność, jeśli chodzi o terminy (o ile pozwalają na to przepisy prawa), i zgodnie z odgórnymi zaleceniami zmienia daty izbowych wydarzeń bądź odwołuje te zaplanowane na najbliższe tygodnie. Prosimy także, by interesanci, w miarę możliwości, dokonywali płatności przelewem.

– *Lekarze są na pierwszej linii frontu walki z koronawirusem, więc nie bierzemy pod uwagę zamykania izby, wręcz przeciwnie – skupiamy się na organizowaniu różnych form pomocy dla nich i dostosowujemy pracę do niestandardowych okoliczności. Utrudnienia nie blokują naszych działań* – powiedział prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski.

Preferowana jest obsługa online, aczkolwiek Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie czynne jest w godz. 10.00–15.00.

Składki. Możliwa jest obsługa bez kontaktu osobistego – formularze znajdują się na stronie internetowej (https://izba-lekarska.pl/skladki/formularze/), Twój numer konta (https://izba-lekarska.pl/skladki/twoj-numer-konta/), dokumenty należy przesyłać w formie elektronicznej na e-mail: skladki@oilwaw.org.pl; informacje udzielane są telefonicznie pod numerami: 22-54-28-338, 22-54-28-339, 22-54-28-396, 22-54-28-378, w godzinach pracy biura.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego. Obsługa z pominięciem kontaktu osobistego: dokumenty dotyczące rejestracji szkoleń przyjmowane są drogą elektroniczną pod adresem e-mailowym: odz@oilwaw.org.pl; do pobrania pod linkiem: https://izba-lekarska.pl/punkty-edukacyjne/dla-organizatorow-szkolen/. Wstrzymane do odwołania jest przyjmowanie teczek z dokumentami do rozliczania punktów edukacyjnych. Dokumenty mogą być przekazywane między ODZ i lekarzami stażystami oraz do szpitali drogą elektroniczną (na e-mail: a.mika@oilwaw.org.pl); przyjmowana będzie też korespondencja dostarczana pocztą oraz przez kurierów pod naszym adresem: ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa.

Staż podyplomowy. Obsługa bez kontaktu osobistego: stażyści mogą przesłać drogą e-mailową: staz@oilwaw.org.pl skan karty stażu podyplomowego lekarza/lekarza dentysty oraz wypełniony arkusz Excel do sprawdzenia poprawności informacji. Po weryfikacji drogą elektroniczną lekarz osobiście dostarcza do izby do 14 kwietnia komplet dokumentów do PWZ (w przypadku zmiany ustaleń będziemy o tym informować, warto obserwować nas @oilwarszawa na Facebooku, Twitterze i Instagramie); 22-542-83-32.

Prawo wykonywania zawodu. Obsługa z pominięciem kontaktu osobistego: lekarze i lekarze dentyści proszeni są o kontakt drogą e-mailową: p.rejestracja@oilwaw.org.pl lub telefoniczną 22-54-28-316. Zaleca się składanie dokumentów drogą pocztową. Wykaz niezbędnych dokumentów i druki wniosków oraz oświadczeń do pobrania zamieszczone są na stronie https://izba-lekarska.pl/prawo-wykonywania-zawodu/procedury-i-formularze/. Wnioski dotyczące wydania zaświadczeń UE znajdują się pod adresem: https://izba-lekarska.pl/prawo-wykonywania-zawodu/wyjazd-do-ue/.

Praktyki. Obsługa z pominięciem kontaktu osobistego: drogą elektroniczną przez system RPWDL – rpwdl.csioz.gov.pl (składanie wniosków, link z dokumentami do pobrania: https://izba-lekarska.pl/komisje/komisje-stale/praktyk-lekarskich/) oraz kontakt e-mailowy: praktyki@oilwaw.org.pl i telefoniczny 22-54-28-319.

APEL
PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
z 11 marca 2020 r.

W związku z napływającymi do naszej izby sygnałami dotyczącymi dramatycznych niedoborów środków ochrony osobistej dla pracowników ochrony zdrowia, wobec aktualnej sytuacji epidemiologicznej apelujemy do władz centralnych o podjęcie natychmiastowych działań mających na celu uzupełnienie braków, przede wszystkim jednorazowych masek chirurgicznych, fartuchów/kombinezonów, rękawic ochronnych i testów diagnostycznych spełniających standardy opisane w instrukcji Światowej Organizacji Zdrowia.

Mając świadomość ram prawnych, ograniczających działania samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, wynikających z zapisów ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, i postrzegając izbę lekarską jako kanał ułatwiający komunikację między Ministerstwem Zdrowia a lekarzami, deklarujemy nasze wsparcie w organizowaniu dystrybucji uzyskanych materiałów.

Rada Funduszu Samopomocy. Wnioski o becikowe, zapomogi, pożyczki socjalne, pożyczki szkoleniowe i odprawy pośmiertne można składać e-mailowo pod adresem: fundusz@oilwaw.org.pl; kontakt telefoniczny: 22-54-28-333 lub 795-560-297.

Zespół ds. Szczepień. Informacje na temat refundacji szczepionek przeciwko meningokokom typu B można uzyskać telefonicznie: 22-54-28-333 lub 795-560-297; kontakt e-mailowy: szczepienia@oilwaw.org.pl.

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki. Pytania dotyczące pracy komisji (w szczególności kart sportowych dla lekarzy) prosimy kierować pod adresem e-mailowym: d.jarosz@oilwaw.org.pl; kontakt telefoniczny: 22-54-28-333 lub 795-560-297.

Komisja Współpracy z Zagranicą. Pytania dotyczące pracy komisji (w szczególności programu stypendialnego OIL w Warszawie) prosimy kierować pod adresem e-mailowym: g.ciszewska@oilwaw.org.pl; kontakt telefoniczny: 22-54-28-390 lub 698-838-971.

Okręgowy Sąd Lekarski. Ograniczone są rozprawy, o odwołaniach sąd informuje indywidualnie; kontakt telefoniczny: 22-54-28-320, adres e-mailowy: kancelariaosl@oilwawa.org.pl.

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Do minimum ograniczone zostają przesłuchania; kontakt telefoniczny: 22-542-83-24/22, e-mail: oroz@oilwaw.org.pl.

Komisja Bioetyczna. Dokumenty prosimy dostarczać drogą e-mailową lub pocztową; e-mail: k.brama@oilwaw.org.pl, j.puchala@oilwaw.org.pl, numer telefonu: 22-542-83-12.

„Prawnik dla lekarza". Kancelaria pracuje zdalnie, udziela porad prawnych telefonicznie (728-988-518) oraz e-mailowo (prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl) – w poniedziałek w godz. 10.00–18.00, od wtorku do piątku w godz. 9.00–17.00; nie będą się odbywać bezpośrednie spotkania z prawnikami w biurze.

Rzecznik praw lekarza. Nie będzie spotkań bezpośrednich, od poniedziałku do piątku kontakt e-mailowy: rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl, kontakt telefoniczny w poniedziałki w godz. 10.00–14.00, w czwartki w godz. 10.00–16.00; numer telefonu RPL: 512-331-230, numer telefonu działu prawnego RPL: 691-224-246.

Delegatura Radomska. Obsługa bez kontaktu osobistego; wszystkie formularze znajdują się na stronie internetowej (izba-lekarska.pl), dokumenty w formie elektronicznej prosimy przesyłać pod adresem: radom@oilwaw.org.pl lub pocztą; kontakt telefoniczny: 48-331-36-62. Odwołane zostają wszystkie najbliższe spotkania i szkolenia w delegaturze (szkolenia planowane na 18 i 21 marca, spotkanie świąteczne Komisji Emerytów zaplanowane na 7 kwietnia).

Dotychczasowe decyzje o zmianach terminów najbliższych wydarzeń:

- 25–26 marca – szkolenie „Szczepienia ochronne dla lekarzy" – przesunięte na 21 maja,
- 28 marca – konferencja „Ból i cierpienie" – odwołana,
- 28 marca – konferencja „Polki w medycynie" – przełożona na 17 października,
- 6 kwietnia – wielkanocne spotkanie lekarzy seniorów – odwołane,
- 16 maja – rajd rowerowy– odwołany,
- 30–31 maja – Dzień Dziecka– odwołany,
- 19–21 czerwca – VI MSS – przełożone na 2021 r. ■

Renata Jeziółkowska

Fot. archiwum

Świat bez szczepień?

ŁUKASZ DURAJSKI, przewodniczący Zespołu ds. Szczepień OIL w Warszawie

Dzisiaj jesteśmy w punkcie, w którym pacjenci mogą wyobrazić sobie świat bez szczepień. Pandemia koronawirusa pokazuje, jak niebezpieczne bywają wirusy, ale dotyczy to również innych patogenów. Świat patrzy na ręce naukowcom. Oczekiwania wobec ekspertów z dziedziny wirusologii są ogromne. Mnożą się pytania: kiedy powstanie szczepionka? Ile trwa produkcja szczepionki? Czy ona w ogóle powstanie? Niestety, odpowiedź na te wydawałoby się proste pytania jest bardzo skomplikowana. Czas produkcji szczepionek to jedno, a czas ich stworzenia i badań klinicznych to drugie. Wiemy, że na SARS CoV-1 (2002 r.) i MERS (2015) nadal nie powstały szczepionki. Obecnie trwają badania kliniczne, na ochotnikach, związane z opracowywaniem szczepionki przeciwko koronawirusowi SARS-CoV-2.

Jakie wyzwania stoją dzisiaj przed wakcynologią? Ludzie oczekują usprawnienia reakcji świata nauki na nowe patogeny. Jednak przede wszystkim powinniśmy w pełni wykorzystywać możliwości, które są dostępne. Należy więc podjąć szeroką kampanię skierowaną do kobiet w ciąży w zakresie szczepienia przeciwko grypie i krztuścowi. Również osoby starsze powinny być objęte naszą szczególną uwagą, zachęcane do szczepień, gdyż są w grupie największego ryzyka.

Wśród personelu medycznego nie prowadzi się żadnej kontroli odbytych przez tę grupę zawodową szczepień. A przecież właśnie ona może powodować rozprzestrzenianie się patogenu. Należy podjąć kroki mające na celu realizację bezpłatnych, obowiązkowych szczepień dla personelu medycznego, bo np. odsetek zaszczepionych przeciwko grypie w całym społeczeństwie, ale także wśród personelu medycznego, jest alarmująco niski.

Kolejne ważne zagadnienie to korzystanie z nowych szczepionek, które na świecie są już powszechnie dostępne, sprawdzone, np. HPV – jedynej szczepionki, która chroni przed nowotworem, lub szczepionki przeciwko półpaścowi. Korzystajmy z tego, co nam daje świat nauki!

Jasne, że firmy prześcigają się w tworzeniu nowych, ulepszonych szczepionek. Przykładowo intensywnie badane jest połączenie szczepień w serogrupach ABCWY meningokoków. Trwają prace nad szczepionkami przeciwko pneumokokom w szerszym zakresie 15, a nawet 20 serotypów. Coraz więcej badań klinicznych przeprowadza się na świecie w zakresie chorób egzotycznych, takich jak malaria czy zika. W ostatnich miesiącach w Europie zarejestrowano chociażby szczepionki przeciwko dendze i eboli.

Świat w okresie pandemii koronawirusa zdecydowanie bardziej zaczął doceniać ogrom pracy, jaką wykonują wirusolodzy i inni naukowcy. ■

REKLAMA

zapraszamy na studia podyplomowe

Centrum Kształcenia Podyplomowego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

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

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

studiuj z nami
www.ckp.wum.edu.pl

Fot. K. Bartyzel

Jak camembert – śmierdzi, ale ma wyjątkowy smak

JAROSŁAW BILIŃSKI, wiceprezes ORL w Warszawie

Idąc do pacjenta, który wymaga dalszej diagnostyki i stałego monitoringu, czuję w korytarzu woń kiszonego ogórka, ziemniaków, sosu mięsnego i zupy, chyba pomidorowej. Im bliżej wózka z rozwożonym obiadem, tym bardziej w nozdrza wdziera się intensywny zapach, a w oczy rzucają się pacjenci czekający w drzwiach na swoją rację żywnościową. Duża łyżka zamaszystym ruchem zrzuca z siebie kulę ziemniaków, obok ląduje papka mięsna i pół sflaczałego kiszonego ogórka. Pacjenci wyglądający na przestraszonych, ze smutnymi oczami, ale mimo wszystko wymieniający żarty, zagadujący salowe i sąsiadów, odbierają swoje porcje, znikają w salach chorych, nastaje cisza. Za pół godziny brudne talerze wracają na wózek i jadą do mycia. Na połowie z nich nadal jest jedzenie, często nietknięte. Zgarnia się je do wiadra, w którym pływa breja.

Jak wygląda żywienie w polskich szpitalach, każdy wie. Są wyjątki. Gdzieniegdzie zawitały zachodnie standardy – restauracje w szpitalach, kelnerzy, menu do wyboru. Ale to bardzo nieliczne wyjątki. Normą jest karmienie pacjentów tworami jedzeniopodobnymi, podanymi tak nieestetycznie, jak tylko się da.

Zastanawiałem się kiedyś, czy do tego obrazu żywności, którą obdziela się pacjentów, musi dochodzić obraz osoby, która tę żywność podaje – często wręcz rzuca ją na talerz, chlapiąc papką, jakby od niechcenia, jakby sama się tego brzydziła. Skąd się to bierze? Czy to wypalenie zawodowe, efekt frustracji, styl bycia, czy może mechanizm obronny? Wygląda na przyzwyczajenie do warunków i otoczenia w pracy, do dykty, paździerza, rdzy, do słów, które sam minister zdrowia wypowiadał swego czasu, że szpital to nie hotel, a jedzenie ma nie kusić, by pacjent nie chciał w szpitalu przebywać dłużej. To przyzwyczajenie do nakazów przełożonych, że trzeba oszczędzać, że ma się nie marnować, że pacjent nie przyszedł tu jeść, tylko się leczyć. Ten obraz pokazuje, gdzie my rozwojowo jesteśmy i jakie mechanizmy sterują „polską myślą szkoleniową" w ochronie zdrowia.

Czytałem w pewnym opracowaniu, że ekonomicznie, gospodarczo Polsce do poziomu życia w Niemczech brakuje 21 lat. Czyli jeżeli nasz kraj będzie się rozwijał tak jak obecnie (prężnie), a Niemców nie dosięgnie jakiś niespodziewany kryzys, to zajmie nam 21 lat osiągnięcie ich poziomu życia, dogonienie ich? Czy tak samo musi być w ochronie zdrowia? Czy tak samo musi być w kwestii mentalności pracowników ochrony zdrowia? Chyba nie.

Zacznijmy od początku – infrastruktura i kadry. Obie dziedziny wymagają znaczących inwestycji, liczonych w dziesiątkach miliardów złotych. Otoczenie pacjenta ma ogromne znaczenie dla procesu leczniczego i motywacji do walki z chorobą. Nowoczesne placówki lepiej nastrajają pacjenta niż odrapane ściany i zardzewiałe szafki przy łóżkach. Personel pomocniczy, który zarabia minimalną krajową, personel średni i wyższy, który żyje dzięki bieganiu z jednej pracy do drugiej, wypala się niebotycznie szybko, a przede wszystkim przestaje walczyć o zmiany (każdy na początku o nie walczy, próbuje wdrożyć idee, z którymi do zawodu przyszedł). Dostosowuje się, nie tworzy zespołu, tylko odrębne byty walczące o przeżycie, nie utożsamia się z pracodawcą. Pacjent w takich warunkach jest zagubiony, zestresowany i musi naprawdę mieć zdrowie, żeby chorować, staje się przeszkodą na drodze ludzi-robotów, przedmiotem, który trzeba „obrobić", „załatwić". Paskudnie to wygląda, paskudne daje rekomendacje. Paskudnie śmierdzi.

Mimo wszystko ludzie tworzący system ochrony zdrowia i pacjenci są w jakimś takim wzbudzeniu, w swego rodzaju stanie zapłonu, jakby czekali na iskrę, która zapali ich silniki do zmian. Z każdego sektora służby zdrowia odrębnie da się wycisnąć coś dobrego, jest jeszcze możliwość modelowania. To daje nadzieję, że kiedy dojrzejemy, będziemy jak camembert – co prawda pokryci pleśnią, ale wyjątkowi, eleganccy i wykwintni, o dobrym smaku.

Zdaje się, że czeka nas chwila prawdy w nadchodzącym szczycie zachorowań na COVID-19, która obnaży stan gotowości polskiej ochrony zdrowia do przeciwstawiania się trudnym, nietypowym sytuacjom. Po tym upadku na dno trzeba będzie się odbić, rozliczyć z przeszłością i postawić wreszcie na humanitarną, bezpieczną, stabilną ochronę zdrowia. Niech każdy wtedy włączy się do walki. Inaczej nie będziemy jak wykwintny ser pleśniowy, tylko zwyczajnie zgnijemy. ■

Fot. archiwum

Wirus w przestrzeni politycznej

MAREK BALICKI

Gdy piszę ten tekst (1.03.2020 r.), nie wiadomo jeszcze, jaki będzie rozwój sytuacji, jeśli chodzi o rozprzestrzenianie się wirusa COVID-19 na świecie i w Europie, oraz czy dojdzie do szybkiego opanowania epidemii. Eksperci przestrzegają jednak, że jeśli wysiłki służb sanitarnych nie doprowadzą do uzyskania kontroli nad wirusem, możemy być wkrótce świadkami narodzin groźnej w skutkach pandemii.

W ostatnim, lutowym numerze „The New England Journal of Medicine" czytamy, że śmiertelność w tej chorobie może kształtować się na poziomie 1 proc. Wskaźnik byłby wyższy niż w grypie sezonowej (0,1 proc.) i sytuował się gdzieś między pandemią grypy azjatyckiej z 1957 (0,6 proc.) i pamiętną hiszpanką z 1918 r. (2 proc.). Każda zarażona osoba jest źródłem zainfekowania kolejnych dwóch osób. Wyzwanie, przed jakim może stanąć społeczność światowa i władze publiczne poszczególnych państw, jest więc poważne.

W sytuacji kryzysowej istotne jest nie tylko podejmowanie realnych działań prowadzących do jej opanowania, co robią służby państwowe, ale również zapobieganie społecznej panice, czyli niekontrolowanemu strachowi, który napędza irracjonalne zachowania. Panice sprzyja wyolbrzymianie i przeszacowywanie zagrożenia, o co niezwykle łatwo w dzisiejszym świecie mediów społecznościowych i fake newsów. Duży wpływ na nastroje społeczne wywierają media i politycy – mogą przyczyniać się do ich uspokojenia albo pogłębiać niepokój i wręcz snuć teorie spiskowe. A atmosfera również u nas staje się coraz gorętsza...

W tym kontekście zdumiewający był internetowy tweet z końca lutego wicemarszałkini Sejmu i jednocześnie kandydatki na prezydenta wzywający *„premiera Morawieckiego i rząd do ujawnienia prawdy o przypadkach koronawirusa w Polsce"*. Oznaczał ni mniej, ni więcej, że mamy już wiele potwierdzonych przypadków zachorowań, a rząd z jakichś, wiadomych tylko sobie powodów nie chce ujawnić całej prawdy społeczeństwu. Tym powodem miało być medialne „przykrycie" konwencji wyborczej kandydatki przez opóźnienie do tego dnia ogłoszenia wiadomości o pierwszym przypadku koronawirusa.

Tak jednak nie było. Zresztą założenie, że w Polsce może się udać utrzymanie takiego faktu w tajemnicy, jest doprawdy księżycowe. Według WHO w ostatnich dniach lutego lista krajów europejskich ze stwierdzonym zachorowaniem COVID-19 wydłużała się każdego dnia, dołączyła do nich również Polska. Podważanie w tej sytuacji zaufania do służb sanitarnych bezpieczeństwu Polek i Polaków z pewnością nie służy.

WHO na swojej stronie internetowej zaleca: chroń siebie i innych od zachorowania – myj ręce. Chciałoby się dodać: chroń siebie i innych od paniki – zachowaj zdrowy rozsądek. ■

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. archiwum

Wirusy i czołgi

PAWEŁ KOWAL

Świat po koronawirusie będzie inny – to już oczywiste, a może nawet banalne. Szczególnie Zachód się zmieni nie do poznania.

Być może będzie to zmiana porównywalna ze zmianą liberalnej Ameryki po ataku na World Trade Center w 2001 r. Wtedy pierwszy raz okazało się, że ludzie Zachodu są jednak gotowi oddać państwu wiele ze swojej wolności w zamian za gwarancję bezpieczeństwa. Być może życie społeczne zostanie przeorane tak głęboko jak po II wojnie światowej. Skutki choroby, a także upadku gospodarki, następnie zaś skutki społeczne tych wydarzeń, a w końcu polityczne rezultaty tego wszystkiego są trudne do wyobrażenia. Jedno wszelako możemy powiedzieć: bezpieczeństwo nie będzie już rozumiane tak jak dotychczas – przede wszystkim militarnie. Słowami kluczami nowej epoki będą biobezpieczeństwo, biopolityka itd. Nadchodzi czas medycyny. Epidemia koronawirusa pokazała, że wielka populacja bogatych ludzi Zachodu słabo sobie radzi z wirusem, a jeszcze słabiej ze strachem przed nim. A co by było, gdyby to był groźniejszy wirus, chociażby ebola? Dzisiaj państwa na świecie współpracują w walce z chorobą, mniej lub bardziej efektywnie działają na rzecz ograniczenia skali problemów, działa Światowa Organizacja Zdrowia. A co by było, gdyby wirus był elementem wojny biologicznej?

Byli tacy, którzy mówili, że służba zdrowia to przede wszystkim „służba", w znaczeniu zobowiązania do pracy dla społeczeństwa. Inni uważali takie podejście za przestarzałe i twierdzili, że służba zdrowia to przede wszystkim kwestia nowoczesnego zarządzania, sprawnego finansowania ubezpieczeń itd. W świecie po koronawirusie będzie jeszcze inaczej. Zachód patrzył dotąd z daleka na coraz częstsze epidemie: ptasiej grypy, eboli, SARS, świńskiej grypy. Trwająca epidemia zdecydowanie zmieni jedną rzecz – służba zdrowia w nowoczesnym społeczeństwie będzie bardziej jak wojsko, kształcenie lekarzy, pielęgniarek, ekspertów od zarządzania kryzysowego stanie się jednym z najpoważniejszych zadań, z jakich będą rozliczani politycy. Sieć nowoczesnych szpitali będzie tak samo ważna jak zakup czołgów, a dezawuowanie zawodów medycznych będzie tak samo głupie jak obśmiewanie własnej armii. ■

REKLAMA

E-zdrowie dla zdrowia

Fot. K. Bartyzel

Z lek. **Michałem Gontkiewiczem**, przewodniczącym Zespołu ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, członkiem Gabinetu Ekspertów kampanii „Niewykluczenie z cyfryzacji", rozmawia Anetta Chęcińska.

Cyfryzacja coraz szerzej wchodzi do ochrony zdrowia. Czy obecnie możliwe jest wykonywanie zawodu lekarza bez podstawowych narzędzi informatycznych?

I tak, i nie. Jeśli system informatyczny nie będzie działał, skorzystamy z przygotowanych rozwiązań awaryjnych. Jednak wiele narzędzi cyfrowych musimy stosować obligatoryjnie, np. zwolnienia, które wystawiamy w formie elektronicznej, oczywiście poza wspomnianą sytuacją, gdy nie mamy dostępu do sieci. Także recepty, poza wyjątkami opisanymi w ustawie, wystawiamy już obowiązkowo w wersji cyfrowej. Sprawozdawczość w szpitalach czy przychodniach też prowadzona jest elektronicznie. My oczywiście widzimy poszczególne narzędzia informatyczne, które otrzymujemy do wykorzystania, ale razem tworzą one rozwiązanie systemowe. Wszystkie informacje o wizytach, zwolnieniach, receptach zbierane są w systemie, na platformie pacjent.gov.pl, i szerzej – na platformach P1 i P2. Z czasem będą wykorzystywane, chociażby do budowania e-historii choroby, w której będziemy mieli podgląd całego procesu leczenia, możliwość lepszej weryfikacji interakcji leków przyjmowanych przez pacjenta, poznania jego uczuleń i reakcji na leki, informacji o przebytych operacjach. Zyskamy szansę uniknięcia sytuacji, że pacjent zapomniał nam o czymś powiedzieć w stresie wizyty, bo wiele danych będziemy mogli wyciągnąć z systemu.

Korzystamy z e-zwolnienia, e-recepty. Niebawem skierowania będą również wystawiane w wersji elektronicznej. Czy lekarze tęsknią jeszcze za tradycyjnym bloczkiem recept?

Mam wrażenie, że z tygodnia na tydzień odsetek nieprzekonanych do e-recept maleje. Wystarczy przypomnieć sobie sytuację po wprowadzeniu e-zwolnień, gdy początkowy opór był bardzo duży. Teraz większość nawet najbardziej zagorzałych przeciwników cyfryzacji przyznaje, że to rozwiązanie ułatwia pracę, i nikt nie chciałby wrócić do druczków, które musieliśmy zanosić co jakiś czas do ZUS. Zyskujemy cenny czas.

A co zyskuje pacjent? Nie musi odwiedzać gabinetu za każdym razem, gdy potrzebuje tylko recepty, ale może wolałby choć chwilę porozmawiać z lekarzem.

W celu otrzymania recepty również wcześniej wystarczało złożyć zapotrzebowanie w przychodni w przypadku leków stale przyjmowanych. Jeżeli mamy

pacjenta pod opieką, mamy jego dokumentację, zmiana polega tylko na tym, że pewną czynność przenieśliśmy do przestrzeni cyfrowej. Natomiast, aby wystawić receptę nowemu pacjentowi, którego nie znamy, musimy go jednak zbadać. Czy będzie to badanie osobiste w poradni, czy badanie za pomocą narzędzi telemedycznych, kontakt zostanie nawiązany. Zwłaszcza obecnie, podczas epidemii, to drugie rozwiązanie jest coraz częściej stosowane i sprawdza się. Po prostu w niektórych sytuacjach możemy zmienić medium, np. zamiast kontaktować się osobiście, możemy spotkanie przenieść w przestrzeń cyfrową. Trzeba rozmawiać z pacjentem i badać go za pomocą specjalnych narzędzi, takich jak elektroniczne stetoskopy, detektory tętna, oraz innych, które pomagają w badaniu na odległość. Badanie będzie równie skuteczne, nie straci też na tym relacja pacjent – lekarz.

Czy uważa pan, że jeżeli epidemia COVID-19 potrwa dłuższy czas, pacjenci przyzwyczają się do zdalnego kontaktu z lekarzem, rozwiązania na razie stosowanego wyjątkowo?

Przyzwyczają się siłą rzeczy. Ale właśnie wskutek tej trudnej sytuacji być może uda się lepiej zrozumieć, czym jest telemedycyna. Do tej pory dla wielu osób było to zjawisko obce, z pogranicza science fiction, teraz telemedycyna staje się coraz popularniejsza. Wiele placówek zaczęło korzystać z formy wizyt telemedycznych i powoli się przekonywać, że to rozwiązanie, którego można używać na co dzień i które się sprawdza. Oczywiście, nie we wszystkich przypadkach. Są dziedziny, w których nie unikniemy bezpośredniego badania, ale można ograniczyć wizyty pacjentów, którzy go nie wymagają.

Cyfryzacja i telemedycyna idą w parze?

Są ze sobą powiązane. Telemedycyna jest szerszym pojęciem, bardziej konkretnym. Cyfryzacja może być prostą zmianą formy dokumentów, to e-zwolnienia, e-recepty. Telemedycyna zaś jest formą badania pacjenta za pomocą narzędzi telemedycznych i wideokonferencji, czatów oraz innych kanałów komunikacji i sposobów badania. Pojęcia ze sobą związane, lecz na pewno nie tożsame. Ale i jedno, i drugie rozwiązanie pozwala na obsługę pacjenta na odległość.

Bywa jednak, że pacjenci zamiast kontaktować się z lekarzem w poradni (zwłaszcza gdy są z tym problemy) szukają i korzystają z porad internetowych, chociażby „doktora Google'a".

Internet jest medium nieograniczonym i niecenzurowanym, więc nie unikniemy sytuacji, w których pacjenci będą szukali alternatywnych źródeł porad, nie zawsze związanych z opieką zdrowotną i nie zawsze profesjonalnych. Do nas, lekarzy, należy wyjaśnienie pacjentom, jak ryzykują, stosując się do nieprofesjonalnych porad, i pokazanie najbezpieczniejszego postępowania medycznego, opartego na dowodach naukowych. Decyzja należy do pacjenta. To, co często nazywane jest medycyną alternatywną, to zwykłe oszustwo. Nie ma czegoś takiego jak medycyna alternatywna. Jeżeli coś działa, jest potwierdzone naukowo, staje się medycyną, a nie medycyną alternatywną.

> Pamiętajmy, że medycyna była, jest i będzie oparta na relacji pacjenta z lekarzem. Rozwiązania telemedyczne, informatyczne są tylko narzędziami służącymi lepszej opiece.

Monitoruje pan naruszenia w ochronie zdrowia. Proszę podać przykłady.

Do najczęstszych należą nadużycia procedur medycznych przez kosmetyczki, np. podawanie kwasu hialuronowego, stosowanie laserów medycznych przez osoby nieuprawnione. Częste są również przypadki wykonywania procedur, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostały potwierdzone naukowo, np. podawanie dużych dawek witaminy C w onkologii.

Czy rozwiązania cyfrowe w ochronie zdrowia mogą być pomocne w przeciwdziałaniu niepożądanym zjawiskom?

Każde narzędzie może być wykorzystane zgodnie z przeznaczeniem lub nie. Podam przykład „leczenia" boreliozy niezgodnie z przyjętymi standardami. Model ILADS zakłada podawanie pacjentowi wielu antybiotyków przez kilkanaście miesięcy. Dzięki e-recepcie łatwiej wychwycić taką nieprawidłowość i dowiedzieć się, kto i dlaczego stosuje tak dużą ilość antybiotyku. Zatem może to być narzędzie kontroli w słusznej sprawie. Przede wszystkim ma służyć do poprawy jakości działania ochrony zdrowia.

Do kogo adresowana jest kampania „Niewykluczeni z cyfryzacji"?

Do lekarzy, pielęgniarek, położnych, a także do pacjentów, aby ułatwić zrozumienie systemu e-zdrowia i zmniejszyć strach przed rozwiązaniami cyfrowymi. Mimo że mamy do czynienia z e-zwolnieniami i e-receptami już od jakiegoś czasu, obaw wciąż jest sporo. Celem kampanii była poprawa wykorzystania narzędzi telemedycznych i promocja e-zdrowia. Nadal są organizowane szkolenia dla personelu, staramy się propagować wiedzę o rozwiązaniach cyfrowych w mediach.

Chyba nikt nie wyobraża sobie odwrotu od cyfryzacji.

To nieunikniony kierunek zmian w ochronie zdrowia w celu poprawy jakości opieki nad pacjentem. Danych, które przechowujemy i przetwarzamy, z roku na rok jest więcej i musimy korzystać z rozwiązań informatycznych, które ułatwią nam to zadanie. Dzięki informatyce będziemy mogli poświęcić więcej czasu na rozmowę z pacjentem i badanie go, a nie na wypełnianie druczków. Pamiętajmy, że medycyna była, jest i będzie oparta na relacji pacjenta z lekarzem. Rozwiązania telemedyczne, informatyczne są tylko narzędziami służącymi lepszej opiece. ■

Pomysł może mieć każdy, ale…

Fotografie: Fundacja Badań i Rozwoju Nauki

Z dr. hab. n. med. **Michałem Wszołą**, przewodniczącym Rady Konsorcjum BIONIC, koordynatorem projektów naukowych Fundacji Badań i Rozwoju Nauki, pomysłodawcą bionicznej trzustki, rozmawia Anetta Chęcińska.

Czy biodrukowanie to przyszłość medycyny?

Na pewno odegra dużą rolę w medycynie. Po pierwsze, w zastosowaniach klinicznych, czyli do drukowania narządów i tkanek, które można będzie wykorzystywać u pacjentów. Po drugie, dzięki biodrukowaniu możliwe będzie przygotowywanie modeli do testów, m.in. toksykologicznych i oceny leków. Właśnie zaczynamy prowadzić rozmowy z firmami farmaceutycznymi w sprawie badań leków, wyboru najlepszej cząsteczki – kandydata do dalszych badań, i oceny skuteczności leczenia. Ponadto uważam, że ta technologia mogłaby pomóc w czasach kryzysu i pandemii – badania na wydrukowanych tkankach przyspieszyłyby wdrożenie pewnych leków z zachowaniem bezpieczeństwa, ale bez zbędnie długich procedur – odnoszę się oczywiście do leków na COVID-19. Wprowadzenie gotowych rozwiązań w transplantologii, takich jak przeszczepianie bionicznej trzustki, zajmie jeszcze kilka lat.

Skąd pomysł bionicznej trzustki?

Jestem chirurgiem transplantologiem, od lat zajmowałem się przeszczepianiem trzustki, wysepek trzustkowych, a także nerek. Jedną z grup moich pacjentów byli chorzy z powikłaną cukrzycą, którzy trafiają do ośrodków transplantacyjnych. Przeszczepienie trzustki to bardzo dobra technika lecznicza, niemniej jednak ze względu na trudności chirurgiczne i ryzyko powikłań grupa chorych, u których można zastosować tę metodę, jest bardzo wąska. Przeszczepianie wysepek trzustkowych pociąga za sobą mniej powikłań i problemów okołozabiegowych, ale daje słabszy efekt terapeutyczny. Innym problemem jest niedobór narządów do przeszczepienia. W Polsce mamy 200 tys. osób z cukrzycą typu 1, w tym u 20 tys. występują ciężkie powikłania. Tym osobom należałoby przeszczepić trzustkę lub wysepki trzustkowe, tymczasem rocznie wykonujemy około 40 tego typu zabiegów. Trzeba było znaleźć na to radę i opracować technikę, która rozwiąże problem braku narządów do transplantacji.

Alternatywą miał być narząd z drukarki?

Pierwsza przyszła myśl, że możemy komórki macierzyste pobrane od pacjenta transformować w komórki produkujące insulinę i glukagon. Ale wiadomo, że wyprodukowanie komórek to jedna

rzecz, a stworzenie wyspy trzustkowej – druga. Poza tym skuteczność terapii byłaby taka sama jak przeszczepiania samych wysepek, czyli stosunkowo niska. Gdy już istniał sposób na stworzenie wysepki, trzeba było wymyślić metodę umożliwiającą uzyskanie takiego efektu, jaki przynosi przeszczepienie całej trzustki. A zarazem bez dużego ryzyka powikłań. Wydawało się, że w czasie, w którym to planowałem, nie było lepszej techniki stworzenia macierzy dookoła wysp trzustkowych i układu naczyniowego niż wydrukowanie trzustki na drukarce 3D.

Ile lat zajęły przygotowania?

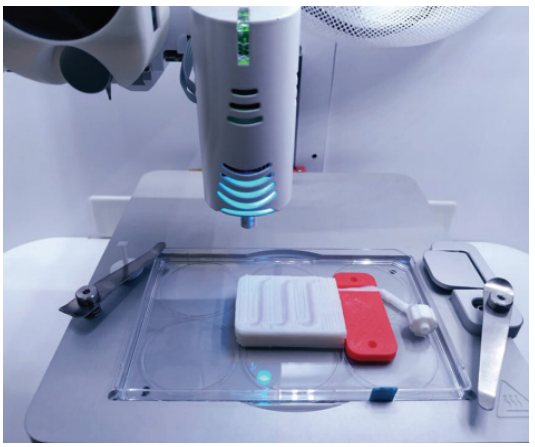
Pierwszy projekt został złożony w Narodowym Centrum Badań i Rozwoju, na konkurs STRATEGMED I w 2013 r., potem był poprawiany, a w 2015 trafił do STRATEGMED III. W 2016 r. otrzymaliśmy dofinansowanie, od 2017 realizujemy projekt. Powstało konsorcjum, którego liderem jest Fundacja Badań i Rozwoju Nauki.

Wydruk prototypu odbył się w 2019 r. Co dalej z bioniczną trzustką?

Choć tak nazwaliśmy pierwszy wydruk, to nie był prototyp, lecz trzustka, którą moglibyśmy wszczepić człowiekowi. Działała, wyspy produkowały insulinę, reagowały na podniesioną i obniżoną glikemię. Najważniejsze, że powstał cały układ naczyniowy, tak jak zaplanowaliśmy, bez ubytków. Kontynuujemy badania. Okres badań klinicznych rozpoczniemy nie wcześniej niż za trzy lata. A później, gdy będą dobre wyniki, chcemy rozpowszechniać nabytą wiedzę jak najszerzej. Na świecie jest około 100 ośrodków, które mogłyby jako pierwsze implementować naszą metodę. Zainteresowane będą wówczas, gdy zobaczą realne wyniki badań klinicznych na grupie pacjentów.

Z jakimi trudnościami wiąże się prowadzenie takiego projektu?

Na początku wyzwaniem był chaos komunikacyjny. W skład naszego zespołu wchodzą lekarze, biolodzy molekularni, technolodzy, chemicy, inżynierowie, mechatronicy, programiści. Gdy spotkaliśmy się pierwszy raz, miałem wrażenie, że choć wszyscy mówiliśmy po polsku, nikt nic nie zrozumiał, bo każdy mówił w swoim branżowym języku. Słowo w żargonie zawodowym, którego znaczenie dla mnie było oczywiste, dla kogoś innego znaczyło zupełnie co innego. Kilka miesięcy zajęło wypracowanie wspólnego języka. Oczywiście, nie brakło wyzwań natury administracyjnej, prawnej.



I tak uważam, że działamy w ekspresowym tempie. W 2017 r. pomysł był na kartce papieru, w 2019 wydrukowano narząd, w międzyczasie trwały badania nad biotuszem i sposobami drukowania, miało miejsce zgłoszenie wniosku patentowego. Proces drukowania nie jest skomplikowany, gdy ma się już materiały, ale trzeba było je wytworzyć. Po wydrukowaniu narząd należało umieścić w inkubatorze, który musieliśmy zbudować. A zaczynaliśmy na gołym polu.

Co usprawniłoby proces badawczy?

Rzecz jasna pieniądze. Nie zrealizuje się pomysłów bez finansowania. W garażu można oczywiście snuć ciekawe pomysły, ale prowadzić badania byłoby ciężko. Na kongresie w 2015 r. pokazaliśmy, że wyspy trzustkowe poddają się procesowi drukowania, jeszcze zanim otrzymaliśmy grant, ale wiele więcej byśmy nie zrobili. Gdybyśmy nie uzyskali dofinansowania, naszą ideę zrealizowałby ktoś inny, bo przecież nie jesteśmy jedynymi na świecie, którzy pracują nad biodrukowaniem. Ponieważ jestem klinicystą i wszystko, co robimy, zmierza do rozwiązań klinicznych, które muszą być bezpieczne dla pacjenta, a zatem wymuszają eliminację ryzyka, mam przekonanie, że my jesteśmy najbliżej realizacji.

Kolejne pomysły już są?

Mogę sypać nimi jak z rękawa, ale to bez znaczenia. Usłyszałem kiedyś, że pomysł, jak zdobyć Nagrodę Nobla, może mieć każdy i nieważne kto go ma, ale kto go zrealizuje. Pomysł to jedno, druga sprawa to przygotowanie projektu naukowego, zdobycie pieniędzy i realizacja. Na każdym etapie jest wiele problemów, które mogą doprowadzić do fiaska przedsięwzięcia. Przypomnę, że w 2009 r. przeprowadziliśmy pierwsze na świecie doświadczenia w zakresie endoskopowego przeszczepienia wysp trzustkowych pod błonę śluzową żołądka. Była pierwsza publikacja na świecie, potem zastosowania kliniczne. Metodę wykorzystano w innych ośrodkach na świecie. Okazało się, że technika jest dobra, ale nie rozwiązuje wszystkich problemów. Na bazie tamtych doświadczeń powstał projekt bionicznej trzustki.

Kilka lat temu koordynował pan naukowy projekt opieki medycznej dla uczestników lotu załogowego na Marsa. Czy chciałby pan prowadzić marsjański szpital?

Moja rodzina nie byłaby zachwycona. Ale badania naukowe prowadzone na stacji orbitalnej poszerzają naszą wiedzę, a wiele nowych, ciekawych obserwacji będzie wykorzystywanych w medycynie. Kiedyś uważałem, że biodrukowanie narządów w 3D – ze względu na siłę grawitacji i ucisk, który będzie zgniatał kolejne warstwy komórek – nie będzie możliwe na Ziemi, a jednym miejscem, gdzie się ono uda, będzie orbita okołoziemska. Dzięki biotuszowi, który opracowaliśmy i który jest tak silny strukturalnie, że warstwy komórek się utrzymują, radzimy sobie znakomicie na miejscu. Póki mam tyle ciekawych projektów na Ziemi, na Marsa się nie wybieram, ale badania w kierunku poszerzenia naszej wiedzy i wyprawy na Czerwoną Planetę bardzo wspieram. ■

Fot. P. Bieżański

Stomatologia w czasie epidemii

DARIUSZ PALUSZEK
wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Piątek. Tzw. dzień roboczy. Gabinety stomatologiczne powinny być otwarte, ale nie są z powodu zagrożenia epidemicznego. Lekarzom dentystom brakuje środków ochrony osobistej. Już ponad 400 osób w Polsce jest zarażonych koronawirusem, ich liczba rośnie. Dzisiaj, 20 marca, dzielę się z Państwem następującymi informacjami i przemyśleniami. Gdy tekst ukaże się na łamach „Pulsu", sytuacja zapewne będzie nieco inna.

W związku z zagrożeniem epidemicznym Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zaleca **wstrzymanie wszelkich imprez masowych z udziałem lekarzy i lekarzy dentystów**. Nie odbyły się m.in. obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej. **Odwołujemy VI Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, które przełożyliśmy na przyszły rok**. Dziękuję wszystkim wykładowcom i prelegentom, którzy potwierdzili udział w tegorocznych spotkaniach i zaangażowali się w przygotowanie bogatego programu konferencji. Mam nadzieję, że zrealizujemy nasze zamierzenia z nawiązką w 2021 r.

Obecnie **najważniejsze jest bezpieczeństwo zdrowotne nas wszystkich**. Jako lekarze jesteśmy zobowiązani nieść pomoc pacjentom, składaliśmy przysięgę Hipokratesa. Każdy z nas, wybierając zawód lekarza, liczył się z tym, że będzie pracował w warunkach trudnych. Pamiętajmy jednak, że – tak jak podczas zagrożenia wypadkiem w samolocie najpierw zakładamy maseczkę sobie, a potem dziecku, żebyśmy mogli je ratować – tak i teraz musimy zaopatrzyć się w środki ochrony osobistej, abyśmy mogli pacjentów leczyć, a nie zarażać, i abyśmy sami byli bezpieczni**. Zdrowy lekarz będzie udzielał pomocy, chory – obciąży system**. Musimy pamiętać również o rodzinie, dzieciach, rodzicach, naszych najbliższych, by nie przynosić wirusa do środowiska, w którym żyjemy na co dzień.

System ochrony zdrowia, który ewoluował przez ostatnich 20 lat, spowodował wypchnięcie gabinetów stomatologicznych do sektora prywatnego. Nasze kontrakty z NFZ były traktowane po macoszemu, słabo wyceniane.

Obecnie **prywatne praktyki stomatologiczne zostały pozostawione samym sobie, porzucone przez państwo. Nie mamy dostępu do środków ochrony osobistej i możliwości ich zakupu**. Na prośby izb lekarskich, prezesów towarzystw naukowych i konsultantów Ministerstwo Zdrowia podało (w nieoficjalnych pismach) procedury postępowania w gabinecie stomatologicznym. Są nie do spełnienia w zwykłej praktyce stomatologicznej. Zarówno Naczelna Izba Lekarska, jak i okręgowe izby lekarskie nie nakażą zamknięcia gabinetów. Każdy lekarz musi sam zdecydować, czy będzie prowadził działalność leczniczą. Dzisiaj każdy z nas zadaje sobie pytanie, jak pomóc pacjentom, którzy przez lata leczyli się u nas, zaufali nam. Stajemy przed dylematem, czy mamy ich przyjmować, nie przejmując się tym, że narażamy się na roszczenia cywilne osób, które przez przypadek zarazimy. A może mamy odstąpić od fotela?

Dwa ośrodki referencyjne na Mazowszu, zapewniające pacjentom pomoc w stanach nagłych (Uniwersyteckie Centrum Stomatologii i Mazowieckie Centrum Stomatologii), to zbyt mało. Dzisiaj rozmawiałem z przedstawicielami MCS. Ich zapasy środków ochrony osobistej nie wystarczą, by umożliwić przestrzeganie reżimu zaleconego przez MZ, zapewnią funkcjonowanie najwyżej przez kilka dni. MCS przyjmuje dziennie około 30 pacjentów w trybie nagłym. Jako członek NRL przekazałem do centrum 150 maseczek do ochrony osobistej i kilka par gogli. Zadaję pytanie: czy to rola samorządu, czy raczej MZ i NFZ? Takie wsparcie kolegów ze strony samorządu lekarskiego to kropla w morzu potrzeb. Z tego powodu nie mamy możliwości otworzenia większej liczby praktyk, które mogłyby przyjmować w trybie nagłym. A jednak **wielu z nas, narażając zdrowie własne i bliskich, podejmuje próby leczenia pacjentów najbardziej potrzebujących pomocy**.

Fot. licencja Artmedia Partners

Większość z nas jest w stanie przyjąć pacjentów z bólem, żeby nieść pomoc. Ale jak to zrobić, aby przyjmować ich bezpiecznie? Myślę, że po raz kolejny zabrakło procedury. To bardzo smutny obraz stanu zagrożenia zdrowia i życia tylu osób, jakiego według mnie nie było od II wojny światowej. Nikt nie spodziewał się kataklizmu, który w spokojnej Europie w ciągu kilku tygodni zmienia nasze życie.

Mamy dzisiaj trzy grupy pacjentów. Osoby potencjalnie zdrowe, pacjentów objętych kwarantanną, którzy powinni być przyjęci w stanach nagłych, i pacjentów zarażonych. Z braku publicznych placówek stomatologicznych muszą oni trafić do gabinetów prywatnych. Nie można zrzucić obowiązku ich przyjęcia na centra uniwersyteckie czy największe przychodnie, ale lekarze, którzy będą przyjmować, muszą być odpowiednio przeszkoleni i zaopatrzeni w środki ochrony osobistej.

Konieczne jest wypracowanie modelu postępowania w stomatologii w czasie epidemii i opieki nad pacjentem stomatologicznym w stanach nagłych. W typowych warunkach prywatnej praktyki stworzenie śluzy do przebierania się ze względów lokalowych nie jest możliwe. Trzeba pomyśleć o wytypowaniu gabinetów, które wypełniałyby te zalecenia. I o tym, jak je opłacić. To rola NFZ, gdyż przygotowanie gabinetów powinno być sfinansowane przez fundusz, aby można przyjmować pacjentów w czasie epidemii nieodpłatnie. Mówimy cały czas o pacjentach w stanach nagłych. Nikt nie zaleca leczenia planowego, protetyki czy zabiegów estetycznych. Mówimy o zwalczeniu bólu i skierowaniu pacjenta do leczenia w trybie planowym. Możemy mieć nadzieję, że w przyszłości MZ, GIS, a przede wszystkim NFZ wypracują taki model postępowania.

Ponieważ coraz większa liczba lekarzy trafia na kwarantannę, warto przypomnieć, **że telemedycyna ma zastosowanie również w stomatologii**. Porada udzielona przez stomatologa przez telefon pomaga w doraźnym rozwikłaniu 60–70 proc. problemów.

Jesteśmy grupą szczególnie narażoną nie tylko na zakażenie. Stomatologia jest dziedziną zabiegową. **Lekarz dentysta ma kontakt z aerozolem wody i śliny wydychanym przez pacjenta w odległości 30–40 cm od jego twarzy**. I przebywa w tej strefie przez kilkadziesiąt minut. **Rekomendacje konsultanta krajowego w dziedzinie epidemiologii mówią o odległości 1,5 m jako strefie bezpieczeństwa.**

W tym trudnym dla nas okresie potrzebujemy aktywnej postawy całej społeczności lekarskiej. Jako samorząd staramy się organizować zbiórki sprzętu i materiałów, które rozdzielamy w gabinetach, staramy się pomóc starszym lekarzom. Myślimy o rozwiązaniach korzystnych dla stażystów, którzy w najbliższym czasie nie będą pracowali w naszych gabinetach, aby mogli zaliczyć staż.

Proszę koleżanki i kolegów o codzienne sprawdzanie informacji na stronach internetowych GIS i NIL (w zakładce dla stomatologów). Ze względu na szybką zmianę sytuacji nie zawsze możemy na bieżąco przekazać wszystkie informacje na stronie OIL.

Życzę Państwu zdrowia i siły do pokonywania wszelkich zawodowych i osobistych trudności najbliższych tygodni.

PS Kiedy zaczynałem przygotowywać niniejszy tekst, obowiązywał stan zagrożenia epidemicznego. Godzinę później premier ogłosił stan epidemii. Sytuacja się zmienia... ■

Z OSTATNIEJ CHWILI. Są już wytyczne i zalecenia Ministerstwa Zdrowia dla stomatologii: https://nil.org.pl/dla-lekarzy/dla-stomatologow/4558-wytyczne/mz-stomatologia

Stomatolog przy komputerze

O kierunku, w jakim zmierza stomatologia, nowych technikach i metodach leczenia, a także o projektowaniu uśmiechu mówi lekarz dentysta, dr n. med. **Piotr Rożniatowski**, specjalista pedodonta, członek Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej i Polskiego Towarzystwa Endodontycznego.

Fot. PR

Stomatologia jest jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin współczesnej medycyny. Przede wszystkim obserwujemy doskonalenie profilaktyki stomatologicznej w ramach indywidualnego podejścia do pacjenta. Działania profilaktyczne dostosowujemy do poziomu ryzyka choroby próchnicowej, stanu ogólnego pacjenta, nawyków żywieniowych i higienicznych. Współpracujemy ze specjalistami z wielu dziedzin. Przykładem współdziałanie pediatrów i stomatologów dziecięcych w zakresie opracowywania wytycznych, np. profilaktyki przeciwpróchnicowej i żywienia dzieci.

Przybywa nowych materiałów wykorzystywanych w leczeniu. Stomatolodzy coraz częściej sięgają po materiały biozgodne, najmniej szkodliwe, które nie uwalniają toksycznych substancji. Mamy do dyspozycji preparaty działające biologicznie, czyli remineralizujące tkanki, używane np. w przypadku głębokich ubytków próchnicowych szczególnie w młodych zębach stałych. Prowadzone są także badania dotyczące wypełnieniowych materiałów regeneracyjnych. Ich zastosowanie ogranicza działania inwazyjne, możemy znacznie bardziej oszczędnie opracować leczony ząb.

Rozwijają się również metody znieczulania. Wykorzystujemy urządzenia komputerowe, które umożliwiają znieczulenie całkowicie bezbolesne – bardzo wolno wprowadzają środek znieczulający, a nawet regulują prędkość wprowadzania na podstawie pomiaru ciśnienia w tkankach, do których znieczulenie jest podawane. Coraz powszechniejsze staje się stosowanie ciągle udoskonalanych urządzeń do znieczuleń śródkostnych, w których preparat znieczulający wprowadzany jest bezpośrednio do kości gąbczastej w żuchwie. Znieczulenie trafia w okolicę wskazanego zęba, więc unika się rozległego odrętwienia tkanek miękkich, które powoduje ogromny dyskomfort, a czasami kończy się pogryzieniem tkanek miękkich.

Ucyfrowienie wielu technik w stomatologii poszerza możliwości leczenia i współpracy z pacjentem. Dzięki doskonaleniu skanerów wewnątrzustnych możemy pokazać pacjentowi stan uzębienia przed rozpoczęciem terapii i po zakończeniu leczenia. Przede wszystkim jednak skanery zapewniają wykonywanie rekonstrukcji protetycznych zniszczonych tkanek zębów bez pobierania wycisków, które jest dla wielu pacjentów jednym z najbardziej nieprzyjemnych elementów wizyty. W wielu przypadkach odbudowa zęba jest możliwa podczas jednego spotkania. Po zeskanowaniu zęba projektujemy na komputerze wygląd przyszłego uzupełnienia protetycznego i, jeśli posiadamy w gabinecie frezarkę (drukarkę 3D), od razu wyrzynamy uzupełnienie i cementujemy je. Leczenie trwa

krócej, oszczędza to czas i pozwala na szybką poprawę samopoczucia pacjenta. Praca wykonana na miejscu przynosi często redukcję kosztów leczenia, gdyż nie wymaga współpracy z laboratorium protetycznym. Z ucyfrowieniem stomatologii wiąże się rozwój tzw. cyfrowego projektowania uśmiechu. Po wykonaniu kilku fotografii zębów i twarzy pacjenta możemy we współpracy z nim zaprojektować za pomocą specjalistycznej aplikacji „nowy uśmiech". Następnie na podstawie projektu wykonujemy uzupełnienia protetyczne – korony, licówki. Mam wrażenie, że obecnie duża część pracy stomatologa – choć nadal większość zabiegów przeprowadza się w jamie ustnej pacjenta – wykonywana jest na komputerze i polega na projektowaniu.

Na digitalizacji zyskała też implantologia. Projektowanie i drukowanie szablonów implantologicznych umożliwia precyzyjne zaplanowanie położenia implantu – na podstawie wcześniej wykonanej tomografii komputerowej – aby wykonanie uzupełnienia protetycznego obyło się bez komplikacji, w sposób przewidywalny. Szablon jest drukowany na drukarce 3D.

Częściej wykorzystujemy tomografię komputerową do zbadania bardzo małego obszaru (ograniczonego do trzech zębów), co wiąże się ze stosunkowo niewielkim promieniowaniem, na potrzeby leczenia kanałowego pierwotnego lub wtórnego. Na co dzień używamy mikroskopów stomatologicznych. Powiększenie jest moim zdaniem niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia skomplikowanego leczenia kanałowego, szczególnie w przypadku zębów wielokanałowych, oraz zabiegów z zakresu – coraz bardziej popularnej – mikrochirurgii endodontycznej.

Postęp dotyczy również zabiegów regeneracyjnych. Przykładem rewaskularyzacja, która umożliwia rozwój zębów obumarłych, np. w wyniku urazów, głównie stałych, z niezakończonym rozwojem korzenia. Wykorzystanie PRF (fibryny bogatopłytkowej) przyspiesza gojenie ran i procesy kościotwórcze przede wszystkim w implantologii, w przypadku przeszczepów kostnych, nasila regenerację tkanek miękkich w periodontologii, po zabiegach np. na dziąsłach. Dzięki stosowaniu PRF tkanki szybciej się goją, a odsetek powikłań maleje.

Z pewnością stomatologia przestała być dyscypliną, która tylko „łata dziury". Wykorzystując zdobycze nauki i techniki, minimalizujemy działania inwazyjne, stawiamy na regenerację i – na szczęście – coraz rzadziej mamy do czynienia z przypadkami klinicznymi niemożliwymi do wyleczenia. ■

Not. ***ach***

Kształcenie medyków na WUM w czasie epidemii SARS-CoV-2

Bezprecedensowa sytuacja epidemiologiczna, związana z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, i będąca konsekwencją tych okoliczności decyzja władz WUM o czasowym zawieszeniu zajęć dydaktycznych spowodowały konieczność szerszego zastosowania zdalnego nauczania na uniwersytecie.

– Taka forma kształcenia na WUM funkcjonuje od dawna. Teraz zwiększamy liczbę materiałów dostępnych online, by zajęcia, które mogą zostać przeprowadzone w tej formie, odbyły się mimo tymczasowego zawieszenia zajęć twarzą w twarz z nauczycielami akademickimi. Uczelnia od lat rozbudowuje platformę e-learningową, na której dla studentów wszystkich pięciu wydziałów są kursy w formie wykładów i seminariów, dodatkowe materiały pomocne w uczeniu się oraz fora dyskusyjne umożliwiające kontakt nauczyciela ze studentami – mówi dr n. społ. Antonina Doroszewska, p.o. dyrektor Centrum Doskonalenia Edukacji Medycznej oraz kierownik Studium Komunikacji Medycznej WUM.

Od kilku lat na uczelni prowadzone są szkolenia dla wykładowców w zakresie przygotowywania kursów e-learningowych. Dotychczas zostało przeszkolonych ponad 360 nauczycieli. Od ubiegłego roku intensywnie działa Uczelniany Zespół ds. E-learningu, który wypracowuje zasady prowadzenia i standardy e-zajęć. Działa strona internetowa https://e.wum.edu.pl/, na której znajdują się wszystkie informacje o możliwościach zdalnego kształcenia oraz dokumenty związane z przygotowywaniem e-learningu. Na WUM pracują specjaliści od zdalnego nauczania, którzy na bieżąco udzielają nauczycielom przygotowującym materiały w formie elektronicznej wsparcia, również technicznego. Trwają także prace nad rozwojem platformy e-learningowej od strony technicznej, co jest częścią realizowanego od września 2018 r. projektu WUM pod nazwą Akademia Innowacyjnej Dydaktyki.

Do końca roku akademickiego 2019/2020 wszystkie wykłady i seminaria zostały przeniesione na platformę e-learningową, nauczyciele zostali zobowiązani do przygotowania materiałów dydaktycznych obejmujących program kształcenia zaplanowany na ten czas, a studenci zobligowani do uczestniczenia we wszystkich zajęciach, wykładach i seminariach przewidzianych dla poszczególnych kierunków i lat studiów. – *Część jednostek już prowadzi zajęcia zdalnie. Należy do nich Studium Komunikacji Medycznej, które od 16 marca realizuje online całe nauczanie przewidziane w planie zajęć. Mimo że przedmiotem kształcenia na tych zajęciach są umiejętności komunikacyjne, które wymagają bezpośredniego kontaktu między ludźmi, udało się przygotować materiały dla studentów tak, by zajęcia mogły się odbywać z wykorzystaniem Internetu. Jest to możliwe również dzięki zaangażowaniu studentów, którym bardzo zależy na tym, aby bez opóźnień realizować program kształcenia* – dodaje dr n. społ. Antonina Doroszewska. ■

Marta Wojtach, rzecznik prasowy WUM

Fot. archiwum

Media w czasach (nie tylko) zarazy

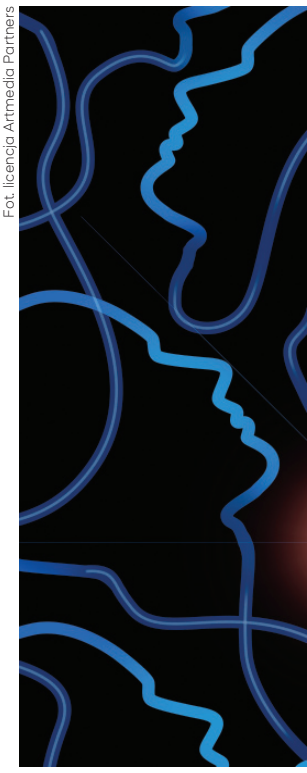
MAŁGORZATA SOLECKA

Przełom stycznia i lutego, spotkanie – w szerszym gronie – dziennikarzy i wysokich urzędników Ministerstwa Zdrowia. Koronawirus z Wuhan to bardziej ciekawostka niż problem – i tak traktują go obie strony. Padają, owszem, zapewnienia o czynionych przygotowaniach, ale nie tylko dla mnie brzmią niezbyt wiarygodnie, skoro jeden z zaproszonych kolegów pyta wprost: – *Przygotowujecie się, bo sytuacja może być poważna, czy trochę na pokaz, dla nas?* Dla nas, czyli – dla mediów. Dla opinii publicznej.

Nieważne, jaka była odpowiedź. Na pewno niekompromitująca, bo w ostatnich dniach stycznia o zagrożeniu nie wiedzieliśmy nic, a wydawało się minimalne. Ta sytuacja dobrze pokazuje jednak miejsce mediów w układzie sił czy też szerzej – w rzeczywistości, jaka nas otacza. Dziennikarze doskonale wiedzą, że decydenci, również w ochronie zdrowia, często podejmują działania, podejmują (lub nie) decyzje nie tylko pod wpływem mediów, ale wręcz na ich użytek. Dlaczego? Duża część społeczeństwa oprócz adresu w świecie realnym ma niemal stałe „zameldowanie"w Internecie, z jego informacyjną kroplówką. Widownia jest wystarczająco istotna (treści przekazywane w mediach są zwielokrotniane w formie komentarzy, linków, poleceń w mediach społecznościowych), by trzeba było się z nią liczyć.

> Gdy już opadnie kurz po epidemii, trzeba będzie wrócić do dyskusji o systemie ochrony zdrowia.

Pozostając jeszcze przez chwilę przy koronawirusie: właśnie dlatego, gdy już stało się oczywiste, że mamy do czynienia z poważnym zagrożeniem i na pewno nie będą to „ćwiczenia", przedstawiciele rządu – najpierw minister zdrowia Łukasz Szumowski, potem szef Kancelarii Premiera Michał Dworczyk – przyjęli zaproszenie od portalu Gazeta.pl i odpowiadali na pytania użytkowników medium (czy też raczej mediów), które do tej pory Prawo i Sprawiedliwość w najlepszym przypadku ignorowało. W dobie epidemii wszystkie media stały się ważne (choć nie na tyle, jak wytknęli złośliwi, by w „Wyborczej" wykupić całostronicowe rządowe ogłoszenie z kluczowymi informacjami na temat sytuacji).



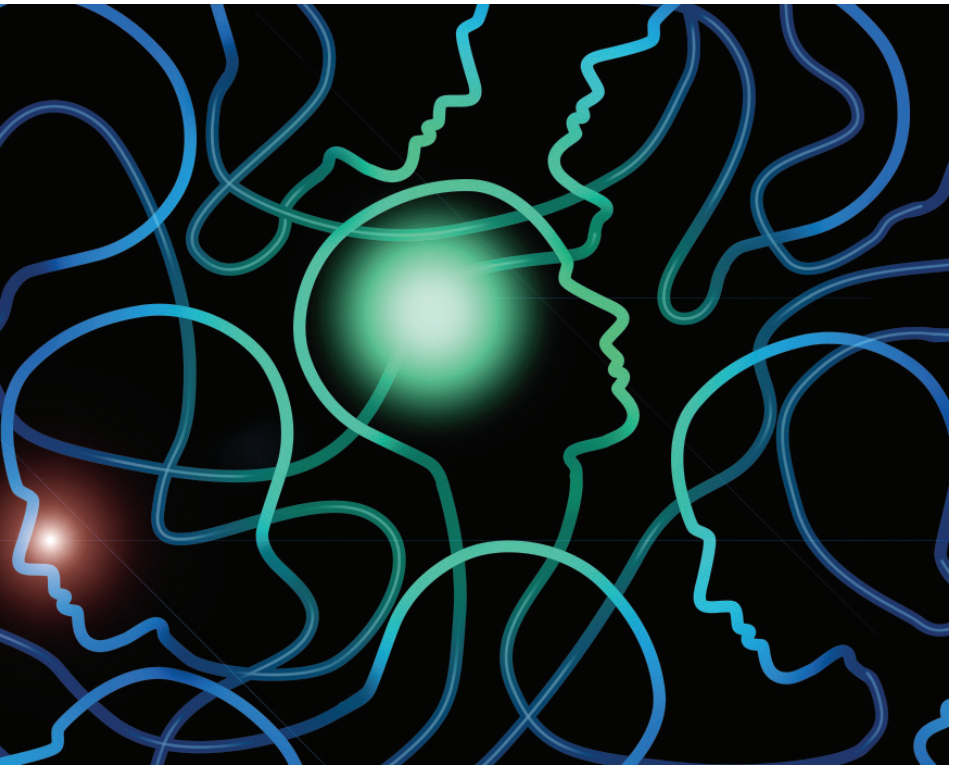
Fot. licencja Artmedia Partners

Media są ważne. Kropka. Niezależnie od epidemii, co warto podkreślić. Czy mogą mieć realny wpływ na rzeczywistość? Odpowiedź nie jest jednoznaczna. Zależy – jak wszystko – od sytuacji. Niekiedy wydaje się, że nacisk medialny musi doprowadzić do zmiany decyzji urzędników, ministerstwa, rządu, a jednak tak się nie dzieje. Przykład, całkiem niedawny: wybór szczepionki przeciw pneumokokom. Nie sposób policzyć, ile w ostatnich miesiącach, wręcz latach, ukazało się materiałów nie tylko z sugestiami, ale wręcz z rekomendacjami „nie do odparcia", częstokroć opatrzonymi chwytliwymi i jednoznacznymi tytułami, że tylko szczepionka 13-walentna. Gdyby wpływy mediów były nieograniczone, kto inny piłby szampana po rozstrzygnięciu przetargu.

Czasami wydaje się też, że opisane przez dziennikarzy, nagłośnione problemy muszą przynieść szybkie i radykalne zmiany. Że „coś" musi się – po reportażu, artykule, wywiadzie – stać. I mimo to nie dzieje się nic. Lub prawie nic. Tak jak po wstrząsającym (nawet jeśli obarczonym pewnymi ułomnościami warsztatowymi) materiale portalu Onet.pl „Miłość w czasach zarazy". Notabene, chwytliwy tytuł przyćmiła prawdziwa „zaraza" i w obliczu epidemii problem zbladł – zupełnie bez uzasadnienia, bo profesjonaliści alarmują, że niepokój i napięcie, jakie odczuwamy wszyscy, może owocować kolejnymi problemami psychicznymi osób już potrzebujących specjalistycznej

pomocy, może też doprowadzić do szybkiego wzrostu liczby potencjalnych pacjentów. Czy dziś ktoś myśli o psychiatrii, zwłaszcza psychiatrii dzieci i młodzieży? Jedynym głosem, który przebił się przez medialny koronawirusowy szum, był marcowy apel prof. Andrzeja Cechnickiego, by w przyszłym roku WOŚP zagrała dla psychiatrii dziecięcej.

Niekiedy jednak media rzeczywiście mogą zmieniać świat, również w obszarze ochrony zdrowia. Tak stało się w przypadku akcji „Rodzić po ludzku". Dawno, dawno – a konkretnie 27 lat temu – nikomu szerzej nieznany Ośrodek Edukacji Ekologicznej EKO-OKO we współpracy z dość niszowym miesięcznikiem „Twoje Dziecko" (była to zdecydowanie era „przedparentingowa") rozpoczął akcję zbierania opinii kobiet o oddziałach położniczych. Chodziło o opracowanie przewodnika zawierającego ranking placówek. Po kilku miesiącach do akcji przyłączyła się „Gazeta Wyborcza", dzięki czemu kampania nazwana „Rodzić po ludzku" zyskała rozmach. Organizatorzy w czasie dwóch pierwszych edycji, w 1994 i 1995 r., otrzymali 15 tys. listów, na podstawie których opracowano przewodnik. Część z nich była publikowana na łamach „GW" i stała się początkiem dyskusji o standardach opieki położniczej w Polsce. Społeczne zapotrzebowanie, dobry pomysł, zaangażowani dziennikarze i sprzyjające okoliczności



– wszystko jednocześnie sprawiło, że w tym przypadku zdecydowanie można było mówić o sukcesie.

Sprzyjające okoliczności, towarzyszące początkom akcji „Rodzić po ludzku", to nic innego jak początek transformacji, kiedy wydawało się, że wszystko jest możliwe i dużo rzeczywiście było. Po niemal trzech dekadach znacznie trudniej akcją

Dużo łatwiej dziennikarzom i tytułom medialnym zaangażować się w wielomilionowe zbiórki na leczenie określonej grupy dzieci, niż podjąć poważną (a więc długą i z natury rzeczy niezrozumiałą dla dużej części odbiorców) debatę o finansowaniu systemu ochrony zdrowia.

medialną (nie mówiąc o pojedynczych publikacjach) wpłynąć na rzeczywistość. Nawet, jeśli pojawiłyby się – po stronie medialnej – taki potencjał i takie ambicje.

Nie pojawiają się, przynajmniej na razie. Dużo łatwiej dziennikarzom i tytułom medialnym zaangażować się w wielomilionowe zbiórki na leczenie określonej grupy dzieci, niż podjąć poważną (a więc długą i z natury rzeczy niezrozumiałą dla dużej części odbiorców) debatę o finansowaniu systemu ochrony zdrowia. Czy choćby jego wycinka, jakim są – pozostańmy przy zbiórkach – choroby rzadkie. Zresztą, czy można dziwić się mediom i nie najlepiej opłacanym dziennikarzom, gdy podobne pokusy mają najwyżsi przedstawiciele władz państwowych, występujący z ideą Funduszu Medycznego spełniającego wszystkie kryteria plastra na ropiejące rany systemu ochrony zdrowia (oby przetrwał doświadczenie epidemii, chciałoby się westchnąć).

Media – rozproszone, osłabione i cierpiące na tabloidozę – nadal oczywiście wywierają wpływ. Przede wszystkim jednak na nastroje społeczne, w znacznie mniejszym stopniu na opinię publiczną, rozumianą jako zbiór postaw i poglądów wobec ważnych społecznych problemów. Świadczą o tym również wyniki ostatniego (z listopada 2019 r.) rankingu zaufania wobec zawodów, według którego dziennikarze cieszą się zaufaniem 55 proc. Polaków (znacznie mniejszej liczby niż profesjonaliści medyczni, znacząco większej niż zawody „polityczne"). Jednak im wyższe wykształcenie, tym poziom zaufania wobec przedstawicieli czwartej władzy niższy.

Kształtowanie nastrojów to jednak ciągle potężna broń. I, mimo że to media społecznościowe rosną w siłę, częściowo również kosztem mediów tradycyjnych, to właśnie te ostatnie mają na tyle duży zasięg – w każdej skali (miasta, regionu, kraju, globalny) – by pozostać ważnym graczem, z którym liczyć się muszą wszyscy. Rozpoczynając nowe projekty, przygotowując kampanię, stawiając sobie cele do osiągnięcia, nie trzeba mieć mediów po swojej stronie, ale na pewno nie można ich mieć przeciw sobie. O tym warto pamiętać, bo gdy już opadnie kurz po epidemii, trzeba będzie wrócić do dyskusji o systemie ochrony zdrowia. Zakładając oczywiście, że będzie o czym dyskutować. ■

Fot. L. Zych/„Polityka"

Między magią a nauką

PAWEŁ WALEWSKI

Popularność medycyny alternatywnej jest nakręcana przez nieokiełznany Internet. Ale relatywizowanie jej znaczenia przez środowiska medyczne wzmacnia siłę szarlatanów.

Koronawirus. Na początku marca to główny bohater mediów – zarówno tych tradycyjnych, jak i społecznościowych, w których łatwo odgrywać rolę eksperta, dziennikarza, a nawet celebryty. Codziennie najświeższe doniesienia z frontu walki z nowym zarazkiem. Wszak opinia publiczna wyczekuje informacji, jak się przed nim zabezpieczać i jakie niesie ze sobą ryzyko.

W środkach masowego przekazu, na Facebooku i Twitterze trwa więc niekończący się festiwal opinii. Jest sens kupować w zawyżonych cenach maski chirurgiczne? „Nie ma, przed wirusem zdrowego nie ochronią" – mówi jeden z lekarzy w radiowym studiu. „Jak to nie ma? Popatrzcie na Chiny, tam wszyscy chodzą w maskach" – kontruje specjalista na Facebooku. „Nauczmy się na ulicy kichać w zgięty łokieć" – apeluje epidemiolog. „Jaki łokieć? Tylko w chusteczkę higieniczną" – radzi pediatra. „Zarazki giną po kilkunastu godzinach" – oświadcza lekarz chorób zakaźnych. „Ja słyszałam, że kilkanaście dni mogą utrzymać się na poręczach i blatach" – to przeciwne zdanie anonimowej konsultantki.

> Gdy błyskotką staje się liczba lajków oraz zwykła popularność, ze zdrowiem i zdrowym rozsądkiem niewiele ma to wspólnego.

Dodajmy do tego stu innych, którzy również uważają się za autorytety, i sto fake newsów, jakie dla zwykłej nieraz draki publikowane są w mediach społecznościowych – oto gotowy przepis na panikę o zasięgu globalnym. Przyrastające w logarytmicznym tempie opinie czynią coraz większy zamęt w rozgorączkowanych głowach odbiorców, bo na ich weryfikację nikt nie zwraca uwagi, a sensowni fachowcy (których jest niewielu) po prostu z upływem czasu giną w masie pseudoekspertów.

Nauce coraz trudniej zachować prestiż, gdy w szaty wiarygodnych wyroczni przebierają się hochsztaplerzy posługujący się naukowymi tytułami. Mało to lekarzy występowało na wykładach ramię w ramię z Jerzym Ziębą albo popierało kolegów, którzy raka próbują leczyć ustrukturyzowaną wodą? O doktorach udzielających wsparcia przeciwnikom kalendarza szczepień i stosujących metody sprzeczne z wiedzą naukową nie warto byłoby wspominać, odkąd niektóre izby lekarskie zaczęły ich w końcu rozliczać za szerzenie kłamstw, gdyby nie to, że wydawca lekarskiego miesięcznika „Świat Lekarza" w jednym z felietonów wziął w obronę takiego właśnie antybohatera, argumentując, że zawieszenie prawa wykonywania zawodu było zamachem na jego „lekarską wolność".

Pacjenci się w tym gubią. Bo jeśli nie wiedzą, jak weryfikować pseudonaukowe teorie, to taką naiwną obroną pseudoekspertów na łamach fachowych periodyków lub książek czynimy im w głowach jeszcze większy mętlik. Uzdrowiciele i szarlatani doskonale to wiedzą, więc głosząc swoje abstrakcje, próbują je na wszelkie sposoby unaukowić, obudowując pomiarami, jakby były częścią uniwersyteckiej sztuki. Badania rozmaitych cudownych metod leczenia są jednak źle zaprojektowane i analizowane, wskutek czego obserwacje bywają niedokładne. Opinia publiczna wyciąga z nich łatwe wnioski, ale ekspertom od metodologii badań klinicznych włosy stają dęba, gdy czytają entuzjastyczne konkluzje dotyczące eksperymentów, w których uczestniczyło np. ledwie kilkunastu chorych, zazwyczaj stronniczo wypowiadających się o efektach. Brakuje grupy kontrolnej oraz wielu innych zapór zapewniających obiektywizację.

Prof. Magdalena Środa w jednym ze swoich tekstów zwracała uwagę, że odbiorcy nie mają żadnych możliwości zweryfikowania wiedzy przedstawianej w mediach przez pseudoekspertów: *„Każdy szarlatan jest tak samo wiarygodny jak naukowy autorytet, a może nawet bardziej, bo argumentacja naukowa jest zawiła i nudna, zaś prawda irracjonalisty może być bardzo błyskotliwa"*. Otóż właśnie! Gdy błyskotką staje się liczba lajków oraz zwykła popularność, ze zdrowiem i zdrowym rozsądkiem niewiele ma to wspólnego. ■

Autor jest publicystą „Polityki".

Fot. archiwum

Puls

Prof. JERZY BRALCZYK

Puls pewnie z bicia się wziął, choć może i z pędu. Łacińskie *pellere* znaczyło i 'bić', i 'biec, pędzić'. Jest w *pulsie* coś pędzącego i bijącego zarazem, przede wszystkim rytmicznego. Dziś *puls* raczej *uderza*, *bije*, niż *biegnie*. Sam to robi, nie potrzebuje zewnętrznych *impulsów*. Lepszy jest puls *silny* niż *słaby*, za *wolny* niedobry, ale *przyśpieszony* też. Puls nam *przyśpiesza*, gdyśmy podnieceni, nawet gdy realnie szybszy nie jest, tak o nim, po części przenośnie, możemy powiedzieć – znaczy to, żeśmy rozemocjonowani.

Pulsuje krew, to jasne, jak pisano w osiemnastym wieku: *„puls, który się u ludzi na ręku maca, dzieje się w żyle arterycznej i jego każde uderzenie staje się z napełnienia i wypróżnienia krwi do żył właściwych”*, a słownik z połowy dziewiętnastego wieku określał puls jako *„falowanie i powstające stąd lekkie stukanie krwi w żyłach podczas jej obiegu ciągłego”*.

Można mieć poznawcze wątpliwości, czy *puls* to to, co się dzieje w naszym organizmie, czy raczej wynikające stąd nasze wrażenie zmysłowe, odczucie. Czy *puls* to to, co czujemy, więc odczucie bicia, czy też wywołujący to odczucie przepływ krwi? Sama krew nie *bije* przecież, choć czasem może *uderzyć* (*do głowy*). *Krew pulsuje* – czy pulsowanie to puls? Ale dla wielu z nas takie rozróżnianie zjawisk wydaje się zbyteczne. A oprócz tego *pulsem* nazwiemy także i miejsce pulsowania – macając puls, trzymamy za puls badanego (choćby i siebie) i jest to gdzieś w okolicy nadgarstka.

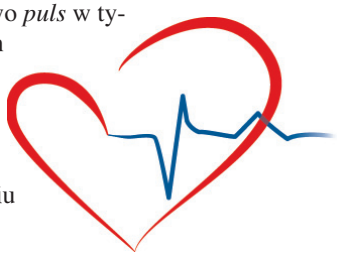
> Żeby być zorientowanym w tym, co się dzieje, trzeba *trzymać rękę na pulsie.*

W pulsie, w pulsowaniu jest rytm. Dobrze, gdy bije równo. Ten rytm słychać bodaj wyraźniej w polskim odpowiedniku *pulsu*, czyli w *tętnie*. *Tętno* też *bije*, zresztą pewnie w *tętnicy*. Choć *tętno raczej* nie *tętni*, związki *tętna* z *tętnieniem* wyraźnie odczuwamy, a nawet z *tętentem* (dawniej był zresztą nie tętent, lecz *tęten*, kolejne *t* dla zwiększenia poczucia rytmiczności chyba dodano) nam się może słusznie *tętno* skojarzyć. *Tętnić* to dawne prasłowiańskie *tątnati*, czyli 'wydawać silny odgłos', 'dudnić, huczeć'. Praindoeuropejski rdzeń *tątn* dał i łaciński czasownik *tonare*, i niemiecki *donar*, a potem *Donner* – 'grzmot'. Te wszystkie słowa dudnią, hałasują, huczą, bo są dźwiękonaśladowcze. A *tętno* (i *tętent*) rytmiczne – jak uderzenia końskich kopyt.

I *tętno*, i *puls* swoim rytmicznym biciem dają źródła metaforom. Ileż to rzeczy wokół nas *pulsuje* i *tętni*! Samo życie przede wszystkim. I to, co daje życiu życie – *radość*, *zabawa*... Rytm wydarzeń, czyli właśnie ich *puls*, jest na ogół tym, czemu *się poddajemy* – lub uważamy, że powinniśmy. Poza tym rytmiczność wprowadza porządek w życie, w świat – łaknąc tego porządku, łatwiej ulec takiej tylko po części metaforycznej pulsacji, nie zawsze nawet świadomie.

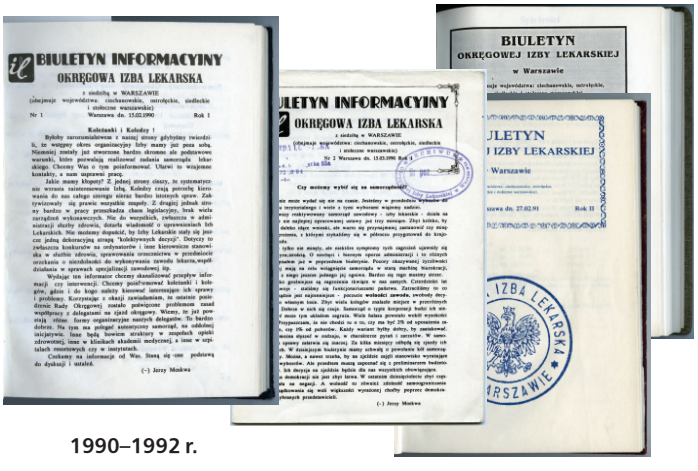
> To media przecież przekazują nam, uderzająco rytmicznie, informacje o świecie, życiu i różnych jego przejawach.

No i, oczywiście, żeby być zorientowanym w tym, co się dzieje, trzeba *trzymać rękę na pulsie*. Na pulsie tego, co się dzieje. I nic dziwnego, że tak często, dla zwiększenia także atrakcyjności, ale przede wszystkim ze względu na adekwatność określenia, tak często pojawia się słowo *puls* w tytułach czasopism, czy w nazwach programów radiowych i telewizyjnych (jak „Puls Biznesu” chociażby). To media przecież przekazują nam, uderzająco rytmicznie, informacje o świecie, życiu i różnych jego przejawach. ■



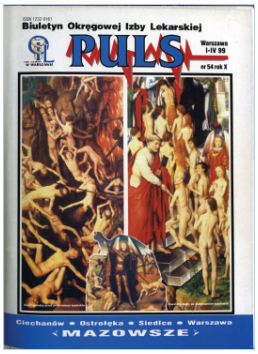
Z ręką na „Pulsie” x 300

W 1989 r. odrodził się samorząd lekarzy i lekarzy dentystów. Organizujące się izby potrzebowały środków komunikacji z lekarską społecznością. Pierwszy numer „Biuletynu Informacyjnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie” ukazał się 15 lutego 1990 r.



1990–1992 r.

„Koleżanki i Koledzy! (...) mamy już stworzone bardzo skromne, ale podstawowe warunki, które pozwalają realizować zadania samorządu lekarskiego. Chcemy Was o tym poinformować. Ułatwi to wzajemne kontakty, a nam usprawni pracę.



1994–1999 r.

2001 r.

(...) Wydając ten informator, chcemy skanalizować przepływ informacji czy interwencji. Chcemy poinformować koleżanki i kolegów, gdzie i do kogo należy kierować interesujące ich sprawy i problemy” – zwracał się do czytelników w tekście otwierającym biuletyn dr n. med. Jerzy Moskwa, przewodniczący ORL w Warszawie.

Podobnie wybrzmiało słowo od redakcji: *„Koleżanki i Koledzy! Oddajemy w Wasze ręce pierwszy numer »Biuletynu« OIL z siedzibą w Warszawie. Z założenia ma on spełniać funkcję ściśle informacyjną, rejestrującą najważniejsze prace naszej izby”.*

A co znalazło się na łamach pierwszego biuletynu? Poinformowano o składzie organów izby, o pracach komisji i projektach uchwał ORL, organizacji działalności delegatów na OZL i składkach. Czarno-biała broszurka przypomina skromne i trudne początki, ale z czasem izbowe wydawnictwo zaczęło nabierać kolorów, początkowo tylko na okładce. Przybywało treści.

2003–2007 r.

Redaktorzy odpowiedzialni i naczelni	
1990	Paweł Januszewicz
1992	Józef Załuska, Jerzy Krzciuk
1992–1994	Krzysztof Madej
1994–1999	Janusz Garlicki, Jerzy Wunderlich, Ładysław Nekanda-Trepka
1999	Tadeusz Pawlikowski, Lech Ruszkowski
1999–2001	Tadeusz Wiśniewski, Aleksander Tulczyński
2001–2002	Mateusz Kuczabski
2002–2019	Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk
od XII 2019	Renata Jeziółkowska

„Głównym źródłem informacji jest biuletyn wydawany przez naszą izbę. Nowe kolegium redakcyjne postanowiło w nim dokonać pewnych zmian, dotyczących zarówno treści, jak i formy graficznej. Oddajemy do rąk czytelników numer biuletynu już nieco odmieniony. Nadaliśmy mu tytuł »Puls«, bo uważamy, że »trzymanie ręki na pulsie« to właśnie szybka informacja o wszystkich aktualnych problemach dotyczących najbardziej żywotnych spraw środowiska lekarskiego. To możliwość szybkiej reakcji i zapobiegania »chorobom« naszego środowiska oraz interwencja w celu poprawy jego »stanu zdrowotnego«. Założeniem naszym jest, aby »Puls« stał się platformą wymiany myśli wszystkich lekarzy ogólnych i lekarzy stomatologów. Każdy powinien znaleźć tu informacje przydatne w codziennej pracy i pomocne w realizacji zamierzonych celów” – poinformowało kolegium redakcyjne na łamach numeru 22 z 20 stycznia 1994 r.

2009–2010 r.

Zamieszczamy zdjęcia okładek, które przypomną, jak przez kolejne lata zmieniał się „Puls”, jego format, grafika. W roku 2003 biuletyn stał się miesięcznikiem. 100. numer ukazał się w sierpniu 2003 r., a 200. w grudniu 2011.

2011–2014 r.

Od publikacji pierwszego numeru izbowego biuletynu minęło 30 lat. Obecnie izba dysponuje innymi, prócz wydawnictwa papierowego, możliwościami komunikowania się z członkami samorządu. Ale, choć bieżące informacje docierają do lekarzy również za pośrednictwem mediów społecznościowych i strony internetowej, „Puls” jest mocnym ogniwem kontaktów.

2016–2018 r.

300 numerów izbowego czasopisma to ogromny rozdział historii samorządu lekarskiego i liczne grono osób zaangażowanych w jego działalność. Swoista kronika 30 lat zmian w ochronie zdrowia w Polsce i borykania się lekarzy z systemową rzeczywistością, ale też zapis sukcesów naukowych i zawodowych odnoszonych przez polską kadrę medyczną. Na łamach „Pulsu” na przestrzeni lat publikowało wielu autorów poruszających zarówno tematy poważne, jak i lekkie.

2019–2020 r.

300. numer „Miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” przygotowujemy w nadzwyczaj trudnym dla lekarzy i lekarzy dentystów, dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia i dla całego społeczeństwa okresie epidemii. Nasz redakcyjny jubileusz się nie odbędzie, ale jak zawsze staramy się, aby „Puls” dotarł do Państwa rąk i był źródłem ważnych komunikatów, niezbędnych informacji i ciekawych tematów, miejscem spotkania i wymiany myśli lekarskiego środowiska. ■

Redakcja

#SPRAWDZAM
Liczby w czasach zarazy

Epidemia koronawirusa to również liczby: potwierdzonych przypadków, wykonanych testów, zgonów, wyzdrowień, miliardów, które mają zasilić budżet ochrony zdrowia. Część z nich warto, a nawet trzeba sprawdzić. I sprawdzać niemal codziennie.

3000. Tyle testów na dobę (stan z 16 marca) mogły – według zapewnień ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego – wykonać funkcjonujące w Polsce laboratoria. W dwóch kolejnych dniach wykonały ich jednak niecałe 1,6 i 1,2 tys. Dlaczego laboratoria działają, kolokwialnie mówiąc, na pół gwizdka? Powód jest prosty: nie mamy diagnostów, nie mamy sprzętu, nie mamy wystarczającej liczby testów. Na domiar złego 18 marca okazało się, że zakażenie jednego pracownika zatrzyma na minimum dwa tygodnie największe laboratorium w Polsce (NIZP-PZH). O tym, jak chaotyczne (czy też, jak wolą mówić przedstawiciele rządu: *„dostosowane do wymogów chwili”*) są działania instytucji odpowiedzialnych za koordynację przedsięwzięć w zakresie walki z epidemią, może świadczyć fakt, że w ciągu kilkudziesięciu godzin zapadły dwie decyzje. Pierwsza – o odebraniu Szpitalowi Zachodniemu w Grodzisku Mazowieckim aparatury do przeprowadzania testów na koronawirusa (kupionej za środki samorządu lokalnego) i przekazaniu jej do województwa kujawsko-pomorskiego (do połowy marca – białej plamy na mapie koronawirusa w Polsce) i druga – że Grodzisk Mazowiecki jednak testy będzie wykonywać.

13. Liczba ozdrowieńców w Polsce, którą 14 marca – najprawdopodobniej ku pokrzepieniu serc – podał na konferencji prasowej w Kancelarii Premiera główny inspektor sanitarny. Dwa dni później minister zdrowia tłumaczył dziennikarzom, że „ozdrowieniec” nie jest terminem medycznym, nie jest to tym bardziej osoba wyleczona, a liczba wyleczonych z koronawirusa pacjentów wynosi 0. Na szczęście już dzień później okazało się, że pacjent – nomen omen – zero (czyli pierwszy potwierdzony przypadek) jest jednak wyleczony. Jeden to mniej niż 13, ale – jak stwierdzili lekarze ze szpitala w Zielonej Górze – pojawiło się światełko w tunelu.

7,5. Tyle miliardów złotych ma otrzymać ochrona zdrowia na walkę z koronawirusem. Jeszcze kilka tygodni temu przedstawiciele rządu mówili, że w budżecie zarezerwowano na ten cel 200 mln zł, a całkiem niedawno, gdy zakażonych można było policzyć na palcach obu rąk, prezydent Andrzej Duda obiecywał utworzenie Funduszu Medycznego mającego do dyspozycji 3 mld zł rocznie. W tym roku te pieniądze miałyby zostać wydane głównie na cele związane z epidemią, ale w przyszłości – m.in. na leczenie dzieci i dorosłych z chorobami rzadkimi. Widać więc postęp. Problem w tym, że duża część tych pieniędzy będzie musiała zrekompensować spodziewane ubytki w kasie NFZ. Gdy gospodarka spowolni (o założonym w budżecie poziomie wzrostu możemy zapomnieć, są ekonomiści, którzy wręcz wieszczą recesję, również dla Polski), skurczy się również strumień składek płynących do NFZ. Ochrona zdrowia na epidemii koronawirusa się nie wzbogaci, rzecz pewna.

1000. Tyle kompletów środków ochrony osobistej 16 marca przekazał rząd szpitalom jednoimiennym jako pakiet startowy.

145. Tyle miliardów złotych mielibyśmy do dyspozycji, gdyby Polska wydawała na ochronę zdrowia 6,8 proc. PKB. Przy takim finansowaniu można by rozsądnie planować choćby rezerwy środków ochrony osobistej czy sprzętu – wręcz na poziomie każdego szpitala. W pierwszych tygodniach epidemii to właśnie brak podstawowych środków ochrony: wzmocnionych fartuchów, masek, gogli, niepokoił personel medyczny.

50. Tyle kompletów środków ochrony osobistej zużywają pracownicy w szpitalu, w którym na oddziale zakaźnym przebywa jeden pacjent z COVID-19 (stan ciężki).

483 561. Tyle złotych (stan z 18 marca, godzina 23.00) zebrano w ramach akcji #posiłekdlalekarza. Wdzięczność i solidarność z personelem (bo akcja jest skierowana do wszystkich medyków) ma się wyrażać praktycznie – w postaci smacznych posiłków dostarczanych przez restauracje. Na portalach crowdfundingowych trwają również zbiórki pieniędzy na zakup środków ochrony osobistej dla lekarzy, pielęgniarek, ratowników.

4. Litery, na których wszyscy, którzy mogą sobie na to pozwolić, powinni siedzieć w domach. Prawdopodobnie przez co najmniej cztery tygodnie, o ile nie dłużej. – *Uratuj świat i zostań w domu* – proszą jednym głosem celebryci, gwiazdy sportu i lekarze. Choć ci ostatni zostać w domu nie mogą. ■

Małgorzata Solecka

„Wyjdź z twarzą”
– szkolenie rzeczników prasowych i osób reprezentujących szpitale w mediach

Nasza izba organizuje szkolenie z myślą o osobach, których publiczne wypowiedzi wpływają na wizerunek środowiska lekarskiego. Skierowaliśmy zaproszenia do każdego szpitala na Mazowszu. Jednym z celów jest właściwe reagowanie przede wszystkim w sytuacjach kryzysowych. Właściwe i niewłaściwe reakcje w takich sytuacjach obserwujemy ostatnio bardzo często w przekazach związanych z koronawirusem. Wśród prowadzących szkolenie będą prof. Jerzy Bralczyk i dziennikarz Maciej Orłoś.

Dwudniowe wydarzenie (planowane pierwotnie na 8–9 maja), składające się z części szkoleniowej i warsztatowej, przeznaczone jest dla osób wypowiadających się w mediach, zajmujących się komunikacją zewnętrzną szpitala, współpracą z dziennikarzami, organizowaniem konferencji prasowych, kreowaniem wizerunku placówki oraz działaniami wpływającymi na wizerunek lekarzy jako grupy zawodowej.

Pierwszego dnia zajęcia poprowadzą profesjonaliści, autorytety w swoich dziedzinach – językoznawca, wiceprzewodniczący Rady Języka Polskiego, propagator poprawności języka prof. Jerzy Bralczyk oraz dziennikarz, prezenter, specjalista od autoprezentacji Maciej Orłoś – którzy od początku tego roku współpracują z redakcją „Pulsu”.

Zaplanowane na drugi dzień warsztaty z udziałem psychologa, psychoterapeuty Agaty Urbańczyk oraz logopedy, fachowca od emisji głosu i technik mowy dr hab. Jagody Bloch pozwolą wzbogacić nabytą wiedzę o elementy związane z psychicznym i technicznym przygotowaniem do publicznych wystąpień i wypowiedzi. Dyskusje o działaniach w ramach strategii informacyjno-promocyjnych, o różnych formach przekazu, składających się na budowany co dzień wizerunek, poprowadzą dziennikarka, redaktor naczelna miesięcznika OIL w Warszawie „Puls”, rzecznik prasowy OIL w Warszawie Renata Jeziółkowska i lekarka, koordynator mediów OIL w Warszawie Maria Kłosińska.

– Z uwagi na coraz większą rolę mediów w przekazywaniu informacji związanych z ochroną zdrowia oraz kreowaniem wizerunku lekarzy w społeczeństwie OIL w Warszawie postanowiła wesprzeć osoby, które odpowiadają za reprezentowanie środowiska w przekazach publicznych, organizując dla nich szkolenie. Szpitale niejednokrotnie muszą mierzyć się z kryzysowymi sytuacjami, medialną nagonką, hejtem. Osoba wypowiadająca się w imieniu szpitala często odgrywa kluczową rolę. Troska o podwyższanie kompetencji takich osób, to działanie na rzecz całego środowiska lekarskiego. Program szkolenia obejmuje wiele zagadnień, dzięki czemu będzie ono miało charakter kompleksowy i praktyczny. Wartość merytoryczna szkolenia i dobór prowadzących z pewnością sprawią, że okaże się ono dla uczestników przydatne i ciekawe – podkreśla prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski.

Każdy szpital na Mazowszu otrzymał zaproszenie dla jednego przedstawiciela. Uczestnicy podzieleni zostaną na grupy, dzięki czemu szkolenie będzie skuteczniejsze.

Ostateczny termin szkolenia uzależniony będzie od sytuacji epidemiologicznej. ■

Renata Jeziółkowska

Graf. K. Bryda

#W_ETERZE

Świat jest i w najbliższym czasie będzie uzależniony od koronawirusa. Dlatego temat długo pozostanie najważniejszym w telewizji, radiu, prasie, Internecie. Doniesienia i dyskusje toczą się wokół epidemii i jej skutków, jak również odnoszą się do ogólnej kondycji systemu ochrony zdrowia. Dużo mówi się o bieżącej sytuacji, o problemach organizacyjnych, brakach, ale także o formach wsparcia dla lekarzy, oferowanych przez naszą izbę, i o samych lekarzach. Dziennikarze niemal codziennie zadają nam pytania i proszą o komentarze. W momencie, gdy pacjenci, czyli widzowie, słuchacze, czytelnicy, wobec wielu niewiadomych związanych z COVID-19, zalewani fałszywymi informacjami poszukują rzetelnych, zaufanych źródeł, zabieramy głos w imieniu środowiska. Jest to ważne dla pacjentów i dla wzmacniania zaufania do zawodu lekarza.

Epidemia, pandemia

❑ W rozmowie w „Interwencji Extra" w **Polsat News** 27 lutego prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski zapytany przez Michała Stelę, czy szpitale są proceduralnie gotowe na walkę z koronawirusem, powiedział: *„Lekarze pytają, czy są jakieś przygotowane dla nich procedury, jaka jest ścieżka organizacyjna. Panuje duży chaos organizacyjny, ogromna niewiedza również wśród lekarzy: gdzie pacjenta kierować, gdzie dzwonić, jak się zachować. Myślę, że to kwestia najbliższych dni, po stronie władz leży obowiązek, żeby jak najszybciej do lekarzy dotrzeć z procedurami, które – mam nadzieję – są. Lekarze wciąż się do nas zwracają z pytaniami, jak pokierować pacjenta i jak się w danym przypadku zachować".*

❑ Do kwestii zapobiegania zakażeniom prezes ORL odniósł się 9 marca na antenie **TVP Info** w „Panoramie Opinii": *„Dziś zauważamy coraz więcej środków zaradczych, np. kontrole na granicy. I takich środków nigdy dość, ale nie zwalnia to nas z wnikliwego kontrolowania samych siebie. Musimy zacząć od nas samych. Przede wszystkim: mycie rąk, podstawowe zasady higieny, obserwacja".*

Zeskanuj telefonem kod QR, by wysłuchać/zobaczyć rozmowę w całości:

❑ 3 marca w **„Onet opinie – Renata Kim"** o koronawirusie rozmawialiśmy m.in. w kontekście społecznym: *„Czy my wszyscy w obliczu tego zagrożenia zdamy test jako społeczeństwo – jak zachowamy się, wiedząc, że jest pierwszy przypadek koronawirusa i on dotknął naszego sąsiada, który właśnie wrócił z Włoch, albo dziecka, które chodziło do przedszkola z naszym dzieckiem. Każdy z nas dziś musi zadać sobie takie pytanie i znaleźć odpowiedź, że zachowamy się po ludzku, będziemy spieszyć z pomocą, nie będziemy panikować, będziemy po prostu dążyć do tego, żeby zagrożenie nie rozprzestrzeniało się – przy zaufaniu do służb medycznych, do pracowników medycznych, którzy robią wszystko i będą robić wszystko dla bezpieczeństwa pacjentów (...)".*

Cały wywiad:

❑ W artykule „To nie są ćwiczenia. To jest wojna" na portalu **tvn24.pl** zwróciliśmy uwagę na naszą rozpoczętą we wrześniu kampanię społeczną: *„Gdy kilka miesięcy temu na ulicach Warszawy pojawiły się czerwone billboardy z hasłem »Polska to chory kraj« i później, gdy okazało się, że za akcją stoi samorząd warszawskich lekarzy, część polityków i komentatorów nie kryła oburzenia. – Polska to piękny kraj – ripostowali współpracownicy ministra zdrowia. Akcja odbiła się szerokim echem, ale mam wrażenie, że nikt – ani politycy, ani społeczeństwo – nie przejął się tym, na co chcieliśmy zwrócić uwagę. Pielęgniarka, która pracuje w trzech miejscach, żeby utrzymać rodzinę, słyszała, że »każdy dzisiaj ciężko pracuje«. Spotykała się z niemą zgodą na brak normalności. Dziś się okazuje, że ta pielęgniarka dyżuruje w szpitalu, który właśnie został przekształcony w zakaźny, a z dyżuru biegnie do kliniki, w której leżą pacjenci po immunosupresji. I to kwestia dni, kiedy przeniesie wirusa. A gdy pójdzie na kwarantannę, w dwóch miejscach w grafikach będzie wyrwa. (…) Mówiliśmy, że sprzęt sklejamy na przylepiec, a monitory składamy z części kilku starych. Wtedy to nikogo nie obchodziło, a dziś perspektywa leżenia pod takim monitorem staje się realna".*

❑ W wywiadzie na portalu **gazeta.pl**, opublikowanym 14 marca, przytoczyliśmy sytuacje wskazujące na źle działający system: *„Karetki i transport już, bez koronawirusa, były niewydolne. Szpitale ogólne nie mają bazowego zabezpieczenia.*

Przykład pierwszy z brzegu, stolica: na oddziale sześć maseczek, których – na wypadek pacjenta z koronawirusem – broni oddziałowa. Sprzęt ochrony osobistej to towar deficytowy. Na szkoleniu pokazuje się zdezelowany strój do obrony przed koronawirusem, bez gogli i maski. Lekarze są zaniepokojeni, że na dyżurze w każdej chwili może przyjechać chory z koronawirusem, co, wobec braku środków ochronnych, narazi nas wszystkich – lekarzy i pacjentów przebywających w szpitalu ogólnym. To jest problem i stąd są te wszystkie środki".

❑ O telemedycynie w kontekście sytuacji epidemiologicznej wypowiadał się dla **„Do Rzeczy"** lek. Michał Gontkiewicz z ORL w Warszawie: *„Wykorzystanie telemedycyny ogranicza ryzyko transmisji wirusów. Mogę na odległość zbadać pacjenta, przeprowadzić wywiad, zaordynować leczenie, wypisać e-receptę i e-skierowanie. Oczywiście nie w każdej sytuacji jest to możliwe, warto jednak korzystać z telemedycyny".*

❑ *„Czas po epidemii koronawirusa będzie równie ciężki, jak teraz. Wielu pacjentów ma odroczone terminy operacji, ponieważ obecnie priorytetem jest leczenie zakażonych koronawirusem. Bardzo trudno jest określić, kiedy sytuacja się unormuje"* – mówił 26 marca lek. Michał Gontkiewicz w **Radiu dla Ciebie**.

❑ **Medycyna Praktyczna** (26 marca): *„Nie można tworzyć prawa, które szkodzi. Zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych, do jakich bez wątpienia należy epidemia. My lekarze nie boimy się koronawirusa, boimy się nieodpowiedzialnych decyzji – pisze Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie w komentarzu do rządowego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.*

❑ Naszą izbę zaproszono do udziału w debacie redakcyjnej „Menedżera Zdrowia" i „Kuriera Medycznego" (24 marca) na **termedia.pl**: *„Chociaż telemedycyna nabiera dziś szczególnego znaczenia, pamiętajmy jednak, że nie wszystkie procedury można wykonać w sposób zdalny, np. porady położnicze i ginekologiczne, leczenie ran, procedury chirurgiczne. W tej sytuacji, należy przyjąć pacjenta w gabinecie, zachowując wszelkie środki bezpieczeństwa".*

Cała debata dostępna tutaj:

Wsparcie dla lekarzy

❑ Media pisały o apelu Prezydium ORL w Warszawie, skierowanym do centralnych władz państwowych (treść na str. 12) w związku z dramatycznymi niedoborami środków ochrony osobistej. Temat pojawił się m.in. w **„Medexpress.pl"**, w tygodniku **„Wprost"**, **„Pulsie Medycyny"**, na portalu **„Wirtualna Polska"**.

❑ W prasie pojawiały się także informacje o wspieraniu lekarzy w sprawach prawnych przez działające przy naszej izbie biuro „Prawnik dla lekarza". M.in. dziennikowi **„Rzeczpospolitej"** mówiliśmy (publikacja 16 marca), z jakimi wątpliwościami zgłaszają się do nas lekarze: *„Pary lekarskie, lekarsko-pielęgniarskie czy lekarsko-ratownicze nie należą do rzadkości i jeśli jedno pracuje, drugie musi zostać z dzieckiem. (…) Gdyby rodzice mogli się nim wymieniać, lecznice by tak nie pustoszały. Zasiłek dostajemy na opiekę nad dzieckiem od godz. 8 do 15 i po południu moglibyśmy pójść na dyżur. Tyle że świadczenie działa jak L4 – albo nie pracujemy w ogóle, albo nam się nie należy".*

❑ Zainteresowanie mediów, w tym łódzkiego wydania **„Gazety Wyborczej"** (11 marca), wzbudziła zapewniana przez OIL w Warszawie pomoc psychologiczna (więcej o pomocy na str. 7). Na łamach tego dziennika cytowano nas i podkreślano: *„W odpowiedzi na apele lekarzy rodzinnych i ze szpitalnych izb przyjęć, którzy – pracując w pierwszym kontakcie – zmagają się z obciążeniami związanymi z zagrożeniem epidemiologicznym, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie uruchomiła linię telefoniczną i wsparcie psychoterapeutów".*

❑ **„Medexpress.pl"** pisał o wsparciu lekarzy w codziennych czynnościach, jakie zadeklarował ZHR (więcej o akcji na str. 9).

❑ Z kolei „**Medycyna Praktyczna"** opisała naszą pomoc w formie wykupienia ubezpieczenia NNW dla 100 lekarzy z naszej izby, u którzy potwierdzono by zarażenie koronawirusem w pracy (więcej w artykule na str. 7).

Narodowy Kryzys Zdrowia

❑ O naszej kampanii społecznej, w kontekście akcji odwiedzania parlamentarzystów (rozpoczętej, ale ze względu na epidemię, odłożonej w czasie), pisały m.in. „**Rynek Zdrowia"**, **„Polityka Zdrowotna"**, **„Medycyna Praktyczna"**.

❑ Problemy w onkologii, wynikające z niewydolności systemu, o których alarmuje nasza kampania, poruszano na antenie radia **TOK FM**: – *Dlaczego młodzi lekarze unikają specjalizacji onkologicznych? (...) sprawa jest taka, że już w czasie samej specjalizacji z onkologii część osób rezygnuje, nie wytrzymuje obciążenia psychicznego, ale nie wytrzymuje także też nawału pracy, który mamy. Tutaj nam jest szczególnie trudno, bo my nie możemy odmówić choremu szybszego przyjęcia, wiedząc, że ma aktywną chorobę nowotworową, czyli musimy go dopisać ponad limit do poradni, czyli pracować de facto ponad nasze siły.* (...) *Czasami mam wrażenie, że jest to taka studnia bez dna, ponieważ potrzebne są rozwiązania systemowe i oszczędzanie pieniędzy tam, gdzie jest to możliwe, a my tego nie robimy, często też mam wrażenie, że te pieniądze marnotrawimy (...), ponieważ potrafimy drogi czas pracy lekarza tracić na drukowanie 8 skierowań potrzebnych do zakwalifikowania chorego do radioterapii (...) A mógłby to robić asystent albo asystentka? Mógłby, ale niestety takich asystentów nie ma"* – mówił lek. Mateusz Spałek, onkolog radioterapeuta. ■

Po prostu prosto

Fot. M. Szalek

W ostatnich tygodniach w mediach na całym świecie niewątpliwie głównym tematem jest koronawirus, zwłaszcza że sytuacja epidemiologiczna jest bardzo dynamiczna. Dawno nie mówiło się tak wiele o medycynie, systemie ochrony zdrowia, lekarzach. Lekarze bardzo często wypowiadają się dla mediów. Można odnieść wrażenie, że telewizje do swoich programów zapraszają wciąż tych samych ekspertów z dziedziny medycyny. I coś w tym jest. Żeby program był ciekawy i przekaz zrozumiały, do wytłumaczenia skomplikowanych procesów bądź uwiarygodnienia informacji zaprasza się ludzi o wysokich kompetencjach komunikacyjnych, a tym samym medialnych. Najlepiej sprawdzonych, takich, z którymi dziennikarzom dobrze się rozmawia i których widzom dobrze się ogląda i słucha. O tym, dlaczego warto mówić prosto, jasno, unikać hermetycznego specjalistycznego języka, z Maciejem Orłosiem rozmawiała Renata Jeziółkowska. W wywiadzie ten wątek poruszony został w kontekście wypowiedzi publicznych, skierowanych do szerokiego grona odbiorców, jak również w kontekście rozmowy z pacjentem.

Nie ma ryzyka, że gdy mówimy prostym językiem, możemy być odbierani jako mniej kompetentni niż osoby posługujące się specjalistycznymi pojęciami?

Trzeba sobie zdefiniować odbiorców – do kogo się mówi. Jak się mówi do wąskiego grona specjalistów, czyli jest się we własnym gronie, można mówić hermetycznym językiem, bo i tak wszyscy zrozumieją. Ale jak się wychodzi na zewnątrz, trzeba język dostosować do grupy docelowej. Jeśli tego nie zrobimy, po prostu cała sytuacja straci sens, gdyż nie będziemy skuteczni, ludzie nas nie zrozumieją, nie będą chcieli nas słuchać. Znam to choćby z telewizji. Mówię do ludzi jak najprostszym językiem, żeby do nich dotrzeć, żeby oni mieli szansę w pewnym sensie być ze mną, rozumieć to, co chcę przekazać. W przypadku lekarzy działa ten sam mechanizm. Gdy np. wypowiadają się w mediach czy mówią do pacjenta, powinni mówić tak, żeby każdy zrozumiał – wręcz łopatologicznie, powoli tłumacząc zwroty. Trudnego zwrotu medycznego, dotyczącego danego zagadnienia, też możemy użyć, ale natychmiast należy wytłumaczyć, o co chodzi.

Zaobserwowałam, że niektórzy specjaliści źle się czują, gdy druga strona, np. dziennikarz, wymusza prosty sposób mówienia. Złe samopoczucie wynika m.in. z tego, że wśród odbiorców mogą być inni specjaliści, ludzie z branży, i pojawia się obawa, że uznają prosty język za oznakę mniejszych kompetencji.

Rozumiem to odczucie i nawet je w jakimś stopniu podzielam. Pamiętam takie sytuacje, że miałem potrzebę udowodnienia, że wiem, o czym mówię, że jestem ze środowiska, z którym się identyfikuję – więc wręcz głupio mówić inaczej, bo przecież mamy swój slang branżowy. Ale to są pozory, kogo to obchodzi. Ludzi obchodzi to, żeby mogli zrozumieć, co się do nich mówi, a i tak zakładają, że dana osoba jest fachowcem. Bo ma tytuł doktora, profesora, karierę, doświadczenie, osiągnięcia, prace naukowe itd., więc jest uwiarygodniona, nie musi udowadniać jeszcze tego, mówiąc hermetycznym językiem. Jak wspomniałem, rozwiązaniem dla osób, które naprawdę głupio się z tym czują i mają potrzebę użycia branżowego sformułowania, określenia, terminu, jest użycie go i następnie wyjaśnienie „ludzkim", przystępnym językiem. I wszyscy są zadowoleni.

W komunikowaniu się, zwłaszcza gdy chcemy dotrzeć do odbiorcy spoza naszego środowiska, liczy się, by być rozumianym. Ważny jest sposób mówienia, ale nie tylko o język chodzi.

Liczą się, mówiąc ogólnie, dwie warstwy. To znaczy werbalna i – też bardzo istotna – niewerbalna. Czyli to, że ktoś jest otwarty, że ma uśmiech w oczach, w ogóle jest uśmiechnięty, że z przyjemnością się na niego patrzy, że nie jest ponurakiem. W ogóle komunikacja niewerbalna jest bardzo ważna, więc w mediach ta aura emocjonalna się liczy. Żeby była przyjazna dla widza, żeby była spójna z tym, o czym się mówi, musimy dostosować tzw. aurę emocjonalną, czyli wyraz twarzy, to co mamy w oczach przede wszystkim, musi być też swoboda wypowiedzi, rytm wypowiedzi. Nie ma nic gorszego niż monotonia. To zabójca komunikacji – gdy mówi się na jednym tonie, płasko. A jeżeli

ktoś potrafi urozmaicać ten rytm – szybciej, wolniej, głośniej, ciszej, wyżej, niżej, nie boi się pauzy, nie boi się zawieszenia głosu, wtedy, kiedy jest uzasadnione, i do tego jest uśmiechnięty, zachowuje się normalnie, naturalnie, nikogo nie udaje – to jest mile widziany w mediach. I temu oczywiście musi towarzyszyć zrozumiały dla wszystkich język. To wszystko idzie w parze, trudno sobie wyobrazić osobę, która jest fajna, uśmiechnięta, swobodna i jednocześnie mówi jakimś branżowym bełkotem. Dotyczy to każdej branży.

Istnieje zagrożenie, że ktoś trafia do odbiorcy, bo jest showmanem, ale brakuje mu kompetencji?

Może tak być, ale to ma swoje granice. Kompetencje łatwo zweryfikować i komuś, kto ich nie ma, żadna komunikatywność nie pomoże.

Gdy trzeba publicznie wyjaśnić odbiorcom, widzom, słuchaczom skomplikowane dla nich zjawisko medyczne i zaprosić eksperta do programu, co decyduje? Oczywiście, mówimy o osobach, które mają wiedzę na dany temat.

Można powiedzieć, że wybitny profesor z ogromną wiedzą, z tytułami naukowymi, wielkim doświadczeniem, który mówi monotonnie i nudno, będzie rzadziej zapraszany do mediów i na jakieś spotkania niż szeregowy lekarz bez tytułów profesorskich, który świetnie mówi, potrafi doskonale wyjaśnić takie czy inne zagadnienie medyczne.

Bywa też tak, że w sprawach niezrozumiałych dla przeciętnego odbiorcy wiarygodna staje się osoba prosto i barwnie głosząca spiskowe teorie, pseudoekspert, znachor bądź ktoś pozbawiony prawa wykonywania zawodu. Widzimy tu mieszankę charyzmy, manipulacji, powoływania się na „niezbite dowody" i pseudonaukowe wnioski. Takie osoby nie są zapraszane do mediów, ale przyciągają publiczność np. na YouTube lub w mediach społecznościowych. To niekiedy chwyta i skutki dla zdrowia osób ulegających ich wpływowi bywają dramatyczne.

Świat mediów jest skomplikowany, mamy dostęp do Internetu, do kanałów w mediach społecznościowych i na YouTube, i tam jest praktycznie wolna amerykanka. Od odbiorców zależy, jakich wyborów będą dokonywać, w sensie: na ile potrafią ocenić, co jest wartościowe, a co nie jest. Czy chcą i potrafią sprawdzić czyjeś kompetencje albo dowiedzieć się, kim taka osoba jest. Chodzi o to, że trzeba oglądać i słuchać świadomie. Można wysłuchać kogoś i się z nim nie zgodzić od razu, z gruntu, ale wysłuchać go, traktując jako swego rodzaju zjawisko, wiedząc, że jest ktoś taki. Najważniejsze jest, żeby nie być podatnym na manipulacje, ale to kwestia świadomości odbioru – albo się ją ma, albo nie. Jeżeli jakiś pseudoekspert trafi na YouTube, ma swój kanał, na pewno niestety jakaś część ludzi, która na niego się natknie, będzie kiwać głową i zasubskrybuje, uwierzy mu i stwierdzi: *„O, superfajne rzeczy mówi, podoba mi się"*. Ale na to mamy niewielki wpływ. Można zgłaszać naruszenia administratorom, właściwym organom oraz apelować, żeby zawsze odbiorcy weryfikowali

> Ludzi obchodzi to, żeby mogli zrozumieć, co się do nich mówi, a i tak zakładają, że dana osoba jest fachowcem.

opinie ludzi, o których niewiele wiedzą itd. Trzeba pamiętać, że żyjemy w epoce fake newsów. Jakaś grupa, jakiś procent odbiorców bezkrytycznie podejdzie do przekazu. Załóżmy, że dotrze on do 100 tys. osób, z czego 99 proc. nie uwierzy, nie zaufa itd., ale 1 proc., czyli około 1 tys. osób, uwierzy...

Przejdźmy teraz do sytuacji codziennych i bezpośrednich spotkań (abstrahując od sytuacji wyjątkowych, takich jak epidemia). Relacja lekarz – pacjent. Kluczowy moment to przekazanie pacjentowi informacji. Wizyta jest krótka, kolejne osoby czekają w kolejce, nie ma czasu na długie rozmowy.

Im prościej, tym lepiej. Gdy np. mamy wyniki badań, pacjent chce zrozumieć dokładnie, o co w nich chodzi, chce znać wnioski. Trzeba wyjść z założenia, że pacjenci nie mają zielonego pojęcia o rzeczach dla lekarzy oczywistych i w związku z tym potrzebują wytłumaczenia wszystkiego od początku. Świadomość, wiedza, orientacja... Trudno, żeby ludzie mieli orientację w terminologii medycznej, bo niby dlaczego mieliby mieć. Trzeba po prostu założyć, że ich wiedza jest na poziomie zerowym, w związku z czym należy od zera, spokojnie jak dziecku, tłumaczyć, co oznacza to i tamto, co z tego wynika, co dalej robimy itd. Ze względu na krótki czas wizyty trzeba się skupić na przekazaniu pacjentowi kluczowych informacji w sposób, który go uspokoi, który sprawi, że będzie ufał temu, co lekarz mu mówi. A wiadomo, że często trzeba przekazać informacje bardzo trudne.

Mimo wszystko pacjenci szukają diagnozy u „doktora Google'a"... Wiele osób na pewno jednak było w sytuacji, gdy wynik badania zaniepokoił i lekarz widząc to, od razu powiedział, żeby nie czytać „żadnych głupot w Internecie", bo można wtedy wywnioskować, że np. ma się raka. Krótka, rzeczowa informacja o tym, co pacjentowi dolega, oraz zapewnienie, że to nic groźnego, prośba żeby nie sugerować się opiniami z Internetu, uspokaja. Takie komunikaty wprost do pacjentów to na pewno dobry pomysł.

Taki komunikat jest nie tylko stosowny, często bywa po prostu niezbędny. Nawet jeśli wizyta jest krótka, służy temu, żeby pacjentowi wyjaśnić, co mu dolega. Wytłumaczenie, nawet krótkie, ale jasne, przekazane prostym językiem, jest bardzo potrzebne. Inaczej pacjent zacznie panikować, nakręcać się. Myślę, że są sposoby, żeby z człowiekiem porozmawiać, o pewnych rzeczach uprzedzić, przed niektórymi ostrzec. Wystarczy dobra komunikacja, rozmowa – taka po ludzku. Krótki czas wizyty nie jest według mnie wytłumaczeniem złej komunikacji, bo kilka zdań zawsze można powiedzieć, nawet w bardzo krótkim czasie. Mimo zmęczenia, mimo przeszkód, które generuje źle działający system ochrony zdrowia. Wizyta u lekarza jest dla pacjenta czymś ważnym, zwłaszcza gdy czeka na nią bardzo długo. ■

Fot. archiwum

Aktualności prawnomedyczne

FILIP NIEMCZYK, adwokat

SPECUSTAWA O SZCZEGÓLNYCH ROZWIĄZANIACH DOTYCZĄCYCH KORONAWIRUSA

2 marca 2020 r. Sejm RP uchwalił ustawę o szczególnych rozwiązaniach dotyczących zapobiegania i zwalczania COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz likwidowania wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.[1] Przygotowany i przyjęty w trybie pilnym projekt wprowadza wiele rozwiązań o charakterze nadzwyczajnym, m.in. możliwości:

– wybudowania, przebudowania i rozbiórki obiektów budowlanych z pominięciem przepisów prawa budowlanego, planowania przestrzennego i ochrony zabytków w związku z przeciwdziałaniem COVID-19,

– dokonywania zamówień, których przedmiotem są towary i usługi niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, bez stosowania prawa zamówień publicznych, jeśli zajdzie wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub jeśli wymagać tego będzie ochrona zdrowia publicznego,

– wydania przez pracodawcę polecenia pracownikom dotyczącego podjęcia pracy zdalnej przez określony czas,

– otrzymania dodatkowego zasiłku opiekuńczego dla rodziców, na okres nie dłuższy niż 14 dni, w przypadku zamknięcia żłobka, przedszkola lub szkoły,

– nałożenia na podmiot leczniczy, będący spółką z większościowym lub wyłącznym udziałem Skarbu Państwa, oraz samodzielne publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej obowiązku realizacji szczególnych zadań polegających na zmianach w strukturze organizacyjnej, przekazania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, aparatury i sprzętu innym podmiotom.

Ustawa wprowadza ponadto zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. Świadczenia te będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister zdrowia. Nadto ustawa wprowadza szczególne uprawnienie wojewody do wydawania wiążących poleceń dla wszystkich organów administracji rządowej i samorządowej, a za pośrednictwem prezesa Rady Ministrów – także dla przedsiębiorców.

Specustawa wprowadza także zmiany w dotychczas obowiązujących przepisach. Rozszerza uprawnienia głównego inspektora sanitarnego oraz wojewódzkich inspektorów wobec hurtowni farmaceutycznych, a także upoważnia do wydawania zaleceń i wytycznych obowiązujących wszystkie osoby przebywające na terytorium RP. Zmiany w ustawie z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU z 2019 r., poz. 499) polegają m.in. na możliwości reglamentacji produktów leczniczych i wyrobów medycznych przypadających na jednego pacjenta w drodze decyzji ministra zdrowia. W ustawie z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (DzU z 2008 r. nr 234, poz. 1570 ze zm.) specustawa wyodrębnia nowe kategorie: strefa zero, strefa buforowa, strefa zagrożenia, zagrożony obszar, miejsce kwarantanny. Przy czym zapisy specustawy korespondują z regulacją o przymusowej hospitalizacji, którą ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych zawiera. Kolejna zmiana dotyczy możliwości czasowego ograniczenia lub zawieszenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty oraz uczelni wyższych na obszarze kraju lub jego części, w zależności od stopnia zagrożenia. Projektodawcy wskazali, że nie jest możliwe oszacowanie kosztów wprowadzanych regulacji z uwagi na to, że obecnie nie da się przewidzieć liczby osób zarażonych wirusem i konsekwencji wynikających z wystąpienia zarażenia. 4 marca 2020 r. specustawa była przedmiotem prac w Senacie.[2]

[1] http://orka.sejm.gov.pl

[2] https://www.gazetaprawna.pl

NACZELNA RADA LEKARSKA O KIERUNKACH ZMIAN W USTAWIE O PRAWACH PACJENTA

13 lutego 2020 r. NRL zajęła stanowisko[3] w zakresie kierunków zmian w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (DzU 2009 nr 52, poz. 417) w związku z pracami Zespołu ds. Opracowania Propozycji Ustawowych Regulacji Dotyczących Praw i Obowiązków Pacjentów przy Ministrze Zdrowia. Obok postulatu szerszego włączenia środowiska lekarskiego w trwające prace zaprezentowano kilka istotnych propozycji merytorycznych. Samorząd postuluje w szczególności, aby obok praw pacjenta wyodrębnić ustawowo jego obowiązki, wśród których wymienić należy obowiązek powiadamiania o niemożności skorzystania z umówionej wizyty, a także zakaz zatajania wobec lekarza informacji o stanie zdrowia i dotychczasowym leczeniu. Wyodrębnienie kategorii obowiązków pacjenta ma sprzyjać współpracy lekarza z pacjentem, co jest podstawą powodzenia procesu terapeutycznego. Zdaniem NIL naruszenie obowiązków przez pacjenta powinno wiązać się z konsekwencjami, nawet w postaci odstąpienia od wykonania świadczenia zdrowotnego w danym podmiocie, o ile oczywiście nie zachodzi sytuacja zagrożenia życia. Konkluzją stanowiska jest uwaga, że ustawa powinna w tytule zawierać zarówno prawa, jak i obowiązki pacjenta.

W moim przekonaniu, mówiąc o obowiązkach pacjenta, nie należy tracić z pola widzenia faktu, że chory jest słabszą stroną w relacji ze służbą zdrowia. Jednak nagannych zachowań, naruszających elementarne prawa lekarza, tolerować nie można, a powszechnie obowiązujące przepisy powinny zakładać możliwość stosownej reakcji.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH W SPRAWIE POZBAWIENIA WOLNOŚCI W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM

RPO złożył kasację do Sądu Najwyższego w sprawie, w której mężczyzna został umieszczony bez swojej zgody w szpitalu psychiatrycznym na podstawie sfałszowanego wpisu do dokumentacji medycznej.[4] Sądy I i II instancji doszły do przekonania, że nieprawdziwy wpis o rzekomej próbie samobójczej nie zrodził dla umieszczonego w szpitalu negatywnych skutków prawnych. Ze stanowiskiem takim nie zgodził się rzecznik, który wskazał, że skutkiem nieprawdziwego wpisu było faktyczne pozbawienie wolności obywatela i jego przetrzymywanie – wbrew woli – w szpitalu psychiatrycznym, mimo ewidentnego braku przesłanek ujętych w ustawie z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (DzU z 1994 r. nr 111, poz. 535). Podkreślono również, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody narusza podstawowe, gwarantowane konstytucyjnie wolności i prawa, związane z przyrodzoną i niezbywalną godnością człowieka (art. 30 konstytucji), w tym również wolność i nietykalność osobistą (art. 31 i 41 konstytucji).

[3] https://nil.org.pl

[4] https://www.rpo.gov.pl

[5] http://www.rynekzdrowia.pl

DYREKTOR SZPITALA ZAPOWIADA ROSZCZENIA WOBEC PRACOWNIKÓW

Wśród doniesień prasowych[5] zwróciła moją uwagę informacja dotycząca wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 18 lutego 2020 r., który zasądził na rzecz pacjentki jednego ze szpitali powiatowych 2 mln zł odszkodowania. Podstawą odpowiedzialności cywilnej było ustalenie, że dwie lekarki opiekujące się pacjentką podczas porodu dopuściły się zaniedbań, których skutkiem było czterokończynowe porażenie mózgowe noworodka. Zasądzona kwota przekracza wysokość sumy gwarantowanego ubezpieczenia OC szpitala, a w konsekwencji dotknie bezpośrednio budżet placówki. Dyrektor zapowiedział, że będzie dochodził roszczenia regresowego wobec personelu winnego błędu. Stanowisko dyrektora szpitala jest w moim przekonaniu błędne. Zgodnie z art. 120 §1 kodeksu pracy, w razie wyrządzenia przez pracownika podczas wykonywania obowiązków zawodowych szkody osobie trzeciej, do naprawienia szkody zobowiązany jest wyłącznie pracodawca. Błąd w sztuce medycznej jest zdarzeniem zawinionym, ale polega na braku staranności lub lekkomyślności, co oznacza, że popełniony jest zawsze nieumyślnie. Odpowiedzialność finansowa pracownika w takiej sytuacji ograniczona jest wyłącznie do wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego w dniu wyrządzenia szkody, niezależnie od skali skutków popełnionego błędu. W konsekwencji powództwo szpitala wobec pracowników powyżej kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia powinno zostać oddalone. ■

Fotografie: archiwum

Niezastosowanie procedur

Analiza przypadku

ALEKSANDRA POWIERŻA – radca prawny
KAROLINA PODSIADŁY-GĘSIKOWSKA – adwokat

Dawno nie było na łamach „Pulsu" analizy przypadku z dziedziny stomatologii. Czas to zmienić, ze statystyk wynika bowiem, że właśnie wobec lekarzy dentystów roszczenia zgłaszane są stosunkowo często.

Pani A. zgłosiła się do NZOZ Stomatologia w X. 27.04.2014 r. w celu leczenia bolącego zęba 16. Lekarz Z. w badaniu fizykalnym stwierdziła pojedyncze braki zębowe, dostateczną higienę jamy ustnej, znaczne zniszczenie korony zęba 16. Po uzyskaniu ustnej zgody pacjentki przeprowadzono całkowite opracowanie ubytku. Podczas wizyty kontrolnej 12.05.2014 r. mechaniczno-chemicznie opracowano kanały, na podstawie wskazań endometru stwierdzono, że kanały są drożne i wypełniono je. 26.05.2014 r. pani A. ponownie zgłosiła się do placówki medycznej. Nie stwierdzono dolegliwości bólowych i odstąpiono od wykonania zdjęcia RTG. Ostatecznie opracowano ubytek, założono podkład Adhesor oraz wypełnienie stałe.

17.02.2017 r. pani A. zgłosiła się do prywatnego gabinetu w X., gdzie na podstawie zdjęcia RTG oraz badania tomograficznego zakwalifikowano ząb 16 do ponownego leczenia kanałowego. Wskazano, że w kanałach policzkowych prawdopodobnie pozostawiono dwa złamane narzędzia kanałowe, a w zatoce szczękowej niewielką ilość przepchniętego poza wierzchołek materiału do wypełniania kanałów. Pacjentkę poinformowano, że pozostawienie zęba w takim stanie może powodować stany zapalne oraz ból.

Pełnomocnik pani A. zarzucił dr Z. nieprawidłowe leczenie, co skutkuje koniecznością ponownego leczenia zęba 16, oraz spowodowanie długotrwałych dolegliwości bólowych i urazu psychicznego u pacjentki. Pełnomocnik wniósł o wypłatę na rzecz pani A. zadośćuczynienia za doznaną szkodę w wysokości 15 tys. zł oraz odszkodowania w wysokości 4800 zł.

W celu ustalenia, czy postępowanie medyczne dr Z. było prawidłowe, zgodne z aktualną wiedzą medyczną i przeprowadzone z należytą starannością, ubezpieczyciel NZOZ zasięgnął opinii lekarza specjalisty z zakresu stomatologii ogólnej oraz chirurgii stomatologicznej. Opiniująca stwierdziła, że podczas leczenia endodontycznego zęba doszło do licznych nieprawidłowości skutkujących koniecznością przeprowadzenia leczenia naprawczego. W jej ocenie za błąd diagnostyczny należy w tym przypadku uznać niewykonanie RTG zęba przed leczeniem endodontycznym. Pacjentka powinna otrzymać skierowanie na takie zdjęcie na pierwszej wizycie, aby lekarz mógł ocenić anatomię korzeni zęba i ich odległości względem światła zatoki szczękowej. Opiniująca podkreśliła, że z całą pewnością nie można potwierdzić złamania narzędzi endodontycznych w kanałach zęba (zdjęcia RTG niejednoznaczne), natomiast jako błąd terapeutyczny należy potraktować przepchnięcie materiału endodontycznego do światła zatoki szczękowej. Ponieważ materiały wypełniające kanał korzeniowy nie są obojętne dla tkanek okołowierzchołkowych, a także dla tkanek okalających zatokę szczękową, mogą być powodem odczynów zapalnych. Gdyby lekarz dentysta prowadzący leczenie wykonał RTG zęba w celu oceny odległości kanałów korzeniowych od światła zatoki, z rozwagą podchodziłby do leczenia endodontycznego i wypełniania kanałów korzeniowych. Brak zdjęcia RTG po zakończeniu leczenia endodontycznego zęba należy kwalifikować jako potwierdzenie błędu terapeutycznego, gdyż ząb nie musi powodować dolegliwości bólowych zaraz po zakończeniu leczenia, a powikłania wynikające z braku kontroli poprawności wypełnienia kanałów korzeniowych mogą pojawić się odlegle i powodować stany zapalne oraz zmiany okołowierzchołkowe leczonego zęba. Opiniująca podniosła, że z zapisów w dokumentacji medycznej wynika, że nie zastosowano do leczenia endodontycznego koferdamu, który także jest wymagany procedurami Polskiego Towarzystwa Endodontycznego, gdyż chroni ząb leczony endodontycznie przed ponowną infekcją kanałów korzeniowych przez bakterie znajdujące się w ślinie.

Działanie takie zakwalifikowano więc jako niedołożenie należytej staranności w leczeniu pacjentki.

Lekarz orzecznik podkreślił, że pani A. powinna otrzymać od lekarza do podpisania formularz zgody na leczenie endodontyczne zęba 16 zawierający informacje dotyczące możliwych powikłań leczenia endodontycznego, rokowania oraz metody alternatywnego leczenia. Ponieważ zgoda nie została udzielona, wystąpił błąd informacyjny. Na podstawie tej opinii ubezpieczyciel NZOZ uznał, że zaniedbania dr Z. noszą znamiona winy.

Odnośnie do szkody i jej zakresu opiniująca wskazała, że zarówno dokumentacja medyczna, jak i zdjęcia RTG oraz CBCT nie potwierdzają jednoznacznie złamania narzędzi endodontycznych w kanałach zęba 16. Wyjaśni to ponowne leczenie endodontyczne zęba 16, który z całą pewnością takiego leczenia wymaga, ale po wykonaniu przez specjalistę z zakresu radiologii opisu CBCT, który powinien zawierać rekonstrukcję leczenia naprawczego reendodontycznego. W przypadku niepowodzenia ponownego leczenia ząb trzeba będzie usunąć. Leczenie naprawcze powinien wykonać specjalista z zakresu endodoncji, który przeprowadzi je zgodnie z procedurami PTE i pod mikroskopem. Trudno określić, jakie są rokowania, gdyż leczenie reendodontyczne niesie ze sobą duże ryzyko powikłań. Dopiero po jego zakończeniu będzie można rzetelnie ocenić rokowania. Jednak ze względu na stan zęba 16, konieczność ponownego leczenia endodontycznego oraz dużą utratę tkanek zęba, spowodowaną procesem chorobowym, uważa się, że rokowanie nie jest dobre. Określenie trwałego uszczerbku na zdrowiu będzie możliwe po przeprowadzeniu leczenia naprawczego, w zależności od tego, czy ząb utrzyma się w jamie ustnej. Opiniująca podniosła również, że nieprawidłowo przeleczony endodontycznie ząb 16 okresowo mógł być przyczyną bólu, szczególnie ze względu na przepchnięcie materiału do światła zatoki szczękowej.

Tym samym potwierdzono, że na skutek nieprawidłowo przeprowadzonego leczenia kanałowego pacjentka bezspornie doznała szkody w postaci dolegliwości bólowych. Wobec tego ubezpieczyciel NZOZ dokonał wypłaty na rzecz pani A. 3 tys. zł tytułem zadośćuczynienia. Wypłaty dochodzonego odszkodowania w wysokości 4800 zł odmówiono, gdyż ubezpieczyciel nie otrzymał rachunków, faktur ani innych dokumentów potwierdzających, że pani A. poddała się leczeniu naprawczemu.

Pytanie redakcji: Z jakiego powodu pacjenci tak często zgłaszają roszczenia wobec lekarzy dentystów?

Prawnik lekarza: Pacjenci stomatologiczni najczęściej korzystają z odpłatnych świadczeń. Jeśli więc leczenie się nie powiedzie, czują się uprawnieni do odzyskania „tego, co zapłacili", a następnie chcą dochodzić dalszych roszczeń. Poza tym praca dentysty obejmuje bardzo wrażliwe części ciała i często związana jest z dużym dyskomfortem dla pacjenta. Silny ból zęba plasuje się przecież wysoko w rankingach najgorszego bólu, jakiego można doświadczyć. ■

Podsiadły Powierża
Kancelaria Adwokacko-Radcowska sp.p.
PRAWNIK LEKARZA

www.prawniklekarza.pl

IZBA DLA LEKARZY

BEZPŁATNE PORADY PRAWNE DLA LEKARZY

Dyżury prawników odbywają się:
» w poniedziałek w godz. 10.00 - 18.00
» od wtorku do piątku w godz. 8.00 - 16.00

Adres:
ul. Puławska 18 lok. 8,
piętro III (wejście przez bramę)

Kontakt:
prawnikdlalekarza@oilwaw.org.pl
728-988-518

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

Graf. K. Bryda

Nieporozumienia wokół „lojalek”

Mecenas Karolina Podsiadły-Gęsikowska wyjaśnia:

Zostały wprowadzone ustawą z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Art. 4 tej ustawy wskazuje, że w latach 2018–2020 ze środków przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia, w ramach umów z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, finansuje się wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizację (dalej „lekarzy”). Finansowanie to ma na celu podwyższenie lekarzom, spełniającym określone warunki, wynagrodzeń zasadniczych do 6750 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełny etat, oraz związane z tym podwyższenie dodatku za wysługę lat. W zamian lekarze zobowiązują się względem pracodawcy (czyli podpisują tzw. lojalki) do nieudzielania odpłatnie pewnych świadczeń opieki zdrowotnej w określonych podmiotach leczniczych.

Ustawa wskazuje, że nie w każdym podmiocie leczniczym, w którym udziela się świadczeń zdrowotnych, lekarz może liczyć na wyższe wynagrodzenie. Nie zależy to jednak od statusu placówki (prywatna czy publiczna), ale od umowy z NFZ. Podmiot leczniczy musi być świadczeniodawcą, który zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 4 wspomnianej ustawy środki finansowe, które lekarze mają otrzymać w zamian za zobowiązania określone w tej ustawie, mogą być przyznane lekarzowi, który m.in. zatrudniony jest na podstawie stosunku pracy w placówce medycznej.

Stosunek pracy może zostać zawiązany na podstawie umowy o pracę, umowy mianowania, powołania, wyboru lub spółdzielczej umowy o pracę. Zgodnie z kodeksem pracy, nie jest dopuszczalne zastąpienie umowy o pracę umową cywilnoprawną z zachowaniem warunków wykonywania pracy. Zatem tylko lekarze zatrudnieni w oparciu o umowę na tzw. etacie mogą skorzystać z prawa do ubiegania się o dodatkowe środki finansowe przewidziane ustawą.

Ustawa mówi, że lekarz powinien zobowiązać się wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej, w warunkach całodobowych lub całodziennych, u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ, w co najmniej jednym z następujących zakresów: leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień; świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, leczenia stomatologicznego, lecznictwa uzdrowiskowego, zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji. Z listy wyłączono świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, rehabilitacji leczniczej i opieki długoterminowej.

W związku z tym, że pojawiły się wątpliwości, jak interpretować wspomniane przepisy, Ministerstwo Zdrowia wydało komunikat, w którym wyjaśnia, że lekarz, który podpisał „lojalkę”, może jednak wykonywać świadczenia:

- ✔ w placówkach komercyjnych, bez ograniczeń,
- ✔ z zakresów: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, rehabilitacji leczniczej i programów zdrowotnych, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych u innego świadczeniodawcy, który ma umowę z NFZ bez ograniczeń,
- ✔ z zakresu rehabilitacji leczniczej i programów zdrowotnych, u świadczeniodawcy, który nie zawarł z NFZ umów nawet w jednym z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- ✔ nieodpłatnie, w ramach wolontariatu,
- ✔ a także w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, rehabilitacji leczniczej i opieki długoterminowej,
- ✔ u tego samego świadczeniodawcy bez ograniczeń.

Ponadto lekarz taki może być zatrudniony u niektórych świadczeniodawców, wymienionych w opublikowanym przez dyrektora OW NFZ.

Aktualny wykaz podmiotów leczniczych:

Lekarze nie mieli obowiązku podpisywania „lojalki”. Był i jest to ich wybór. Natomiast, biorąc pod uwagę ówczesne wynagrodzenia lekarzy, którzy pracowali w jednym miejscu (bo np. potrzebowali większej stabilności), bez tzw. dorabiania, trudno się dziwić, że decydowali się na ich podpisywanie. Podkreślam, że to jedynie moja opinia.

Lekarze mają oczywiście prawo cofnięcia swojego zobowiązania. W tym celu należy złożyć u pracodawcy wniosek na piśmie.

Jeśli tego nie uczynią i będą naruszać postanowienia zobowiązania, wówczas zgodnie z art. 5 ust. 3 omawianej ustawy: *„...lekarz jest obowiązany do zapłaty pracodawcy kary w wysokości 75 proc. iloczynu liczby miesięcy pobierania nienależnego, zwiększonego wynagrodzenia (...)* [tu wymieniono wszystkie dodatki z tym związane] *W razie sporu o karze orzeka sąd pracy”.*

Zatem to przede wszystkim lekarz jest zobowiązany do zapłaty kary na rzecz pracodawcy. ■

Oprac. ***mkr***

NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia
Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie

Fundusz sprawdza naszą lojalność

Od lutego 2020 r. Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ rozpoczął działania, które mocno zaniepokoiły środowisko lekarskie oraz dyrektorów szpitali. Chodzi mianowicie o pisma kierowane do niektórych szpitali, dotyczące niewypełniania przez lekarzy zobowiązania wynikającego z art. 4 ustawy z 5 lipca 2018 r. Treść brzmi tajemniczo i groźnie, zawiera informację o konieczności zwrócenia funduszowi środków finansowych przeznaczonych na podniesienie wynagrodzeń lekarzy. Pisma wysłane zostały aż do 71 szpitali. Co tak naprawdę oznaczają i czy należy się czegoś obawiać?

Otóż sprawa dotyczy tzw. lojalek, czyli zobowiązań lekarzy, zatrudnionych na etacie w szpitalach, do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy realizującego umowę w co najmniej jednym z następujących zakresów:

a) leczenie szpitalne,
b) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
c) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
d) leczenie stomatologiczne,
e) leczenie uzdrowiskowe,
f) zaopatrzenie w wyroby medyczne,
g) ratownictwo medyczne,
h) opieka paliatywna i hospicyjna,
i) świadczenia wysokospecjalistyczne,
j) programy lekowe,
k) leki stosowane w chemioterapii,

z wyłączeniem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej. Ograniczenia nie dotyczą również lekarzy zatrudnionych w komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy, których listę opublikowano w wykazie podmiotów leczniczych zagrożonych niemożnością realizacji świadczeń opieki zdrowotnej lub zapewnienia ciągłości ich udzielania ze względu na zbyt małą liczbę lekarzy.

Omawiane zobowiązania, dotyczące lekarzy posiadających specjalizację, miały na celu zachęcenie do pracy u jednego świadczeniodawcy przez zagwarantowanie minimalnego wynagrodzenia zasadniczego w wysokości 6750 zł miesięcznie. Z tego rozwiązania skorzystało około 15 tys. lekarzy specjalistów w całej Polsce.

Wspomniana we wstępie nowelizacja ustawy uwzględnia również nadzór Narodowego Funduszu Zdrowia nad prawidłowością realizacji jej zapisów. Ma on na celu zarówno ochronę interesów lekarzy drogą kontrolowania, czy szpital przeznacza otrzymane środki finansowe zgodnie z ich przeznaczeniem, jak i badanie, czy lekarze dotrzymują złożonych zobowiązań. I dlatego właśnie, realizując obowiązek wynikający z art. 7 wskazanej ustawy, informuje szpitale o stwierdzonym – na podstawie weryfikacji wykazywanego do umów personelu – udzielaniu świadczeń przez lekarza specjalistę u różnych świadczeniodawców w okresie od wejścia w życie ustawy do chwili obecnej.

Rzeczywiście, pisma są dość enigmatyczne i zrozumienie, co było powodem wysyłania ich przez NFZ, może sprawiać problem. Nie powinno natomiast budzić wątpliwości użyte w ustawie sformułowanie *„odpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych”*, interpretowane przez wielu lekarzy jako umowa o pracę. Tymczasem forma zatrudnienia nie ma znaczenia – może to być również kontrakt menedżerski. W tym miejscu należy podkreślić jednak, że weryfikacja odbywa się na poziomie umowy zawartej przez świadczeniodawcę, która nie zawiera istotnych dla tej kwestii elementów, takich jak sposób i cel zatrudnienia. W efekcie może dochodzić do sytuacji, gdy lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach wolontariatu poczuje się niesłusznie oskarżony o nieuczciwą praktykę, ponieważ jego nazwisko, jako pracownika, widnieje w zasobach różnych świadczeniodawców. Dlatego konieczna jest dogłębna analiza sytuacji wątpliwych. Czym innym jest bowiem dorabianie w innym zakładzie leczniczym, a czym innym związana z udzielaniem świadczeń praca dydaktyczna bądź staż specjalizacyjny.

Na razie NFZ informuje dyrektorów szpitali, że dane w systemie informatycznym wskazują, iż niektórzy lekarze niekoniecznie są lojalni wobec swojego pracodawcy. A informacje o gotowości do zwrotu nienależnie wypłaconych pieniędzy, wpływające do Mazowieckiego Oddziału NFZ, dobitnie potwierdzają tę tezę. ■

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

Urząd marszałkowski podzielił pieniądze

Rada Sejmiku Mazowieckiego zdecydowała się wesprzeć szpitale, dla których jest organem założycielskim, dodatkowymi środkami w wysokości 11,5 mln zł. Pieniądze zostaną przeznaczone m.in. na modernizację i doposażenie oddziałów w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie (5,4 mln zł), utworzenie ośrodka udarowego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu (1 mln zł), modernizację systemu zasilania w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Siedlcach (975 tys. zł). W sumie z pomocy urzędu skorzysta 12 placówek.

Nowy dyrektor szpitala w Ostrowi Mazowieckiej

Elżbieta Malec, dotychczasowy dyrektor szpitala, odeszła na emeryturę. 1 marca jej obowiązki przejął Artur Wnuk, doświadczony menedżer z Białegostoku. Będzie je pełnił do czasu ogłoszenia wyników konkursu na dyrektora. Konkurs niebawem, w ustalonym przepisami terminie.

Problemy szpitala były omawiane na sesji Rady Powiatu 28 lutego. Starosta Zbigniew Chrupek poinformował, że szpital zawarł sądową umowę z NFZ w sprawie zwrotu pieniędzy za nadwykonania sprzed kilku lat. NFZ obiecał zwrócić 667 tys. z 1,3 mln zł. To stosunkowo dużo, bowiem zwykle NFZ zwraca około 20 proc. wartości nadwykonań. Ta kwota zmniejszy ubiegłoroczną stratę szpitala.

Program ochrony powietrza

Samorząd Mazowsza musi do 15 czerwca 2020 dopracować i wprowadzić w życie program ochrony powietrza. Mamy nadmierne, wieloletnie przekroczenia stężeń pyłu zawieszonego PM10 w powietrzu, które stanowią zagrożenie dla życia i zdrowia ludzi. Trybunał UE dał Polsce czas właśnie do czerwca bieżącego roku.

Z analiz wynika, że główną przyczyną występowania ponadnormatywnych stężeń pyłu zawieszonego PM10, PM2,5 i benzopirenu na Mazowszu jest emisja powierzchniowa – efekt indywidualnego ogrzewania budynków. Program jest przygotowany, trwają konsultacje w poszczególnych powiatach. Zdaniem Marcina Podgórskiego, dyrektora Departamentu Gospodarki Odpadami, Emisji i Pozwoleń Zintegrowanych UM, realizacja programu jest możliwa. Najtrudniejszą jego częścią będzie szczegółowa inwentaryzacja źródeł niskiej emisji. Samorząd przeznaczył 10 mln zł na ten program. Ponadto Mazowsze liczy na kilka milionów z funduszy unijnych.

Lekarze ze Wschodu

W placówkach ochrony zdrowia powiatu siedleckiego pracuje już kilkunastu lekarzy z Białorusi. Ich zatrudnienie jest koniecznością, bo brakuje u nas zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. Na forach internetowych można znaleźć wiele opinii na temat jakości ich pracy. Nieliczne są negatywne, zdecydowanie przeważają pozytywne.

Bezpłatne badania diagnostyczne

W ramach programu „Zdrowy powiat" mieszkanki powiatu legionowskiego w wieku 40–49 lat mogą skorzystać z bezpłatnych badań mammograficznych. Dodatkowa profilaktyka przeciwnowotworowa obejmie kobiety w wieku 25–49 lat, dla których zorganizowane zostaną warsztaty edukacyjne oraz instruktaż badania piersi.

Natomiast program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego jest przeznaczony dla mężczyzn w wieku 55–69 lat. W jego ramach przeprowadzone zostaną konsultacje lekarskie i badania *per rectum* oraz badania krwi w celu oznaczenia markera raka prostaty – PSA całkowitego. Zaplanowano także zorganizowanie warsztatów edukacyjnych. ■ ***mkr***

Fot. R. Jeziółkowska

Mentor

Na posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej, 26 lutego, lekarz **Jan Bukowski** otrzymał nagrodę pieniężną na dofinansowanie kursów, konferencji lub zakup literatury medycznej za wytypowanie i uzasadnienie wyboru wzorowego nauczyciela – mentora. Jan Bukowski został wylosowany spośród wszystkich osób, które zgłosiły kandydatów do nagrody „Mentor".

W konkursie wybierano najlepszych lekarzy – nauczycieli mających pod opieką stażystów podyplomowych. Kandydatów zgłaszali lekarze odbywający staż podyplomowy, a kwalifikowała Komisja Młodych Lekarzy. 9 listopada 2019 r., podczas gali wręczenia dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza" i „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty", lek. Tomasz Czerski, lek. dent. Hanna Wąsowicz-Cićkiewicz i lek. Michał Zabłocki otrzymali honorowe tytuły „Mentora".

Są to członkowie OIL w Warszawie, którzy *„z pasją i poświęceniem uczą zawodu i wychowują młodych lekarzy i lekarzy dentystów i stają się dla nich wzorem działania w zgodzie z Kodeksem Etyki Lekarskiej"* (z regulaminu nagrody). ■ ***mkr***

Polskie badania nad koronawirusem

Serwis naukowy PAP informuje, że prof. dr hab. Marcin Drąg z Politechniki Wrocławskiej z zespołem współpracowników zbadali szczegółowo enzym, którego działanie może być kluczowe dla walki z koronawirusem SARS-CoV-2. *„To właśnie najważniejsze białko – wśród wielu zidentyfikowanych – o którym tajemniczo mówią firmy poszukujące superszybkiego testu diagnostycznego”* – tak prof. Drąg opisuje enzym – proteazę wirusa. Prowadzone przez naukowców z Wrocławia badania stają się też bazą do poszukiwań leku na COVID-19. Enzym, który badał zespół, tnie białka wirusa i w ten sposób umożliwia mu przeżycie. *„Zahamowanie działania enzymu natychmiast powoduje, że wirus ginie. Jeśli potraktujemy ten enzym jak zamek, to my dorobiliśmy do niego klucz”* – tłumaczy prof. Drąg.

Publikacja z wynikami badań zespołu jest jeszcze recenzowana, ale już teraz nieodpłatnie udostępniono ją naukowcom z całego świata. *„Nie patentowaliśmy tego. Preprint pracy jest dostępny online. To prezent od mojego laboratorium dla wszystkich zainteresowanych”* – podkreśla polski naukowiec.

Polski lek kontra koronawirus

Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych Grzegorz Cessak wydał decyzję o dodaniu nowego wskazania terapeutycznego dla leku Arechin (*Chloroquini phosphas*, 250 mg, tabletki). Będzie nim leczenie wspomagające w zakażeniach koronawirusami. Zawarta w Arechinie chlorochina należy do leków pierwotniakobójczych. Powoduje szybki rozkład znajdującej się w wodniczkach zarodźca hemoglobiny, pochodzącej z organizmu żywiciela (człowieka). Uwolniony z hemoglobiny hem niszczy błonę komórkową pierwotniaka. Chlorochina hamuje ponadto aktywność enzymu polimerazy, który inaktywuje hem przez przekształcanie go w nietoksyczny barwnik.

Rys. D. Garcia

Z ciężarnej matki na dziecko

Nowo narodzone w Anglii dziecko ma pozytywny wynik testu na koronawirusa, co oznacza, że stało się najmłodszą na świecie ofiarą pandemii – informację na ten temat zamieścił brytyjski „The Sun”. Ciężarna kobieta była wcześniej hospitalizowana z powodu zapalenia płuc. Dodatni wynik testu na koronawirusa lekarze poznali już po zakończeniu porodu. Od razu u noworodka wykonano test, który również dał pozytywny rezultat. Jak poinformował z Londynu Bartłomiej Niedziński (PAP), lekarze w szpitalu próbują ustalić, czy dziecko zakaziło się wirusem w czasie porodu, czy też w łonie matki.

Brak gorączki w COVID-19

Objawy COVID-19 występują zwykle po czterech dniach od zakażenia, a zdarzający się częściej niż w podobnych chorobach brak gorączki utrudnia rozpoznanie – zauważają na łamach „The New England Journal of Medicine” chińscy naukowcy, którzy przeanalizowali dane 1099 pacjentów z COVID-19.

Zwierzęta domowe są bezpieczne

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podała, że nie ma dowodów na to, by psy lub inne zwierzęta domowe mogły zarazić się koronawirusem.

Higiena we Francji

Z badania przeprowadzonego w lutym przez Institut Français d'Opinion Publique wynika, że niemal 30 proc. dorosłych Francuzów (niezależnie od płci) nie myje rąk po skorzystaniu z toalety. 33 proc. nie robi tego przed gotowaniem, a ponad połowa przed jedzeniem. W badaniu wzięła udział reprezentatywna grupa 2005 osób powyżej 18. roku życia.

Powstał atlas wszystkich białek mózgu

Specjaliści z Instytutu Karolinska opublikowali na łamach „Science” zestawienie wszystkich obecnych w mózgu białek. Dostępna bezpłatnie baza danych to bezprecedensowe narzędzie do badań. Została dołączona do opracowywanego od 2003 r. systemu Human Protein Atlas, prowadzonego przez Science for Life Laboratory w Szwecji.

Mniej Facebooka

Ograniczenie korzystania z Facebooka poprawia jakość życia: sprawia, że ludzie stają się szczęśliwsi i zaczynają bardziej dbać o swoje zdrowie – podało czasopismo naukowe „Computers in Human Behavior”. Naukowcy z Ruhr-Universität w Bochum wykazali, że skrócenie czasu przebywania na portalu społecznościowym już o 20 minut dziennie wpływa na lepsze samopoczucie, większą satysfakcję z życia i większą aktywność fizyczną.

Hodowla ludzkich naczyń krwionośnych

Amerykańskim naukowcom z University of Minnesota Medical School udało się wyhodować ludzkie naczynia krwionośne w organizmie świń – informuje „Nature Biotechnology”. Nowa metoda jest szansą na wytwarzanie nieograniczonej liczby naczyń do celów transplantacyjnych. Naczynia zostały wyhodowane z komórek skóry pacjenta, któremu jest potrzebny przeszczep naczyń, dlatego ryzyko odrzucenia przeszczepu jest znacznie mniejsze. Powinno to eliminować konieczność dożywotniego przyjmowania leków immunosupresyjnych. ■

Jarosław Kosiaty

Przy opracowywaniu doniesień korzystałem z serwisów: nauka.pap.com.pl, www.urpl.gov.pl, www.thesun.co.uk, www.ifop.com, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.

Pacjent w centrum uwagi

Medycyna przyszłości, nowoczesne rozwiązania – z pewnością każdy lekarz i każdy pacjent chciałby mieć takie skojarzenia, myśląc o polskich szpitalach. W tym numerze „Pulsu" postanowiliśmy przyjrzeć się Uniwersyteckiemu Centrum Klinicznemu w Gdańsku, które w III edycji konkursu „Liderzy zmian w ochronie zdrowia" otrzymało nominacje w czterech z sześciu kategorii.

„Pacjent w centrum uwagi" – to hasło, którym kieruje się Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. Związane jest z ideą Patient Experience, czyli doświadczeniami pacjenta z jego pobytu w szpitalu. UCK podkreśla, że inspiracją dla budowania kultury Patient Experience nie może być tylko postrzeganie pacjenta jako osoby chorej, ale przede wszystkim dostrzeżenie w nim człowieka, który w trudnej życiowej sytuacji musi skorzystać z pomocy świadczeniodawcy. A gdy uda się już pomyśleć o pacjencie z takiej perspektywy, źródłem do poszukiwania nowych rozwiązań staje się codzienna obserwacja zachowań ludzi przychodzących do szpitala i szczegółowa analiza ich potrzeb. Idea Patient Experience w rozumieniu UCK jest prosta – stwórzmy takie warunki, jakich sami byśmy chcieli doświadczyć w trakcie hospitalizacji.

W UCK bardzo wiele zmieniło się w ostatnich latach. Do użytku oddano nowoczesne budynki CMI i CMN, postawiono na informatyzację. By szpital był przyjazny pacjentowi, wśród pacjentów i pracowników przeprowadzane są ankiety. W UCK zwraca się uwagę na, jak określają to sami przedstawiciele placówki, podstawy szpitalnego komfortu. Na oddziałach są np. szafki zamykane na klucz, które spełniają funkcję dostępnych dla chorych całą dobę depozytów.

Kluczowa jest tu komunikacja, dużą wagę przywiązuje się do komunikacji telefonicznej i e-mailowej. Pacjentom przypomina się o wizytach SMS-em, a podczas rejestracji stacjonarnej stosowane są np. kody QR – udostępniane po pobraniu numerka w systemie kolejkowym Qmatic. Po zeskanowaniu kodu smartfonem otrzymujemy informacje o miejscu w kolejce do stanowiska rejestracyjnego.

Specjalna darmowa mobilna aplikacja z najważniejszymi informacjami uruchomiona została dla pacjentek chorujących na raka piersi. Prócz dostępu do ważnych i ciekawych informacji, umożliwia ona, na podstawie wypełnianej ankiety, codzienne kontrolowanie stanu.

Wagę przywiązuje się do digitalizacji dokumentacji medycznej oraz przekazywania (przez internetowe konto pacjenta) informacji, np. o wynikach badań, w formie elektronicznej. Możliwe jest już w 100 proc. cyfrowe gromadzenie danych medycznych, które nie wymagają wydruku papierowego i nie są przechowywane w archiwum, a jedynie na bardzo dobrze zabezpieczonych dyskach informatycznych. Przynosi to oszczędność papieru, a tym samym zmniejszenie kosztów, stanowi też działanie proekologiczne. Warto zaznaczyć, że rocznie w UCK jest hospitalizowanych około 120 tys. pacjentów.

Z oszczędnościami związane jest również wprowadzenie w wejściach do budynków UCK... drzwi obrotowych. Szpital zwraca uwagę, że ta drobna zmiana spowodowała obniżenie kosztów ogrzewania, przyczyniła się do utrzymania komfortu termicznego przebywających w holu pacjentów, a także znacząco zmniejszyła absencję chorobową osób zatrudnionych w punkcie informacyjnym. W Polsce tego typu drzwi spotyka się częściej w galeriach handlowych niż w szpitalach, natomiast np. w nowych szpitalach holenderskich jest to standard budowlany.

Fot. archiwum

W UCK w wielu miejscach utworzono dla pacjentów strefy relaksu. W obrębie bloku operacyjnego, w części otwartej dla osób z zewnątrz, powstał m.in. pokój relaksacyjny dla pacjentów i rodzin pacjentów pediatrycznych. Rodzice, którzy w czasie operacji swoich dzieci dotychczas czekali na korytarzu, dziś korzystają z wygodnego pomieszczenia. Pokój dzienny utworzono dla pacjentów Kliniki Alergologii, korzystających z odczulania na jad owadów błonkoskrzydłych. Pojawiła się podzielona na zapewniające prywatność części strefa rodzica, gdzie rodzice nowo narodzonych dzieci mogą spotkać się z najbliższymi i gdzie dla starszego rodzeństwa przygotowano zabawki. Również przestrzeń wspólna została dostosowana do potrzeb pacjentów i odwiedzających. Standardem w trosce o bezpieczeństwo i kontrolę zakażeń są m.in. liczne dozowniki z płynem dezynfekującym do rąk, opatrzone plakatem zachęcającym do ich użycia.

Nie tylko na poczucie komfortu, ale także na proces leczenia wpływa jakość i różnorodność wyżywienia, dlatego szpital bardzo dba o ten aspekt opieki nad chorymi. UCK przytacza interesujące dane: jeśli pacjentom oferowane jest tylko jedno danie do wyboru, 60 proc. chorych jest zadowolonych i je zjada, ale aż 40 proc. – nie. Gdy wybór wzrasta do dwóch dań, odsetek zadowolonych podnosi się do 75 proc., a gdy są aż trzy dania do wyboru, 85 proc. pacjentów korzysta z posiłków. Odpowiednie odżywianie pacjenta w trakcie hospitalizacji pozwala na szybsze gojenie ran, lepszą rehabilitację, zwiększa zasoby energii, ale także powoduje odpowiednie wchłanianie leków. W UCK oferowanych jest ponad 70 różnorodnych diet specjalistycznych, dopasowanych do dolegliwości pacjentów. W przypadku osób, które nie muszą być objęte restrykcją żywieniową, do wyboru są trzy różne dania obiadowe.

UCK wychodzi z założenia, że kontrola bólu wymaga kompleksowego podejścia, a nowoczesne leczenie bólu pozwala go uniknąć. Wiąże się to z zastosowaniem analgezji z wyprzedzeniem – podawaniem leków przeciwbólowych, jako osłony analgetycznej, nim ból wystąpi, a następnie na wnikliwym monitorowaniu i reagowaniu na ewentualne zwiększenie się dolegliwości. Odbywa się to przy pomocy silnych i skutecznych leków bądź za pomocą *patient controlled analgesia*, czyli podawania leków przeciwbólowych przez pacjenta samemu sobie – przy użyciu specjalnego aparatu, który dawkuje niewielką ilość leku w razie potrzeby. UCK od lat posiada certyfikat szpitala bez bólu.

Jako klucz do dobrostanu emocjonalnego pacjenta, a tym samym do zwiększenia możliwości rehabilitacji i szybszego powrotu do zdrowia, traktuje się opiekę psychologiczną. By taka opieka była dostępna na każdym oddziale wtedy, kiedy jest potrzebna, zaangażowano zespół 34 psychologów, którzy zajmują się problemami wszystkich grup pacjentów: od dzieci na oddziale onkologicznym i hematologicznym przez kobiety rodzące bądź leczone na położnictwie, pacjentów onkologicznych, chorych przygotowujących się i poddawanych transplantacji po „zwykłych pacjentów" i ich rodziny.

Szpital troszczy się także o... rozrywkę. Na jego terenie, od czasu do czasu, odbywają się bezpłatne koncerty. Dla pacjentów chcących choć na chwilę oderwać się od problemów wystąpili dotychczas m.in.: Stanisław Sojka, Mazowsze, Remont Pomp, miały miejsce koncerty świąteczne, muzyki klasycznej i rozrywkowej, pojawiali się także artyści z zagranicy.

Według UCK w efektywnym zarządzeniu, a co za tym idzie leczeniu, ważna jest transparentność i rzetelność informacji o funkcjonowaniu szpitala – dostępnych dla wszystkich osób zajmujących się zarządzaniem, czyli przede wszystkim dla ordynatorów klinik i pielęgniarek oddziałowych.

ANTI-COVID (25 marca)
UCK, jak wszystkie inne szpitale, musi dostosowywać pracę do obecnej sytuacji epidemiologicznej. Rozwinięty został oddział intensywnej opieki zakaźnej w Pomorskim Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy w Gdańsku. Świadczenia w poradniach specjalistycznych kontynuowane są w trybie telewizyty. Pacjenci przed wizytą otrzymują SMS z prośbą, aby poczekać na kontakt z poradni, do której są umówieni. Z pacjentem kontaktuje się lekarz i udziela teleporady. Jeśli lekarz podczas rozmowy zadecyduje, że pacjent wymaga badania fizykalnego, prosi go o przybycie do UCK. Przy wejściach do budynku wyznaczono punkty pomiaru temperatury, w wejściu do budynku CMI (o największym natężeniu ruchu) znajduje się kamera termowizyjna, pomagająca w oznaczeniu pacjenta z podwyższoną temperaturą; personel niemedyczny przed rozpoczęciem pracy również ma mierzoną temperaturę. Dostępne są filmy edukacyjne dla personelu. Wprowadzono 24-godzinny dyżur Zespołu ds. Kontroli Zakażeń. Uruchomiono przesyłanie e-recepty na telefon pacjenta, włączono możliwość zlecania badań dodatkowych bez drukowania skierowań. Wyznaczone zostały oddzielne wejścia dla pacjentów hematologicznych i onkologicznych oraz odrębne miejsce, w którym mają pobieraną krew (nie korzystają z ogólnodostępnego Punktu Pobrań Laboratoryjnych). Zostały wprowadzone ograniczenia przychodzenia do szpitala z osobami towarzyszącymi (nie dotyczy to pacjentów, którzy potrzebują wsparcia opiekuna). Oferowane są również konsultacje psychologiczne dla pracowników i pacjentów.

19 marca placówka otworzyła Pracownię Diagnostyki Molekularnej Wirusa SARS-CoV-2, gdzie wykonywane są testy.

Niestety, dopóki w polskim systemie ochrony zdrowia nie nastąpią gruntowne zmiany, nowoczesne placówki medyczne, reagujące na aktualne, zmieniające się potrzeby pacjentów, na realia na świecie, na postęp medycyny, postęp technologiczny, dążące do europejskich standardów nie będą standardem w naszym kraju. ■ Oprac. ***r.j.***

Fot. archiwum

Nowoczesna medycyna ma związek z... wygodą

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

Szczupła brunetka siedzi na brzegu basenu z drinkiem z palemką w ręce i patrzy na bawiące się nieopodal w ogrodzie dzieci. W pewnej chwili z góry słychać zbliżający się dziwny, nieco irytujący dźwięk przypominający bzyczenie. Nikt z wypoczywających nie ucieka, z zainteresowaniem spoglądają w niebo, na nadlatujący obiekt. Ojciec rodziny, widząc zbliżający się pojazd latający, wyciąga z kieszeni telefon komórkowy i klika w coś na ekranie. Dron obniża lot na wysokość około 2 m ponad trzymającego telefon i wypuszcza paczkę, która ląduje na trawie tuż obok niego. Mężczyzna drugi raz klika w ekran telefonu. Dron szybko wzbija się w górę i odlatuje. Z paczki mężczyzna wyjmuje kojący żel na oparzenia słoneczne (tylko na receptę!) dla partnerki, a dla siebie opakowanie leków na nadciśnienie tętnicze, z którym się zmaga. Dzieciom zaś podaje wyciągnięte z paczki smaczne kapsułki witaminowe z elektrolitami.

Science fiction? Nic podobnego, prawdopodobnie w ciągu dekady taka scenka będzie codziennością.

Jak doszło do opisanej sytuacji? Otóż dwie godziny wcześniej para nawiązała w salonie wynajętego domku letniego bezpieczne, szyfrowane połączenie audiowizualne, będące formą świadczenia telemedycznego, ze swoim lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz po wysłuchaniu relacji pacjentów wystawił im e-receptę na kończące się leki, a obejrzawszy przez kamerę internetową skórę pacjentki, stwierdził oparzenie słoneczne pierwszego stopnia i polecił odpowiedni preparat. Następnie mężczyzna wszedł na stronę apteki internetowej, aby zrealizować e-receptę, i dorzucił do koszyka zakupów lubiane przez dzieci witaminy. Kiedy wykonał przelew na rachunek apteki internetowej, jej pracownik wysłał drona z zapakowanymi lekami na miejsce, którego współrzędne geograficzne podane zostały w zamówieniu. I tak, bez przerywania spokojnego wypoczynku, leniwym letnim popołudniem zostało wykonane świadczenie telemedyczne w nowoczesnym wydaniu.

Nie twierdzę, że zawsze będzie w medycynie tak cukierkowo, jak w opisanej historyjce. Nie twierdzę, że wszystkie nowinki techniczne są medycynie potrzebne. Ale trzeba bardzo krótkowzrocznie patrzeć, by nie dostrzec, że nadchodzi przełom w stosowaniu telemedycyny i rozwiązań e-zdrowia. Choć wprowadzane rozwiązania często są niedopracowane, choć często ich skutki odczuwamy na naszej lekarskiej skórze, choć często dopiero próby na żywym organizmie doprowadzają do doskonalenia owych nowinek, musimy przyznać jedno – przed e-zdrowiem nie uciekniemy.

Zmieniajmy więc naszą lekarską rzeczywistość w sposób przystępny dla siebie i dla pacjentów. Skoro operatorzy obsługujący robota da Vinci siedzą w klimatyzowanym pomieszczeniu, bez maseczki na twarzy, i wykonują trudne operacje, patrząc na ekran monitora zamiast do brzucha pacjenta, to również bardziej przyziemne sprawy związane z ochroną zdrowia będzie można załatwić w wygodny dla lekarza i pacjenta sposób. Zdalne prowadzenie pacjenta chorego przewlekle lub mieszkającego w znacznej odległości od najbliższego ośrodka zdrowia, konsultacje specjalistyczne na odległość kilkuset kilometrów? To wszystko kwestia czasu i powstania takich potrzeb społecznych.

Wiemy, na podstawie przeprowadzonych badań, że zdalny monitoring stanu zdrowia ogranicza liczbę zbędnych hospitalizacji, przyspiesza diagnozę i podjęcie odpowiednich działań medycznych na wczesnym etapie zaostrzenia choroby przewlekłej. Udowodniono też, że poziom zaangażowania pacjenta i jego wiedza o własnym zdrowiu znacznie wzrasta, gdy korzysta z aplikacji monitorujących jego parametry życiowe.

Trwająca pandemia COVID-19 i lęk przed nim dowodzi, jak potrzebne w wielu sytuacjach będą usługi telemedyczne, szczególnie w terapii chorób przewlekłych, dla pacjentów z konieczności pozostających w domu.

Uwierzmy, że dzięki właściwie stosowanej telemedycynie można poprawić współpracę z pacjentami i stan zdrowia społeczeństwa. Będzie wygodniej. I bezpieczniej. Dla pacjenta i dla lekarza. ■

Fot. A. Chęcińska

Prezes ORL w Warszawie na Liście Stu

23. miejsce na Liście Stu najbardziej wpływowych osób w polskim systemie ochrony zdrowia w 2019 r., przyznane prezesowi **Łukaszowi Jankowskiemu**, to podsumowanie pracy całego zespołu OIL w Warszawie.

Gala „Pulsu Medycyny", na której ogłoszono wyniki plebiscytu Listy Stu osób, które miały największy pozytywny wpływ na rozwój polskiej medycyny, oraz Listy Stu najbardziej wpływowych osób w polskim systemie ochrony zdrowia w 2019 r., odbyła się 27 lutego.

Za najwybitniejszego naukowca uznano prof. dr. hab. n. med. Mirosława Ząbka, a za człowieka, który miał największy wpływ na kształtowanie się systemu ochrony zdrowia, został uznany minister Łukasz Szumowski. ■ ***red.***

Zmiany w mazowieckim OZZL

Fot. K. Bartyzel

Przewodniczącą Regionu Mazowieckiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy została lek. **Agnieszka Serwan** – specjalista rehabilitacji medycznej, członek Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

Zarówno prezes ORL w Warszawie, jak i nowa przewodnicząca podkreślają, że zmiany w RM OZZL pozwolą zwiększyć skuteczność działań dla poprawy sytuacji ochrony zdrowia i lekarzy oraz lepiej je koordynować.

Wybory na czteroletnią kadencję odbyły się 6 marca, podczas Zjazdu Delegatów Regionu Mazowieckiego OZZL. W skład nowego prezydium zarządu weszli także lekarze: Patrycja Matczuk, Katarzyna Sokół-Łupińska, Krzysztof Hałabuz (wiceprzewodniczący), Jan Kowalczuk (skarbnik), Kacper Gajda (sekretarz), Elżbieta Wojciechowska-Lampka, Łukasz Mysiorski i Tomasz Kawenka.

– Zależy mi na tym, by Region Mazowiecki OZZL stał się zupełnie nową marką, kojarzoną z nową jakością, aktywnością, otwartością na dialog, współpracę, gotową na odważną walkę o prawa i godność lekarzy. Związek zawodowy powinien reagować na potrzeby lekarzy. Będziemy interweniować zawsze tam, gdzie łamane są lekarskie prawa, ale także inicjować ruchy, które będą prowadzić do zmian w polskim systemie ochrony zdrowia. Mamy pomysły, energię i determinację, by działać – powiedziała Agnieszka Serwan, przewodnicząca Regionu Mazowieckiego OZZL.

– Wyniki tych wyborów potwierdzają, że środowisko lekarskie potrzebuje dziś związku zawodowego działającego energicznie, blisko lekarzy, zdeterminowanego i w pełni otwartego na ich potrzeby. Będziemy wspólnie aktywnie działać dla środowiska, uzupełniać się. Trudna sytuacja w ochronie zdrowia sprawia, że lekarze bardziej niż kiedykolwiek przedtem potrzebują otwartej i nowoczesnej izby oraz idącego z nią ramię w ramię związku zawodowego. Nowo wybranemu zarządowi gratuluję i życzę powodzenia w sprostaniu ciekawemu i jednocześnie wymagającemu wyzwaniu – powiedział prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski. ■ ***rj***

Pierwsza (i na razie jedyna) wizyta u posłów

Kilka miesięcy temu zaczęliśmy używać hasła „Polska tochory kraj" i ogłosiliśmy „Narodowy kryzys zdrowia". Obecnie, niestety w czasie epidemii, niewydolność systemu jest coraz bardziej obnażana. Wszyscy chyba już widzą braki i ogromne problemy w ochronie zdrowia.

Zaledwie kilka tygodni przed atakiem koronawirusa wznowiliśmy naszą kampanię społeczną, kładąc nacisk na drugi człon wspomnianego hasła, czyli: „ale wspólnie możemy go uleczyć". Ta odsłona akcji zakłada odwiedzenie przez przedstawicieli środowiska lekarskiego każdego posła i senatora.

Zaplanowane wizyty u parlamentarzystów, m.in. w celu przekazania im trzech projektów ustaw, manifestu oraz przedstawienia przykładów złego działania systemu, zostały na razie zawieszone. Przed epidemią odbyło się jedno spotkanie: 28 lutego lekarka Olga Rostkowska, członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, i Piotr Irzyk ze Stowarzyszenia Pielęgniarki Cyfrowe rozmawiali w Sejmie z posłankami Barbarą Nowacką i Katarzyną Lubnauer. Parlamentarzystki zamierzają się zająć przede wszystkim zagadnieniem ujętym w 6. punkcie naszego manifestu, czyli „Znacznie wyższy standard profilaktyki dziecięcej". Rozmawiano o pomyśle konferencji z ekspertami i zbierania podpisów. Z uwagi na koncentrację naszych sił na sytuacji epidemiologicznej wszelkie dalsze działania w ramach naszej kampanii społecznej zostały przesunięte w czasie.

O idei i sposobie włączenia się w naszą akcję docierania do posłów i senatorów (indywidualnie do każdego) pisaliśmy w poprzednim numerze miesięcznika „Puls" (na str. 26–27). ■

Renata Jeziółkowska

Spotkanie stomatologów dziecięcych

O problemach pedodoncji, profilaktyki i leczenia próchnicy rozmawiali uczestnicy V Konferencji Stomatologii Dziecięcej. Wykłady prowadzili eksperci z Polski i zagranicy.

Fot. A. Chęcińska

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, podkreśliła zaangażowanie Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej w walce z próchnicą u dzieci. Podała konkretne przykłady: opracowane zalecenia dietetyczne, program profilaktyki fluorkowej, a także działaniaw ramach Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (Alliance for a Cavity-Free Future).

O współpracy pedodontów z pediatrami mówiła prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska, konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii. Zaapelowała o wprowadzenie do programu specjalizacyjnego z pediatrii obowiązkowego jednodniowego kursu ze stomatologii dziecięcej. Zaproponowała wpisanie do Książeczki Zdrowia Dziecka przynajmniej jednej obowiązkowej wizyty u stomatologa.

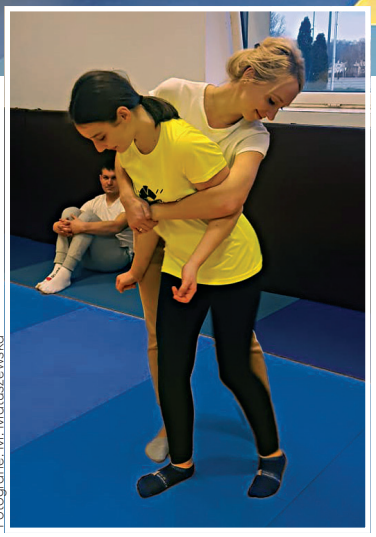
W otwarciu konferencji uczestniczyli prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski i wiceprezes Dariusz Paluszek. Witając zaproszonych gości, prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk (na zdjęciu), konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej, prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, podziękowała przedstawicielom izby za pomoc w organizacji konferencji i dotychczasową współpracę.

– *Jesteście dużą, silną częścią naszego samorządu, chcemy dzisiaj słuchać państwa głosu. OIL w Warszawie to również państwa miejsce* – mówił na forum prezes Łukasz Jankowski, przypominając, że lekarze dentyści stanowią ponad 20 proc. członków izby. – *Cieszę się na bardzo dobrą współpracę z prof. Dorotą Olczak-Kowalczyk. Dziękuję za to, co już udało się wspólnie wypracować, a nie udałoby się bez naszego izbowego lidera dr. Dariusza Paluszka*. Prezes Jankowski zaprosił zebranych do współpracy w zakresie edukacji i profilaktyki.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie była partnerem konferencji. ■

ach

Kobieca sportowa niedziela



Fotografie: M. Matuszewska

Słaba płeć? Niekoniecznie. Kobieta nie musi być silna fizycznie, by poradzić sobie z cudzą agresją. Najważniejsza jest pewność siebie i odpowiednie reakcje – chwyty, dźwignie, inne sposoby. W treningu podstaw samoobrony, prowadzonym przez profesjonalnego instruktora, uczestniczyły lekarki z naszej izby.

Zajęcia bardzo się paniom podobały, chętnie wzięłyby udział w kolejnych. Dwugodzinne warsztaty odbyły się 8 marca, oczywiście z okazji Dnia Kobiet. Podczas spotkania połączono teorię i praktykę. Zorganizowaliśmy je w hali sportowej Wojskowej Akademii Technicznej, w sali sportów walki. Do dyspozycji dzieci i tatusiów oddana została sąsiednia sala, więc mamy spokojnie mogły skoncentrować się na nauce. Uczestniczki otrzymały w prezencie wiosenne tulipany i butelki w sportowym stylu, z medycznym motywem graficznym. ■

Renata Jeziółkowska

WYDAWCA „Miesięcznika OIL w Warszawie Puls”
REDAKCJA: 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18,
tel. 22-542-83-58, puls@oilwaw.org.pl

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

REDAKTOR NACZELNA: Renata Jeziółkowska, tel. 22-542-83-81, r.jeziolkowska@oilwaw.org.pl
SEKRETARZ REDAKCJI: Krystyna Bieżańska, tel. 22-542-83-59, k.biezanska@oilwaw.org.pl
PUBLICYSTKA: Anetta Chęcińska, tel. 22-542-83-62, a.checinska@oilwaw.org.pl
WSPÓŁPRACUJĄ: Marek Balicki, Jerzy Bralczyk, Łukasz Durajski, Jarosław Kosiaty, Paweł Kowal, Małgorzata Kukowska-Skarbek, Filip Niemczyk, Maciej Orłoś, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski
SEKRETARIAT REDAKCJI: Iwona Stawicka, tel. 22-542-83-58
ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22-542-83-14, p.rejestracja@oilwaw.org.pl
REKLAMA I MARKETING: Renata Klimkowska, tel. 22-542-83-53, 668-373-100, marketing@oilwaw.org.pl
OPRACOWANIE GRAFICZNE: Artmedia Partners, tel. 601-20-14-12 **KOREKTA:** Lidia Sadowska-Szlaga
DRUK: Elanders Polska Sp. z o.o., Płońsk, ul. Mazowiecka 2, tel. 23-662-23-16, elanders@elanders.pl

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

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

Fot. K. Bieżańska

20 sylwestrów na dyżurze

Z dr n. med. Teresą Kortą, anestezjologiem, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Kiedy zetknęła się pani doktor z anestezjologią?

Zaczynałam w głębokiej „prehistorii", a konkretnie w 1970 r., na trzecim roku studiów. Zobaczyłam namalowany odręcznie plakat *„Zapraszamy na pierwsze w tym roku zebranie Studenckiego Koła Naukowego Anestezjologii"*. Niewiele wiedziałam o tej dziedzinie, ale do koła trzeba było zdać egzamin i to mnie zaciekawiło. Zdałam. To koło miało ogromne znaczenie dla kształcenia anestezjologów. Wówczas w programie studiów anestezjologii nie było w ogóle. Koło stworzył kilka lat wcześniej prof. Bogdan Kamiński, ponieważ wraz z dr. Januszem Kąckim i dr. Jerzym Siedleckim zdali sobie sprawę, że sami nie są w stanie wykonać wszystkich zadań anestezjologicznych w szpitalu. Postanowili zatem uczyć studentów, aby jak najszybciej poznali zasady anestezjologii i wkrótce mogli podjąć samodzielną pracę. Spotykaliśmy się co miesiąc na zebraniach, na których omawialiśmy ważne zagadnienia teoretyczne z zakresu fizjologii, farmakologii i różnych rodzajów znieczuleń. Ale przede wszystkim każdy student z koła musiał odbyć przynajmniej jeden ostry dyżur w miesiącu. Mój pierwszy dyżur wypadł w październiku 1970 r. Zgłosiłam się do kliniki chirurgicznej przy ul. Nowogrodzkiej. W pokoju anestezjologów powinnam była zastać jednego lekarza dyżurnego. Tymczasem spotkałam tam anestezjologów z terenu całego szpitala, głównie mi nieznanych. Pili kawę, herbatę i jedli ciasteczka. Były czyjeś imieniny. Podszedł do mnie dr Janusz Kalinowski, świeżo upieczony absolwent Akademii Medycznej i Koła Anestezjologicznego, i zapytał: – *Ty jesteś ta nowa z koła? Przyszłaś pierwszy raz na dyżur? To bierz się do mycia filiżanek.* Czyli robiłam w anestezjologii wszystko, począwszy od mycia naczyń.

Zaczęła więc pani pracę jeszcze jako studentka?

Tak. Okres był trudny w kraju i trudny w medycynie. Nie pamiętam zresztą łatwych czasów w medycynie. Mimo to, jako młodzi ludzie w grudniu 1970 r. cieszyliśmy się nadchodzącymi świętami i feriami, umawialiśmy się na sylwestrową prywatkę. Ale przyszły wydarzenia w Gdańsku, byli zabici i ranni. W tych okolicznościach straciłam chęć do zabawy i poprosiłam o dyżur w sylwestra. Dyżurowanie w sylwestra weszło mi w nawyk i przez następne 33 lata dyżurowania miałam 20 dyżurów sylwestrowych. Wydawało mi się to doskonałym sposobem spędzania czasu w ten dzień.

Uczyłam się wtedy, tak jak wszyscy, szybko, z dwóch dostępnych podręczników (jeden cienki, drugi dwutomowy), i dyżurowałam. Pokazywano i tłumaczono nam wszystko, to była wspaniała szkoła. Dyżurowaliśmy za darmo, po to, aby się czegoś nauczyć.

Gdy wprowadzono stały ostry dyżur chirurgiczny we wszystkich szpitalach, anestezjologów nadal było za mało, ale przede wszystkim dramatycznie brakowało pielęgniarek anestezjologicznych. Prof. B. Kamiński postanowił wyszkolić grupę studentów do pracy w charakterze pielęgniarek anestezjologicznych i to zadanie powierzył w znacznej mierze starszym członkom koła. Teraz to my uczyliśmy młodszych kolegów. Również ja wykonywałam to pedagogiczne zadanie. To też była dobra szkoła. Wyszkolonych studentów zatrudniano na ćwierćetatach pielęgniarskich, za najniższą stawkę – 8 zł za godzinę. W tym charakterze i ja pracowałam przez cały ostatni rok studiów.

Jakie procedury wykonywaliście?

Procedura to zupełnie nowe słowo, wtedy się go nie używało. Nie wykonywało się procedur, tylko „odwalało robotę". Studenci robili to, na co pozwolił im lekarz. Dość szybko opanowaliśmy wkłuwanie się do żyły, podawanie leków, intubowanie pacjenta. Takich „wymyślności" jak kaniule plastikowe typu wenflon nie było. Istniała igła Viggo, którą można było dobrze unieruchomić w żyle, ciągle jeszcze używało się igieł wielorazowych. W szpitalu przy Lindleya nie widziałam aparatów wielokrotnych do przetaczania krwi i płynów, ale były jeszcze w użyciu w innych placówkach i widziałam takie w Szpitalu Praskim, gdzie miałam część zajęć chirurgicznych.

Bieda była straszna. W miarę upływu czasu robiło się jeszcze biedniej. Brakowało wszystkiego: sprzętu, leków, nawet plastrów. Szczyt tej mizerii przypadł na lata 80.

Kiedy zaczęła pani pracę jako lekarz?

Studia skończyłam w 1974 r. i od razu zaczęłam pracę w szpitalu klinicznym, najpierw przy Lindleya, potem w szpitalu przy Banacha, gdy go zbudowano. Trudno sobie dzisiaj wyobrazić taką nędzę, jaką wtedy przeżywaliśmy. Kaniul nie mieliśmy, choć na świecie stosowano je już od dawna. Były nam znane, ale u nas pojawiały się tylko czasami. Zdarzyła mi się taka historia: na oddział trafiła staruszka krwawiąca z przewodu pokarmowego, po wielu przetoczeniach. Straciła dużo krwi, a grupę miała rzadką. Miała też zszarpane żyły. Zaczęłam znieczulenie na zwykłej igle rodzimej firmy Mifam. W pewnym momencie straciłam kontakt z żyłą. Starałam się uzyskać nowy dostęp – na jednej ręce, na drugiej, po kolei na obu nogach. Bezskutecznie. Chirurg dr Marek Skośkiewicz powiedział: – *Pani doktor, krwotok z tętnicy w dnie żołądka, kontroluję go palcem. Niech pani spokojnie znajdzie żyłę*. Doskonale wiedziałam, że jak nie znajdę dostępu do żyły, chora umrze. Pobiegłam na oddział intensywnej terapii i przyniosłam ostatni cewnik centralny, jaki miałam. Bez kłopotu wprowadziłam go do żyły głównej. Chora przeżyła. Nigdy nie zapomnę doktorowi Skośkiewiczowi tych pięciu minut, które pozwoliły mi spokojnie opanować sytuację.

Szczęśliwie pozostawałam wtedy w kontakcie służbowym z inż. Maciejem Sondijem, przedstawicielem niemieckiej firmy B. Braun na Polskę. Zadzwoniłam do niego: – *Drugi raz takiej sytuacji nie przetrwam. Czy mógłbyś znaleźć chociaż parę kaniul (próbek) dla nas?* Następnego dnia dostałam pudełko z 50 kaniulami obwodowymi, które były prawie tak dobre jak wenflony. Stałam się najbogatszym człowiekiem w szpitalu. Dziś trudno uwierzyć, że w ten sposób pracowaliśmy. Maćkowi Sondijowi też nigdy nie zapomnę tego nadzwyczajnego prezentu.

Dostawaliśmy dary ze świata, m.in. cewniki do żył centralnych. Ponieważ zajmowałam się żywieniem dożylnym, robiłam wiele wkłuć centralnych i miałam w tym wprawę. Koledzy mówili: – *Ty ukłuj, bo nie zmarnujesz cewnika*.

Miałam płócienną torbę, w której trzymałam cewniki przychodzące jako dary z różnych miejsc na świecie. Zdarzało się, że w jednym czasie było w niej 19 typów cewników. Oczywiście, nie miały żadnych opisów, a niektóre były dość dziwaczne.

> Proste metody są skuteczne, każdy lekarz powinien je znać, niezależnie od warunków, w jakich pracuje. Czy zawsze będziemy mieć całą aparaturę? Czy zawsze będziemy w miejscu, w którym możemy jej użyć?

Brakowało takiej prostej rzeczy jak rękawiczki. Lateksowych rękawiczek używało się wielokrotnie, po użyciu były myte, suszone i przesypywane talkiem, aby się nie kleiły. Następnie pakowano je w ligninę i wyjaławiano w autoklawie. Czy były szczelne? Chyba głównie nieszczelne. A gdy rękawiczek brakowało, ręce polewało się jodyną.

Z powodu braku rękawiczek nauczyłam się wykonywać wkłucie podobojczykowe. Korzystaliśmy wtedy najczęściej z dostępu szyjnego, wydawało mi się, że potrafię takie wkłucie zrobić bezbłędnie. Ale pewna pacjentka miała skrzywiony kręgosłup i żuchwę przytuloną do obojczyka. Stwierdziłam, że muszę wkłuć się podobojczykowo. Nigdy tego nie robiłam, nawet nie widziałam, jak robi to ktoś inny. Powinnam była poszukać podręcznika i sprawdzić. Ale miałam już na rękach ostatnie jałowe rękawiczki, a następne miały być wyjałowione kolejnego dnia. Wobec tego, starając się nie spowodować powikłań, wykonałam wkłucie wymyślonym przez siebie sposobem. Metoda okazała się bezpieczna i dość łatwa, więc później rozpowszechniałam ją wśród kolegów.

Nie było pełnego zaopatrzenia w leki do znieczuleń, stosowaliśmy nietypowe zestawy. Był okres, gdy brakowało podtlenku azotu, kiedy indziej nie było halotanu, powszechnie wtedy używanych. Stosowaliśmy narkotyki, np. fentanyl, albo inne zestawy z petydyną, z morfiną... Trzeba było kombinować.

Opowiem o najpiękniejszym darze, jaki dostałam na Boże Narodzenie 1981 r. Był stan wojenny, prof. Marek Pertkiewicz, z którym tworzyliśmy dwuosobowy Zespół Żywienia Pozajelitowego, wyjechał w listopadzie na czteromiesięczne stypendium do Szwecji. Zostałam więc sama ze wszystkimi problemami i pacjentami żywionymi dożylnie na terenie całego szpitala. Tuż przed świętami skończyły się aminokwasy. Niech czytelnik nie wyobraża sobie, że wtedy używaliśmy worków „wszystko w jednym". Nad każdym chorym żywionym pozajelitowo wisiał zestaw butelek z aminokwasami, glukozą i emulsją tłuszczową połączonych aparatami do przetaczania. Wiedziałam, że gdy przyjdę pierwszego dnia po świętach, będę miała na siedmiu chorych jedną butelkę aminokwasów, co oznaczało koniec tej metody leczenia. Pierwszego dnia po świętach weszłam do szpitala i pod ścianą hallu zobaczyłam mnóstwo opakowań z litrowymi butelkami aminokwasów. Miały jeszcze trzy miesiące ważności. Dlatego firma produkująca ten preparat postanowiła naszemu ubogiemu krajowi zrobić prezent. Używaliśmy tych aminokwasów znacznie dłużej niż trzy miesiące. Uratowały wielu chorych.

Kłopoty w tamtych latach dotyczyły całego życia, więc człowiek się nie dziwił brakom w służbie zdrowia. Bardzo skutecznie walczyliśmy z nimi, jednocześnie starając się wprowadzać wszelkie nowości medyczne. W latach 80. jeździliśmy na krajowe zjazdy naukowe i na kongresy europejskie. W 1980 r. byłam na światowym zjeździe anestezjologów w Hamburgu, w 1981 r. – na europejskim zjeździe żywieniowym w Maastricht. Był to czas rozwoju Europejskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i wspaniale było spotkać się z ludźmi, którzy też byli na początku drogi, uczyć się od nich. Do pewnego stopnia oni też uczyli się od nas, poznawali nasze niestereotypowe metody. Dziś żaden eksperyment nie wchodzi w grę, całe postępowanie przebiega według procedur, ale wtedy te procedury dopiero tworzyliśmy.

Cały 1989 r. spędziłam w Anglii, w szpitalu w Reading, zatrudniona na niskim stanowisku lekarskim (SHO). Gdy tylko zorientowano się, co umiem, dopuszczono mnie do wykonywania znieczuleń w pełnym zakresie i kompletnych zabiegów w intensywnej terapii. Mogłam nie tylko podszkolić język, ale przede wszystkim zobaczyć nowe technologie, pracować choć przez krótki czas w normalnych warunkach dobrze zorganizowanej medycyny. Kiedy wyjeżdżałam w grudniu 1988 r. z Warszawy, w naszym szpitalu klinicznym na 16 sal operacyjnych były dwa kardiomonitory. U nich był w każdej sali. Nikt nie wyobrażał sobie, że można obejść się bez niego. Moi brytyjscy koledzy dziwili się, że stale trzymam dwa palce na tętnie pacjenta: – *Po co? Przecież masz kardiomonitor.* My byliśmy nauczeni, że chorego trzeba pilnować. Proste metody są skuteczne i sądzę, że każdy lekarz powinien je znać, niezależnie od warunków, w jakich pracuje. Prostych metod jest sporo i ciągle powinniśmy się ich uczyć. Czy zawsze będziemy mieć całą aparaturę? Czy zawsze będziemy w miejscu, w którym możemy jej użyć? W „prehistorii" medycyny, którą ja obejmuję pamięcią, jest wiele anegdot. Są w nich także pewne prawdy przydatne i dziś. ■

FUNDACJA PRO SENIORE

FUNDACJA OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE PRO SENIORE

Koleżanki i Koledzy,

uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się o dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.

Termin składania wniosków: **30 czerwca 2020 r.**

Projekt skierowany jest do lekarzy i lekarzy dentystów, którzy:

- przynależą do Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie,
- ukończyli 60. rok życia,
- znajdują się w trudnej sytuacji materialnej.

Szczegółowe informacje:

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

FUNDACJA PRO SENIORE

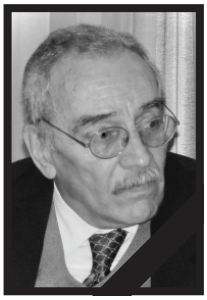
„Bogatym nie jest ten, kto posiada, lecz ten, kto daje"

KRS 0000250527

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

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

OGŁOSZENIE



Zygmunt Grodner
(1932–2020)

21 lutego 2020 r. odszedł nagle nasz serdeczny kolega Zygmunt Grodner.

Od pierwszego roku do absolutorium byliśmy razem na Akademii Medycznej w Warszawie, On na wydziale pediatrycznym, a ja na ogólnym.

Zygmunt Oktawian Grodner urodził się 12.01.1932 r. w Warszawie, Jego rodzicami byli Kazimierz i Stanisława ze Zbisławskich, obydwoje lekarze stomatolodzy. Dom i rodzinę cechował patriotyzm i wysokie normy moralne. Mały Zygmunt przeżył wojnę i Powstanie Warszawskie w stolicy. W 1950 r. ukończył Technikum Dentystyczne. Udzielał się w klubach sportowych Ogniwo, Warszawianka, AZS. Jako student AM w 1951 r. zdobył mistrzostwo Polski w szermierce, a na Igrzyskach Olimpijskich w Helsinkach w 1952 r. – drużynowy brązowy medal.

W 1950 r. rozpoczął studia w Akademii Medycznej na Wydziale Pediatrycznym, ukończył je, uzyskując absolutorium w 1955. Był lubianym kolegą, duszą każdego towarzystwa. Pod koniec studiów ożenił się z koleżanką z roku Hanką Mokrzycką. Dyplom uzyskał w 1956 r. wraz z I stopniem specjalizacji z pediatrii i dostał nakaz pracy w lecznictwie otwartym w Warszawie.

Pracował w poradniach dziecięcych w Warszawie, Falenicy, Radości oraz jako wolontariusz w Szpitalu Dziecięcym przy ul. Kopernika w Warszawie pod kierunkiem prof. R. Stankiewicza. Od 1957 do 1959 r. odbywał czynną służbę, jako starszy asystent porucznik w Przychodni Dziecięcej Polikliniki 2 CSK WAM (CPLEK) w Warszawie, przy ul. Koszykowej. Służbę zakończył w stopniu kapitana rezerwy.

W roku 1956 urodziła mu się córka Małgorzata, a w 1960 r. syn Michał. W latach 1959–1980 pracował jako lekarz cywilny Wojska Polskiego, na etacie starszego asystenta w Przychodni Dziecięcej 2 CSK WAM w Warszawie przy ul. Koszykowej. Jednocześnie (1962–1966) był asystentem na Oddziale Chirurgii Dziecięcej Szpitala Dziecięcego przy ul. Kopernika w Warszawie, u prof. M. Koszli. Uzyskał I stopień specjalizacji z chirurgii dziecięcej w 1966 r. Od 1966 do 1980 pracował na stanowisku asystenta na Oddziale Chirurgii Dziecięcej 2 CSK WAM przy ul. Szaserów (w Centralnym Szpitalu Klinicznym WAM), którego ordynatorem był prof. dr hab. Zygmunt Kaliciński. W 1972 r. zdobył II stopień specjalizacji z chirurgii dziecięcej. W latach 1964–1976 dyżurował w Szpitalu Bielańskim. W końcu lat 60. prowadził jednocześnie beznadziejną walkę o życie chorej na raka żony. Mimo trudnej sytuacji osobistej i panującego trudnego klimatu politycznego (rok 1968 i 1970) Zygmunt w pokoju lekarskim Oddziału Chirurgii Dziecięcej Szpitala Bielańskiego w gronie kolegów – dr dr Bogdana Kotańskiego, Zdzisława Kubicza, Bibiany Mossakowskiej, Barbary Baranowicz, Barbary Ostaszewskiej-Chrzanowskiej, Hanny Lipskiej, Ewy Zarzyckiej – nie poddawał się. Zawsze pomocny, serdeczny, uwielbiany przez dzieci, szanował personel pielęgniarski i salowe.

W 1970 r. ożenił się powtórnie, w 1971 urodził mu się syn Tomasz.

W latach 1978–1980 pracował w Royal Hospital for Sick Children w Glasgow jako stażysta, chirurg dziecięcy. Od 1980 do 1986 operował na Oddziale Chirurgii Dziecięcej w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie-Międzylesiu. Był współautorem licznych publikacji naukowych oraz uczestnikiem zjazdów naukowych Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych. Od 1986 do emerytury w 1993 r. pracował w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Dziekanowie Leśnym na powstającym Oddziale Chirurgii Dziecięcej i w Poradni Chirurgii Dziecięcej pod kierownictwem dr. Z. Generowicza.

Po przejściu na emeryturę brał czynny udział w życiu społecznym oraz towarzyskim, zawsze serdeczny, pomocny koleżankom i kolegom. Po odzyskaniu przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie Domu Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54 uczestniczył w tworzeniu Koła Absolwentów AM (1950 –1955). Do ostatnich dni swego życia bywał na comiesięcznych zebraniach koła, zawsze wesoły i uczynny.

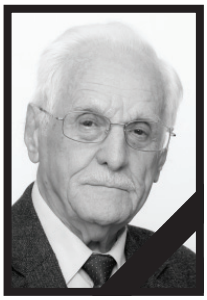
Pozostanie w naszej pamięci! ■

Dr n. med. Barbara Ostaszewska-Chrzanowska,
dr Ewa Zarzycka-Szczerbowska

Pani dr hab. n. med. Anecie Nitsch-Osuch,
kierownikowi Zakładu Medycyny Społecznej
i Zdrowia Publicznego Wydziału Lekarskiego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
wyrazy głębokiego współczucia i słowa wsparcia
w trudnych chwilach po stracie

Taty

składa zespół ZMSiZP WL WUM.



Stanisław Luft
(1924–2020)

10 marca 2020 r. zmarł prof. Stanisław Luft, reumatolog i immunolog. Urodzony w roku 1924, maturę zdawał na konspiracyjnych kompletach. Brał udział w Powstaniu Warszawskim w batalionie AK „Ruczaj". W roku 1952 ukończył studia medyczne i został skierowany do pracy w Sosnowcu. Po powrocie do Warszawy związał się z powstającym wówczas pod kierownictwem prof. Eleonory Reicher Instytutem Reumatologicznym i pozostał mu wierny aż do emerytury. Doktorat uzyskał w 1966 r., habilitację w 1980. Mimo znacznych osiągnięć naukowych, Jego kariera rozwijała się powoli z powodu szykan ze strony ówczesnych władz, którym nie podobało się m.in. Jego zaangażowanie w życie Kościoła katolickiego, np. funkcja wykładowcy medycyny pastoralnej w warszawskim seminarium duchownym. Nominację profesorską otrzymał dopiero w 1992 r., niedługo przed przejściem na emeryturę.

Prof. Stanisław Luft odznaczony był m.in. Krzyżem Powstańczym, papieskim Medalem „Pro Ecclesia et Pontifice" i Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski. Był honorowym członkiem Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i warszawskiego Klubu Inteligencji Katolickiej. Wśród Jego licznych publikacji do kanonu należą podręcznik farmakoterapii chorób reumatycznych oraz unikalny podręcznik medycyny pastoralnej, przybliżający duchownym rozliczne aspekty medyczne życia człowieka na różnych etapach, potrzebne w pracy duszpasterskiej.

Odszedł człowiek niezłomnych zasad i wielkiej pracowitości, wspaniały lekarz i wybitny naukowiec. Dla tych, którzy Go bliżej znali – także znawca łaciny i starożytnej greki, stolarz amator, miłośnik muzyki i astronomii, obdarzony ciepłym poczuciem humoru. ■

Adam Luft

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

prof. dr hab. n. med.
Jolanty Chodakowskiej

wspaniałego lekarza, nauczyciela akademickiego,
autorytetu naukowego,
współzałożycielki Polskiego Towarzystwa
Nadciśnienia Tętniczego.

Wyrazy głębokiego współczucia
Rodzinie i Bliskim Pani Profesor
składają prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski
oraz Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie.

„Umarłych wieczność dotąd trwa
dokąd pamięcią im się płaci"
W. Szymborska

20 lutego 2020 r. zmarł nasz Drogi Kolega

Roman Barciński

Dobry Człowiek i oddany lekarz.

Romku, odszedłeś zbyt wcześnie i tak nagle...
Żegnamy Cię wszyscy z wielkim smutkiem.

Żonie Romka, Małgosi Prządce-Barcińskiej,
Synom oraz Najbliższym składają szczere kondolencje
i przesyłają słowa otuchy
koleżanki i koledzy ze studiów (rocznik 1995).

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

prof. Stanisława Lufta

wybitnego reumatologa i immunologa,
naukowca oraz wspaniałego lekarza,
uczestnika Powstania Warszawskiego.

Wyrazy głębokiego współczucia
Rodzinie, Bliskim i Przyjaciołom Profesora
składają prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski
oraz Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie.

Program ubezpieczenia OC
lekarzy i lekarzy dentystów

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

Wypełnij deklarację przystąpienia: ins-med.pl/oil-warszawa

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

program obsługuje:
INS Service
insurance agency

Karta Klienta PZU

każdy ubezpieczony lekarz otrzyma Kartę Klienta PZU* uprawniającą do **20% zniżki*** na wybrane ubezpiecznia (m.in. komunikacyjne, mieszkaniowe, turystyczne).

* jeżeli lekarz posiada już Kartę Klienta PZU, to jej ważność zostanie przedłużona.

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 telefonicznie lub na **www.ins-med.pl** w 3 prostych krokach:
- oblicz składkę,
- wypełnij wniosek,
- opłać składkę lub ratę składki.

Polisę otrzymasz na e-mail.

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 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)

POMÓŻ PACJENTOM DOKŁADNIE CZYŚCIĆ

NAWET TRUDNO DOSTĘPNE MIEJSCA

Technologie Oral-B® pomagają pacjentom lepiej oczyszczać zęby i poprawiają stan ich dziąseł.

NOWOŚĆ ORAL-B GENIUS X

GENIUS X dzięki sztucznej inteligencji rozpoznaje styl szczotkowania pacjenta i pomaga mu osiągnąć lepsze rezulaty.

NOWOŚĆ PASTA ORAL-B GUMLINE PURIFY

Specjalna formuła pasty umożliwia dotarcie aktywnemu fluorkowi cyny w trudno dostępne miejsca, aby usunąć bakterie oraz zneutralizować ich toksyny dla zdrowia dziąseł.

REKOMENDUJ ORAL-B
aby pomóc pacjentom poprawić zdrowie ich dziąseł

*w porównaniu do zwykłej szczoteczki i pasty do zębów.

© 2019 P&G

kontynuacja ochrony rozpoczętej w Twoim gabinecie

Oral-B