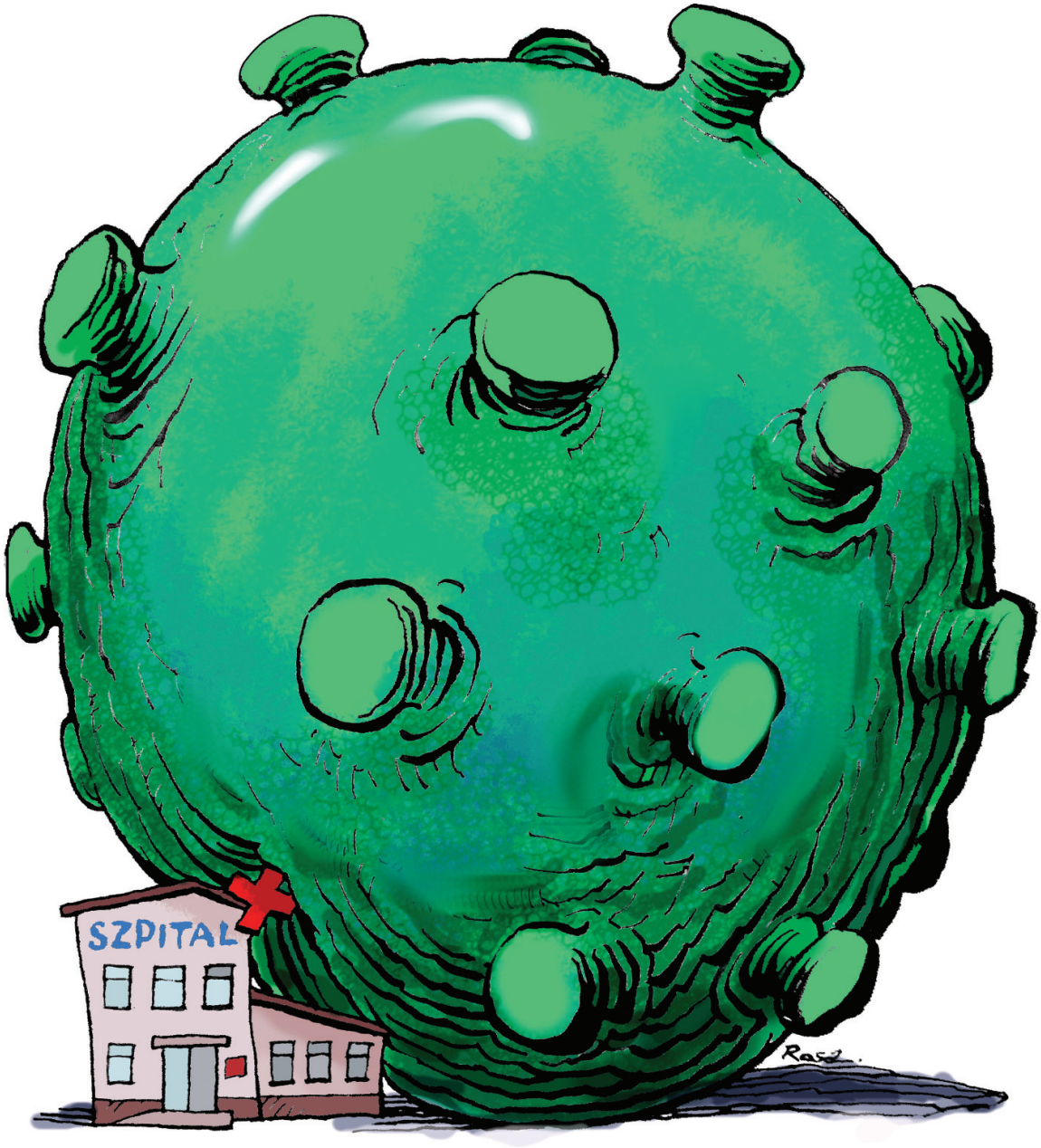
ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

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

puls

MAJ – CZERWIEC 2020 (nr 301–302)



- To może być cisza przed burzą
- W oku cyklonu
- Kombinezony na wagę złota
- Słowa na zdrowie
- Front
- prof. Jerzy Bralczyk
- Wsparcie dla lekarzy
- Paszport genetyczny dla każdego
- Epidemia – narodowy program pilotażowy

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.
Zachęcamy do zdalnego załatwiania spraw. **Szczegółowe informacje (pobierz kod) ➜**

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

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

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

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 proseniore@oilwaw.org.pl

www.izba-lekarska.pl

Środki ochrony indywidualnej dla lekarzy – informacje i formularz

Do naszej izby trafiły środki ochrony indywidualnej sprowadzone z Chin, kupione przez Fundację Lekarze Lekarzom działającą przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, przeznaczone dla lekarzy i lekarzy dentystów członków OIL w Warszawie. Sprzęt został kupiony w ramach akcji humanitarnej dzięki darczyńcy – fundacji prowadzonej przez Dominikę Kulczyk „Kulczyk Foundation".

Uwzględniając wolę głównego darczyńcy, specjalny zespół działający na podstawie uchwały Prezydium Naczelnej Izby Lekarskiej dokonał podziału środków między okręgowe izby lekarskie. OIL w Warszawie przydzielono łącznie do dyspozycji: 246 400 masek KN95 (FFP2), 162 000 trójwarstwowych masek chirurgicznych, 16 400 przyłbic, 16 400 gogli, 16 400 kombinezonów ochronnych.

W naszej izbie zrzeszonych jest 29 tys. czynnych zawodowo lekarzy. Dla każdego lekarza, który zgłosi się i wypełni formularz, zostanie przygotowany pakiet środków ochrony (jeden z trzech rodzajów – pakiet A: 8 maseczek FFP2 N95 i 30 maseczek chirurgicznych, pakiet B: 8 maseczek FFP2 N95 i gogle, pakiet C: 8 maseczek FFP2 N95 i przyłbica).Decyzją Prezydium ORL w Warszawie nierozdysponowane środki ochrony (w tym kombinezony oraz sprzęt) przekażemy szpitalom i podmiotom zatrudniającym lekarzy, które zgłosiły do nas zapotrzebowanie.

Po wypełnieniu **formularza** zamieszczonego na naszej stronie internetowej po pakiet można się zgłosić do siedziby naszej izby, przy ul. Puławskiej 18 (wejście obok bramy, szklane drzwi), **do 15 maja 2020 r., w dni robocze, w godz. 8.00–20.00**. Każdy członek naszej izby będzie mógł zdecydować, czy odbierze pakiet w siedzibie OIL w Warszawie, czy w jednym z innych 15 miast (szczegóły na str. 3).

UWAGA! Wypełnienie formularza http://izba-lekarska.pl/SOI_formularz/ jest warunkiem odebrania pakietu!

Konieczne jest pisemne potwierdzenie odbioru pakietu oraz złożenie oświadczenia o stosowaniu otrzymanych środków ochrony indywidualnej zgodnie z przeznaczeniem, a także zobowiązania do niedokonywania odpłatnego zbywania pakietu osobom trzecim.

Szczegółowe informacje podane są na stronie internetowej, można je uzyskać również pod numerem tel.: 784-986-594 bądź pisząc pod adresem e-mailowym: korona@oilwaw.org.pl.

Szczegóły określa uchwała podjęta podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie (str. 61). ■

rj

Graf. K. Bryda

SPIS TREŚCI

- WSPARCIE DLA LEKARZY (str. 1, 3, 16, 20)
- NA DZIEŃ DOBRY (str. 4)
- DZIŚ I JUTRO (str. 5)
- OPINIE

6 **Uczyć się na cudzych sukcesach?**
– Małgorzata Solecka

8 **Wyboista medyków droga do ch(w)ały**
– Artur Drobniak

10 **Wyciągnąć wnioski**
– Marek Balicki

11 **Mroczna aura epidemii**
– Paweł Walewski

12 **Zdrowie i strach**
– Paweł Kowal

- WYNURZENIA I IDEOLOGIE...

9 **Esy, floresy, fantasmagorie – bo krzywa jest płaska**
– Jarosław Biliński

- SŁOWA NA ZDROWIE

13 **Front**
– prof. Jerzy Bralczyk

- Z NASZEJ PRAKTYKI

14 **To może być cisza przed burzą**
– rozmowa z dr hab. n. med. Barbarą Remberk

30 **Paszport genetyczny dla każdego**
– rozmowa z dr hab. n. med. Anną Wójcicką

34 **Gdy epidemia staje się pandemią...**
– rozmowa z dr hab. n. med. Anetą Nitsch-Osuch

- WALKA Z EPIDEMIĄ

19 **Szczepionka przeciwko koronawirusowi**
– Łukasz Durajski

25 **Apel wojewody o zgłaszanie się do walki z epidemią**

- SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

28 **Trwa stan epidemii**
– Dariusz Paluszek

- INNOWACJE W MEDYCYNIE

32 **Epidemia – narodowy program pilotażowy**
– Michał Niepytalski

Graf. na okładce: K. Rosiecki

www.miesiecznik-puls.org.pl

- PSYCHOLOGIA EMPATII

36 **Zachęcić pacjenta do współodpowiedzialności**
– rozmowa z Jackiem Santorskim

- PROSTO Z FRONTU

38 **W oku cyklonu**
– rozmowa z Pawłem Szczucińskim

40 **Kombinezony na wagę złota**

- MEDIA

41 **#SPRAWDZAM** – Małgorzata Solecka

46 **#W ETERZE**

- ZABIEGI WIZERUNKOWE

44 **Trudno i dziwnie**
– rozmowa z Maciejem Orłosiem

- PRAWO

50 **Aktualności prawnomedyczne**
– Filip Niemczyk

52 **Lekarze pytają prawników**
– Aleksandra Powierża, Karolina Podsiadły-Gęsikowska

55 **Możliwości uzyskania wsparcia z ZUS w związku z epidemią koronawirusa**
– Aleksandra Powierża, Katarzyna Smak

- NA PRZESTRZENI LAT

58 **Jak niszczyć wirusy?**
– rozmowa z prof. Andrzejem Piekarowiczem

- OKIEM WUM (str. 27)
- W TELEGRAFICZNYM SKRÓCIE... (str. 42)
- OKIEM NFZ (str. 49)
- BIULETYN ORL (str. 60)

W 16 miastach na Mazowszu lekarze mogą odebrać środki ochrony indywidualnej

Wylądował kolejny samolot z Chin ze środkami ochronnymi kupionymi przez Fundację Lekarze Lekarzom, działającą przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, za środki od darczyńczy – „Kulczyk Fundation". Nasza izba rozpoczyna dystrybucję sprzętu poza Warszawą – w 15 innych miastach na Mazowszu. By odebrać jeden z trzech rodzajów pakietów, należy zarejestrować się przez zamieszczony na naszej stronie internetowej formularz.

W celu ułatwienia lekarzom odbioru środków ochronnych przyjedziemy z pakietami do 15 miast. Każda osoba, która w formularzu wybierze miejsce odbioru poza siedzibą OIL w Warszawie, otrzyma e-mail z informacją o adresie punktu odbioru oraz dacie i godzinach dostawy. Pakiety będą wydawane po kolei w różnych miastach od 5 do 14 maja. Przewidujemy również możliwość odbioru pakietu przesyłką kurierską za opłatą. O tym rozwiązaniu będziemy szczegółowo informowali po podpisaniu umowy z firmą kurierską. Odbiór w siedzibie naszej izby możliwy jest do 15 maja (w dni robocze).

WSTĘPNY harmonogram odbioru pakietów w poszczególnych miastach:

- 5 maja (wtorek): Grójec, Grodzisk Mazowiecki, Radom, Przysucha, Zwoleń
- 6 maja (środa): Mińsk Mazowiecki, Siedlce
- 7 maja (czwartek): Sokołów Podlaski
- 8 maja (piątek): Wyszków
- 11 maja (poniedziałek): Ostrołęka
- 12 maja (wtorek): Ciechanów, Mława
- 13 maja (środa): Nowy Dwór Mazowiecki, Płońsk
- 14 maja (czwartek): Garwolin

Uwaga! Podane w harmonogramie terminy dostaw do poszczególnych miast mogą ulec zmianie z niezależnych od nas przyczyn (np. opóźnień w dowozie środków do naszej siedziby). Warto śledzić izbową stronę internetową i profile w mediach społecznościowych.

Pakiet można odebrać osobiście lub przez pełnomocnika. Obowiązują takie same zasady jak w przypadku odbioru w siedzibie izby. ■ ***rj***

Graf. K. Bryda

Fot. archiwum

Po cichutku?

RENATA JEZIÓŁKOWSKA
redaktor naczelna

Gdybyśmy nie mówili o problemach, problemów by nie było? Wiele osób pewnie spałoby spokojniej, gdyby nie głośne gadanie wciąż, wciąż i wciąż o tych środkach ochronnych, o tym łamaniu procedur, o tym chaosie prawnym... Ile można?!

Że też jeszcze to gadanie nie znudziło się tym wszystkim roszczeniowym medykom. Skierowanie do zwalczania epidemii dla lekarki w ciąży? Dla lekarza z niepełnosprawnym dzieckiem? Ale jak to? Lekarze mają dzieci? Mają rodziny? Sami chorują? Jak to, lekarze nie mogą rzucić wszystkiego jednej nocy, by od następnego dnia skupić się na nowej pracy przez kilka tygodni, daleko od domu i bliskich? Lekarze pracują w kilku miejscach, żeby dopięły się grafiki w szpitalach? Naprawdę?

Lekarze mogą mieć obawy, czuć się zastraszani, przeciążeni, hejtowani? Zakazuje się im wypowiadania? Niemożliwe. Lekarze zakażają się? Nie są niezniszczalni? Jakoś sobie poradzą, przecież to superbohaterowie.

Gorzka ironia... Najważniejsze, by na niej nie poprzestać. Trzeba mówić, reagować, żeby cokolwiek się zmieniło. Bo milczenie oznacza zgodę, oznacza akceptację dla błędnych wyobrażeń i nieuprawnionych działań. Nasza izba nie siedzi więc cicho.

Trwa wojna. Przeciwnik jest jeden – koronawirus. Żołnierz na wojnie powinien czuć się bezpiecznie, dowódcy powinni dbać o morale swoich żołnierzy, wspierać ich i zdawać sobie sprawę, że przy niezbyt licznej armii, która działa na froncie walki z koronawirusem, ale też na innych, „codziennych" frontach, warto szanować zdrowie fizyczne i psychiczne każdej jednostki – każdego człowieka.

Nasza izba otwarcie mówi, jak jest. Zadaje trudne pytania. Wspiera lekarzy. Nie przytakuje, gdy słyszy, że sytuacja jest opanowana, że niczego nie brakuje, że to lekarze nie chcą robić testów. Protestuje przeciw krzywdzącym manipulacjom i podważaniu autorytetu lekarzy, przeciw insynuowaniu braku troski o pacjentów. Mówi o tym, jak wiele systemowych problemów obnażyła i będzie obnażać epidemia. Mamy sytuację dobitnie pokazującą, jak bardzo ochrona zdrowia potrzebuje uzdrowienia.

Uzdrowienie systemu potrzebne jest m.in. tym wszystkim osobom, które teraz pomagają, szyją maski, drukują przyłbice, łatają dziury systemowe. Te osoby mogą przecież, jak wiele innych, po epidemii trafić do kolejek, mogą potrzebować pilnej pomocy. Czy wtedy medycy też będą musieli próbować „szyć" prowizoryczne rozwiązania? Czy znowu będą zderzać się z murem? By coś się zadziało, nie można teraz siedzieć cicho.

W „Pulsie" nie mogło zabraknąć relacji z frontu. Polskiego, ale też włoskiego. Zestawiamy ogrom pomocy z niestety przewyższającymi możliwości potrzebami. Pokazujemy morze wsparcia ze strony społeczeństwa, wspominając o szkodliwej kropli, którą w tym wszystkim jest hejt. Koncentrujemy się na pomocy dla lekarzy – zachęcamy do korzystania z wielu jej form oferowanych przez naszą izbę.

W tym numerze porównujemy to, co dzieje się w naszym kraju, z sytuacją w innych państwach. Ukazujemy podejście do epidemii, reakcje, obostrzenia. Patrzymy na skutki uboczne izolacji. Psychiatria, psychologia – wiele poruszanych przez nas wątków pojawia się w tych aspektach. Zastanawiamy się nad tym, czy można było przygotować się do epidemii, i nad jej przeróżnymi efektami. Oczywiście, głównie negatywnymi i traumatycznymi, ale też tymi pozytywnymi, potwierdzającymi tezę, że potrzeba jest matką wynalazków. Rozmawiamy o tym, na ile znamy swoje geny, jesteśmy świadomi własnych lęków, o tym, jak ważne są empatia i poczucie współodpowiedzialności.

Batalistyczne porównania skłoniły do rozważań nad słowem „front". W „Pulsie" mówimy o tym, co w imieniu lekarzy... mówimy w mediach. A także o przekazach w kryzysowych i niestandardowych sytuacjach. Mówimy też #sprawdzam i próbujemy prostować płynące do nas zniekształcone informacje.

Na koniec muszę powiedzieć, że jest to podwójny numer „Pulsu". Kolejny ukaże się w lipcu. Po bieżące informacje warto więc zaglądać na stronę internetową naszej izby i śledzić @oilwarszawa na portalach społecznościowych. ■

Fot. K. Bartyzel

ŁUKASZ JANKOWSKI
prezes ORL w Warszawie

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

trzy miesiące temu, w styczniu, jeszcze przed pandemią koronawirusa, odbyły się – jak wszyscy dobrze pamiętamy – rozmowy Ministerstwa Zdrowia z sygnatariuszami „Porozumienia z 8 lutego". Staraliśmy się podczas tych rozmów – zgodnie z podpisaną umową – reewaluować zawarte w porozumieniu postulaty, dostosowując je do aktualnych potrzeb. Wyobrażaliśmy sobie, że skoro minęły już dwa lata, plany dojścia do 6 proc. PKB (a może 6,8 proc.?) na zdrowie będzie można zrewidować, całą ścieżkę przyspieszyć. Krótko mówiąc, przynajmniej częściowo poprawić stan rozpadającej się ochrony zdrowia.

Tak się nie stało. Cykl spotkań zamienił się raczej w dyskusję dotyczącą sytuacji w ochronie zdrowia, a reewaluacja zapisów porozumienia utonęła w zapewnieniach Ministerstwa Zdrowia o „coraz lepszej sytuacji w sektorze".

Kością niezgody w trakcie rozmów był sposób liczenia procenta PKB na zdrowie. Ministerstwo upierało się, że zastosowana przez rząd sztuczka księgowa, polegająca na odnoszeniu wydatków na zdrowie nie do PKB aktualnego, ale tego sprzed dwóch lat (tzw. reguła n-2), została przez nas uzgodniona i jest adekwatna, a pieniędzy i tak jest w systemie więcej. Uważaliśmy, że MZ manipuluje zapisami porozumienia i na zdrowiu oszczędza.

Dlaczego o tym piszę? Bo dziś, wobec związanego z koronawirusem widma recesji i obniżenia aktualnego PKB, reguła n-2 staje się dla ochrony zdrowia korzystna. „Kto pod kim dołki kopie..." – można by spuentować, jednak ta puenta ma gorzki smak. Zamiast wizji naprawy ochrony zdrowia po pandemii, zamiast realizacji strategicznych planów usprawnienia ochrony zdrowia pozostaje nam czerpać satysfakcję z tego, że mogło być gorzej, a rządzący w pędzie po oszczędności wykiwali sami siebie.

Sięgnijmy pamięcią kilka miesięcy wstecz. Pół roku minęło od kampanii społecznej „Narodowy Kryzys Zdrowia". Pamiętamy przedwyborcze deklaracje polityków dotyczące naprawy systemu. Zapewnienia, że ochrona zdrowia jest priorytetem, a lekarze dobrem narodowym. Przekrzykiwanie się obietnicami. Deklarowane poparcie dla postulatów kampanii nie wytrzymało próby czasu. Pamiętacie Państwo te postulaty? 6,8 proc. PKB na zdrowie, priorytetyzacja kardiologii i onkologii, skrócenie kolejek, zapewnienie opieki długoterminowej i geriatrii na europejskim poziomie, profilaktyka zdrowotna. Ani medycy, ani pacjenci nie odczuli dobrych zmian w systemie. Nie zobaczyliśmy spójnego kierunku, w którym zmierza ochrona zdrowia. Pozostały nam jedynie zapewnienia, że „system sobie radzi", marginalizowanie problemów. Strategia gaszenia pożarów, zamiast długoletniej ponadpolitycznej perspektywy. Przez te pół roku można było system naprawiać. Można było nadać ochronie zdrowia rzeczywisty priorytet, wypełniając tym samym składane przez polityków wszystkich opcji przedwyborcze deklaracje. Tak się nie stało.

A co było potem? Szczególnie bolesne dla środowiska przydzielenie mediom publicznym dotacji, które mogły być przeznaczone na ochronę zdrowia, co lekarze odebrali wręcz symbolicznie.

Potem była pandemia koronawirusa, która jak w soczewce skupiła wszystkie problemy. Już wcześniej mówiliśmy, że lekarzy jest za mało. Mówiliśmy o pracy ponad siły, na kilku etatach, o brakach sprzętowych. Alarmowaliśmy o złej dostępności leczenia, o brakach procedur i standardów. To nie koronawirus stworzył te problemy, on je tylko uwypuklił.

Dziś politycy biją brawa medykom. Miejmy nadzieję, że te brawa są szczere, i że tym razem nie skończy się na słowach i gestach, ale doczekamy rzeczywistej naprawy systemu. Że jeśli nie my bezpośrednio, to koronawirus zmusi polityków do mądrych decyzji. Tego nam – jako środowisku – a także naszym pacjentom życzę. ■

Fot. archiwum

Uczyć się na cudzych sukcesach?

MAŁGORZATA SOLECKA

Niemcy, Tajwan, Islandia – to kraje, które zdecydowanie najlepiej radzą sobie z epidemią koronawirusa. Tuż za podium trzeba sklasyfikować Koreę Południową, przede wszystkim dlatego, że reagując odpowiednio mocno, zdołała zdusić potężne ognisko koronawirusa.

Doświadczenia Tajwanu i Korei Południowej trudno – biorąc pod uwagę realia europejskie, różnice kulturowe – wykorzystać w Polsce. Jednak i tym krajom warto się przyglądać, i to uważnie, zwłaszcza że epidemiolodzy nie mają wątpliwości: jeśli teraz uda się zażegnać niebezpieczeństwo powszechnych zakażeń, koronawirus z pewnością wróci jesienią. Zastanie nas lepiej przygotowanych, ale pewne jest również to, że będą potrzebne nowe rozwiązania, nowe sposoby nie tylko walki z epidemią, ale na życie w jej rytmie.

Jak Tajwanowi, 24-milionowemu krajowi leżącemu niespełna 200 km od Chin kontynentalnych, udało się uniknąć – wydawałoby się przesądzonej – katastrofy? W styczniu odnotowano tam dziesięć pierwszych zakażeń. Do tej pory – około 400 i jedynie sześć zgonów. Praktycznie bez restrykcji i izolacji. Szkoły, przedszkola, firmy pracują na Tajwanie normalnie. Dlaczego?

Nie ma wątpliwości: Tajwan miał „fory", bo doświadczył (podobnie jak inne kraje tego regionu) epidemii SARS w 2003 r. (181 ofiar). To wtedy powołano Centrum Dowodzenia Epidemicznego, instytucję pozostającą w swego rodzaju uśpieniu, która jednak w każdej chwili może być aktywowana do pomocy w przypadku zagrożenia epidemicznego. Centrum zostało uruchomione już 20 stycznia. Dopiero dzień później odnotowano pierwszy przypadek zakażenia.

Tajwan zaczął działać jednak na długo przed pojawieniem się w kraju pierwszych infekcji. Gdy tylko Chiny przekazały (na przełomie grudnia i stycznia) informację o pojawieniu się wirusa, tajwańskie władze zarządziły, by wszystkie osoby przybywające samolotami na wyspę z Wuhanu, czyli epicentrum epidemii, poddawać kontroli pod kątem występowania gorączki i objawów zapalenia płuc. Urzędnicy każdego dnia informowali naród o rozwoju sytuacji epidemicznej. Tydzień po potwierdzeniu pierwszego przypadku koronawirusa wprowadzono elektroniczny monitoring osób poddanych kwarantannie za pośrednictwem telefonów komórkowych oraz ogłoszono ograniczenia dotyczące podróży do i z chińskiej prowincji Hubei.

Na Tajwanie na szeroką skalę przeprowadzano testy oraz śledzono kontakty osób zainfekowanych, poddając kwarantannie wszystkich, którzy mieli z nimi styczność. Na obecność koronawirusa badano profilaktycznie wszystkich pasażerów statków wycieczkowych, a także osoby, u których stwierdzono zwykłą grypę lub zapalenie płuc.

Osobną kwestią jest użycie nowych technologii oraz Big Data, czyli tego wszystkiego, o czym w Polsce (do pewnego stopnia również w innych krajach europejskich) mówi się jak o odległej przyszłości. Dzięki wykorzystaniu danych z systemów rejestracji i kart wjazdowych cudzoziemców udało się zidentyfikować osoby wysokiego ryzyka, które poddawano kwarantannie i monitorowano za pomocą specjalnej aplikacji na telefony komórkowe. Także za pomocą aplikacji informowano obywateli o miejscach stanowiących epidemiczne zagrożenie.

Na Islandii do połowy kwietnia potwierdzono około 1,7 tys. przypadków koronawirusa i zaledwie osiem zgonów. Kluczem do sukcesu, jak twierdzą eksperci – niezależnie od narodowości – jest powszechność testów. Islandia nie popełniła też błędów, jakie stały się udziałem większości krajów Starego Kontynentu, w tym Polski. Choć nie przygotowywała się do epidemii zbyt intensywnie, zareagowała natychmiast, gdy tylko zagrożenie pojawiło się u bram. Strategia polegała na namierzaniu i diagnozowaniu osób zakażonych oraz umieszczaniu ich w izolacji. Dzięki współpracy publicznego i prywatnego sektora Islandia szybko opracowała i zaczęła stosować testy na koronawirusa. W kwietniu przekroczy granicę 10 proc. przetestowanych obywateli (jest ich 364 tys.). Islandzki wskaźnik liczby testów na milion mieszkańców jest, siłą rzeczy, nie do przebicia.

Islandia zawdzięcza sukces działaniom prewencyjnym. 3 marca (do tego czasu wykryto kilkanaście przypadków zakażenia) władze wydały nakaz obowiązkowej kwarantanny wszystkich osób wracających z Włoch, kraju, który stał się wówczas (kolejnym po Chinach) epicentrum pandemii. W następnych tygodniach zaczęto wprowadzać dalsze ograniczenia podróżowania, 6 marca wprowadzono stan wyjątkowy, ale Islandczycy mogą się spotykać nawet w 20-osobowych grupach (przy zachowaniu dystansu i zasad higieny), pracują szkoły i przedszkola.

Co wśród liderów robią Niemcy, którym wirusa nie udało się powstrzymać (stan na 21 kwietnia: niemal 150 tys. zakażonych, piąty wynik na świecie)? Sukcesem Niemiec jest niski wskaźnik umieralności, bo dotychczas zmarło tam w przybliżeniu 5 tys. zainfekowanych, co daje około 6 osób na 100 tys. mieszkańców. We Włoszech ten wskaźnik już w połowie kwietnia przekroczył 35 osób, a w Wielkiej Brytanii – 18.

nieźle radzą sobie również kraje skandynawskie i Szwajcaria). Doinwestowanie ochrony zdrowia i jej dobra organizacja w czasach „pokoju" procentuje, gdy medycy muszą „iść na wojnę". Niemcy – w porównaniu z innymi krajami europejskimi – mają wręcz nieprzebrane zasoby łóżek szpitalnych (jeden z najwyższych wskaźników w krajach OECD), w dodatku z odpowiednią proporcją łóżek na oddziałach intensywnej terapii. Pozwoliło to otworzyć szpitale dla pacjentów z Włoch, Francji i Hiszpanii, a także zadeklarować, że obywatele UE będą w niemieckich szpitalach leczeni z COVID-19 w ramach solidarności europejskiej.

Wniosek? Wszystkie trzy kraje (a także wspomniana Korea Południowa) swój sukces w walce z pandemią zawdzięczają przeprowadzaniu testów, czyli temu elementowi, który w Polsce szwankuje najbardziej. Ministerstwo Zdrowia, przyznając 21 kwietnia (ustami wiceministra Waldemara Kraski), że

> Jak Tajwanowi, 24-milionowemu krajowi leżącemu niespełna 200 km od Chin kontynentalnych, udało się uniknąć – wydawałoby się przesądzonej – katastrofy?

Fot. licencja Artmedia Partners

Niemcy również postawiły na masowe testowanie. Podobnie jak na Islandii, do testowania od razu włączył się sektor prywatny, dzięki czemu możliwe jest przeprowadzanie nawet 100 tys. testów dziennie. Niemcy mają własne testy na koronawirusa i – co najważniejsze – przygotowały ich zapas jeszcze zanim epidemia rozlała się na dobre. Władze zamierzają równolegle z luzowaniem blokady kontaktów społecznych i ekonomicznych zwiększać liczbę testów, żeby natychmiast wykryć drugą falę epidemii i ją zatrzymać.

Ale sukces Niemiec to również dobrze funkcjonujący system opieki zdrowotnej. Widać to jak w żadnym innym kraju (choć wykonujemy zbyt mało testów, potwierdza tylko to, o czym eksperci mówią od początku epidemii: więcej testów! Na nic deklaracje, że możemy ich wykonywać 20 tys. dziennie, skoro wykonujemy góra 10–13 tys.

Statystyki koronawirusa w Polsce nie przerażają, ale też nie do końca (z powodu testów) można im wierzyć. Do trzeciej dekady kwietnia system ochrony zdrowia się nie załamał (olbrzymim kosztem społecznej izolacji i zastopowania działalności gospodarczej). Jednak bez testów, bez znacząco większej liczby testów, zagrozi mu *lockdown*. Jeśli odsetek zakażonych medyków będzie się zwiększać. ■

Fot. archiwum

Wyboista medyków droga do ch(w)ały

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

W tym niespotykanym dotąd czasie pandemia COVID-19 jest tematem numer jeden wszystkich światowych i polskich mediów. W związku z tym niemal z dnia na dzień poprawił się wizerunek pracowników ochrony zdrowia, odnieśli też systemowe korzyści.

Cała ochrona zdrowia pracuje w światłach reflektorów. Rekordy popularności politycznej bije minister zdrowia (którego nie ustanowiono, nawet przejściowo, na czas pandemii, wicepremierem i który po osiągnięciu nadzwyczajnej popularności zaczął być „medialnie chowany" przez rząd), a do mediów wyciekają liczne informacje ukazujące istniejące od lat, a skrzętnie ukrywane patologie w naszym systemie opieki zdrowotnej.

Czy nie jest to więc kryzys, który pokaże niedocenianą dotąd mrówczą pracę medyków i znowu podniesie naszą rolę społeczną?

Faktycznie, na początku pandemii sympatia do nas spływała zewsząd. Organizowano liczne zbiórki środków ochrony indywidualnej dla personelu pracującego w szpitalach, przekazywano darmowe posiłki dla pracowników ochrony zdrowia, a słowa podziękowań płynęły i od przeciętnego Kowalskiego, i od gwiazd estrady, osiągając apogeum w słynnych oklaskach polityków (bo personel medyczny nagradza się oklaskami, a nie podwyżkami jak górników czy listonoszy). Piękna, świetlista przednia strona medalu.

Jednakże z czasem ujawniła się i ciemna jego strona – rozpoczęła się nagonka i hejt. Odczuliśmy i zauważyliśmy zmianę polityki medialnej rządzących, którą ochoczo podchwyciła część mediów – to lekarze są głównym wektorem zakażeń, bo nie przestrzegają procedur (zdanie wiceministra zdrowia Waldemara Kraski, *nomen omen* lekarza), to personel medyczny odpowiada za szerzenie epidemii, bo pracuje w kilku miejscach, to medycy stanowią prawie 30 proc. zakażonych i rozsiewają wirusa wśród zwykłych ludzi!

Personel medyczny poczuł, jakby plunięto mu w twarz w czasie, gdy toczy wojnę z wrogiem, jakim jest SARS-CoV-2. To, co dla większości z nas jest oczywiste, nie przychodzi do głowy naszym rodakom. Niewielu pomyślało, że te krytykowane działania wynikają z faktu, że obsada szpitalna jest tak nieliczna, iż trzeba korzystać z pomocy pracowników zatrudnionych w kilku placówkach, by zapewnić ciągłość opieki. Że wysokość podstawowych wynagrodzeń jest taka, iż personel pracuje najczęściej w więcej niż jednym miejscu, by zarobić na utrzymanie siebie i najbliższych. Że placówki medyczne nie były zaopatrzone w środki ochrony indywidualnej (większość nadal nie jest, często maseczki, rękawiczki są trzymanie pod kluczem) i nie miały żadnych standardów ich stosowania. Wreszcie, że personel przynosi do pracy kupione przez siebie maski, przyłbice i fartuchy ochronne...

Szkoda, że tak niewielu dziennikarzy zauważa, że personel medyczny jest najbardziej świadomą zagrożenia i najczęściej testowaną grupą zawodową, a z tego wynika duża wykrywalność COVID-19 i istotny odsetek pracowników ochrony zdrowia wśród wszystkich zakażonych.

Właśnie z tego obrazu pandemii w mediach zaczął wyłaniać się największy cichy zabójca – hejt. Pierwszą głośną ofiarą był prof. Wojciech Rokita z Kielc. W obliczu ogromu nieprawdziwych wiadomości, wyzwisk i gróźb kierowanych pod jego adresem, w związku z jego postępowaniem w Kielcach, które urosły do absurdalnych rozmiarów, odebrał sobie życie. Ostatnio całą Polskę obiegły informacje o lżących lekarkę sąsiadach, którzy żądali od niej wyprowadzki, bo pracuje w szpitalu. Posunęli się nawet do zalania farbą drzwi jej mieszkania. Rodzicom lekarzom zakazano przyprowadzania dzieci do przedszkoli (gdy zostaną otwarte), gdyż mogą przywlec zarazę.

Chwilowy wybuch miłości do medyków właśnie się kończy. Jego miejsce zajmuje powoli typowo polskie prostackie obrażanie i szydzenie, z jakim spotykamy się od lat. W połączeniu z nadchodzącym kryzysem gospodarczym i niewątpliwym rozpoczęciem „polowania na czarownice", które wkrótce nastąpi, może dojść do niespotykanego dotąd nasilenia się hejtu wobec medyków. Nie poddawajcie się i uważajcie na siebie!

W tym intensywnym, pełnym strachu i emocji czasie, który szybko się nie skończy, proszę, by wszelkie przypadki hejtu, niezależnie od jego źródła i poziomu, zgłaszać rzecznikowi praw lekarza OIL w Warszawie – dr Monice Potockiej, pod adresem e-mail: rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl lub telefonicznie: 512-331-230. ■

Fot. K. Bartyzel

Esy, floresy, fantasmagorie – bo krzywa jest płaska

JAROSŁAW BILIŃSKI, wiceprezes ORL w Warszawie

W ostatnich dniach naród odebrał bardzo intensywne lekcje matematyki. Myślę, że matura z tego przedmiotu pójdzie teraz nadzwyczaj dobrze. Otóż słyszymy w każdym medium, że dochodzi do wypłaszczania się krzywej zachorowań i zgonów wywołanych koronawirusem. „Krzywa się wypłaszcza", „nam chodzi o to, żeby wypłaszczyć krzywą", „krzywa jest płaska" – bombardują politycy. Ze strony ekspertów słyszymy zaś, że wykonujemy jednak najmniej badań na milion mieszkańców wśród krajów rozwiniętych, mniej robi tylko Grecja. Ale rząd podaje inną statystykę: że przeprowadzamy najwięcej testów w całej Europie na jeden przypadek zdiagnozowany.

Co to oznacza? Według teorii spiskowej celowo badamy osoby zdrowe. Według rządu izolacja narodowa działa, mamy naprawdę mało zachorowań. W ocenie profesjonalistów medycznych, szczególnie diagnostów laboratoryjnych wykonujących badania PCR, wymazy po prostu są źle pobierane, testy robi za dużo małych laboratoriów, które nie mają wprawy. Mówiąc wprost – mamy dużo wyników fałszywie ujemnych.

Władze zmniejszają obostrzenia, ale co najmniej kilku niezależnych naukowców przewiduje, że szczyt epidemii przypadnie u nas na koniec kwietnia i w maju. Nawet premier Morawiecki tak powiedział.

No i teraz przechodzimy do kolejnego działu matematyki (i filozofii) – logiki. Jaka jest logika w takim postępowaniu władzy? Jaka jest logika w całości przytoczonych faktów? Otóż nie ma, z matematycznego punktu widzenia są to działania kompletnie nielogiczne. Możemy się tutaj pokusić o filozofowanie. Pamiętajmy – politycy nie posługują się danymi naukowymi i eksperckimi jako wyrocznią. Politycy posługują się badaniami opinii publicznej i podejmują decyzje w oparciu o nastroje społeczne (tam, gdzie te decyzje są trudne; w wielu przypadkach wmawiają bowiem ludziom, że to oni tego chcieli). I tak jest również w tym przypadku – ludziom zrobiło się ciasno w domach, za oknem piękna pogoda, więc narodowa kwarantanna stała się uciążliwa jeszcze bardziej. Zatem skoro krzywa się wypłaszczyła, możemy poluzować izolację. Nieważne, że krzywa jest kompletnie niewiarygodna, a szczyt epidemii przed nami.

Podobnie jest w medycynie od dziesiątków lat. Nie bez kozery w Ministerstwie Zdrowia powstał nie tak dawno tzw. zespół ds. absurdów w ochronie zdrowia. Wiemy doskonale, że w wielu miejscach zarządcy szpitali wymuszają na lekarzach, żeby na dwa droższe badania przyjmować pacjenta do szpitala. I to na każde badanie osobno, w odstępie dwutygodniowym. Wiemy, że w polskich szpitalach dzieją się rzeczy, których sam Bareja by nie wymyślił. Na papierze musi się wszystko zgadzać, ale że efektem jest karykatura systemu opieki zdrowotnej, na to już nikt nie patrzy. Cierpi na tym jak zwykle pacjent, który zagubiony, zdezorientowany szuka pomocy, często angażując nadludzkie siły jak na swój stan zdrowia. Dlatego chciałbym, żeby realnie wypłaszczały się krzywe zadłużenia szpitali i krzywe czasu oczekiwania w kolejce do lekarza.

Powinienem teraz podać parę spektakularnych przykładów absurdów w ochronie zdrowia. Nie zrobię jednak tego, bo nie mam w ostatnich dniach weny, mam za to absurdalny (znów słowo absurd!) humor. Widziałem właśnie mema, w którym Jarosław Kaczyński mówi, że bez zakupów da się żyć bardzo długo, i że on był ostatnio na zakupach dziewięć lat temu.

Krzywa mi się wypłaszczyła. Bez sensu. To jest moje nowe ulubione hasło – „krzywa jest płaska". A za minutę trzeba będzie wstawać i żyć. Na płaskiej krzywej. ■

Fot. archiwum

Wyciągnąć wnioski

MAREK BALICKI

W ciągu zaledwie kilku tygodni nasze życie zmieniło się w sposób nie do przewidzenia jeszcze parę miesięcy temu. Myślę, że nawet badacze ostrzegający nas w ostatnich latach przed nieznanym, wysoce patogennym przedstawicielem rodziny *Coronaviridae* nie sądzili, że ten nowy wirus może tak bardzo zmienić naszą rzeczywistość i stać się głównym wrogiem ludzkości.

Kryzys związany z pandemią obnażył – dla wielu w bolesny sposób – istniejące ograniczenia w zakresie możliwości człowieka, grup społecznych i struktur organizacyjnych. Nawet zakładając, że w ocenach „nic już nie będzie takie samo" jest pewna przesada, pandemia będzie niewątpliwie stanowić punkt zwrotny w naszych dziejach. Staniemy się świadkami przemian obejmujących różne sfery życia.

Politolog z UW prof. Grzegorz Rydlewski, pisząc o pandemii, zwrócił uwagę na to, że kryzys z natury rzeczy stanowi okazję do porzucenia dotychczasowych rozwiązań, które okazały się nieefektywne, i zastąpienia ich nowymi, blokowanymi wcześniej przez zwolenników utrzymywania starego porządku. Nie oznacza to wcale, że nie będą dalej walczyć o jego utrzymanie. Kryzys daje jednak szansę nowego otwarcia, i to w różnych dziedzinach sfery publicznej, gospodarki i polityki.

Fot. licencja Artmedia Partners

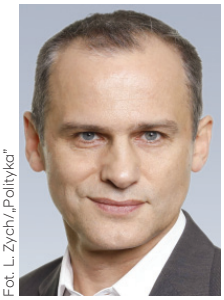
Jedną z tych dziedzin powinna być opieka zdrowotna. Konieczność zwiększenia nakładów na nią ze środków publicznych wydaje się dzisiaj już poza dyskusją. Ale jest też wiele rozwiązań systemowych, których dysfunkcyjność objawiła się ostatnio z całą mocą.

Należy do nich struktura i funkcjonowanie naszego szpitalnictwa. Wyraźnie widać, że nie zdały egzaminu mechanizmy rynku wewnętrznego wprowadzone ponad 20 lat temu wraz z kasami chorych. Mamy kilkuset właścicieli rywalizujących z sobą szpitali, a brakuje skutecznych instrumentów koordynacji, nadzór właścicielski jest zaś słaby. Na dodatek samorządy powiatów i województw, do których należy 90 proc. szpitali, nie mają żadnego wpływu na ich finansowanie.

Tzw. sieć szpitali niewiele zmieniła. Każdy szpital nadal kreuje zarówno swoją strategię działania, jak i sposób zaopatrywania się. W efekcie mamy stosunkowo mało miejsc intensywnej terapii, a dużą liczbę łóżek. Zakupów dokonuje się jak w restauracji: zamawiamy dzisiaj, czego potrzebujemy na jutro, nie robimy zapasów. To porównanie z restauracjami pojawiło się zresztą w Szwecji, gdzie równie szybko zabrakło w szpitalach podstawowych akcesoriów.

Warto więc sięgnąć teraz do gotowych już koncepcji regionalizacji szpitalnictwa, które zakładają istnienie jednego dysponenta szpitali publicznych i funduszy na ich utrzymanie w województwie, odpowiadającego także za zakupy i utrzymywanie zapasów. Jedną z takich koncepcji opracował zespół prof. Dawida Sześciły z UW.

Zaniechanie działań wynikających z doświadczeń obecnego kryzysu, nie tylko w zakresie szpitalnictwa, byłoby niewybaczalne. ■



Fot. L. Zych/„Polityka"

Mroczna aura epidemii

PAWEŁ WALEWSKI

Nikt już nie ma wątpliwości, że epidemie chorób zakaźnych są jak klęski żywiołowe i wojny. Czy można się zatem na nie przygotować?

Koronawirus SARS-CoV-2, który od początku tego roku daje się mocno we znaki, kiedyś wyginie. Czy wtedy beztrosko wrócimy do dawnego życia, czy zaczniemy inaczej kształtować przyszłość, by nowy bakcyl nie zaskoczył nas tak jak ten? Zarazki mają przecież to do siebie, że nie dają o sobie zapomnieć. Nawet gdy człowiekowi udaje się je pokonać, żyją przyczajone i wracają w innym przebraniu.

Zaledwie dwa lata temu, gdy Światowa Organizacja Zdrowia wpisała na listę największych zagrożeń dla zdrowia publicznego tajemniczą zakaźną chorobę X, opinie o nieuchronnej pandemii były przeważnie lekceważące. W XXI w. istnieje wiele sposobów, by pokonać zarazki, więc żadne plagi nam niestraszne. Z takim przekonaniem współczesny człowiek żyje od dawna. W Polsce chyba tylko lekarze chorób zakaźnych przestrzegali przed mogącą nadejść apokalipsą, ale oni na co dzień widzieli, że państwo i decydenci odpowiedzialni za poziom przygotowania ochrony zdrowia coraz mniej uwagi poświęcają ich specjalności. Komu potrzebnej, prawda?

Opinia publiczna miała wiele pretensji do WHO i mediów za podsycanie paniki w 2009 r., kiedy świat żył w lęku przed świńską odmianą grypy, a władze Światowej Organizacji Zdrowia namawiały rządy państw do zakupu dodatkowych szczepionek (przed czym broniła się Polska, wychodząc z założenia, że to wydatek niepotrzebny). Niektórzy dopatrywali się nawet kulis pandemii grypy A/H1N1 w pajęczynie interesów finansowych pod przykrywką właśnie WHO i jej skorumpowanych urzędników, zwanych złośliwie medokratami. W 2014 r. był wybuch eboli – ale daleko, w Afryce. Choć w szpitalach zakaźnych zaczęto wtedy robić zapasy, większość podeszła do niej tak jak wcześniej do SARS i MERS, które nie zrobiły w Polsce na nikim większego wrażenia.

Wkroczyliśmy więc w 2020 r. bez strachu i z przekonaniem, że to, co dzieje się w Chinach, nie może zdarzyć się w Europie. Choć łatwo było przewidzieć, że zarazek, który nie uśmierca zbyt wielu ludzi, ale szybko się rozprzestrzenia, wywoła wstrząs krajowego systemu ochrony zdrowia, który nie będzie w stanie zapewnić pomocy wszystkim ciężko i średnio chorym.

W przypadku żadnej epidemii nie wiadomo, który kraj będzie pierwszą ofiarą. Tym razem w Europie były to Włochy. Gdyby była to Polska, nie mielibyśmy trzech tygodni na przygotowania, żeby to, co potrzebne, mieć pod ręką i przeorganizować pracę oddziałów, od których na co dzień wymagano wyłącznie wykonania kontraktu. Polskie szpitale, nawet mając ten czas podarowany, i tak okazały się marnie przystosowane do sprostania potrzebom pacjentów z chorobą zakaźną. A przecież Ministerstwo Zdrowia powinno pierwsze wiedzieć, że brakuje większych szpitali zakaźnych z oddziałami intensywnej terapii, izolatek, nie mówiąc o środkach ochrony osobistej. Deficyt kadry to już akurat dobrze znany problem, ale niedobór lekarzy i pielęgniarek na oddziałach zakaźnych dopiero teraz został uwypuklony, bo decydenci przypomnieli sobie, że taka specjalizacja w ogóle istnieje. Nie wróży to dobrze na przyszłość, bo pokazuje zapaść, z jakiej nie uda się wyjść w krótkim czasie, tym bardziej w okresie przewidywanego kryzysu gospodarczego.

Świadomość, że w nierównej koegzystencji z patogenami nie powinniśmy czuć się bezpiecznie, już mamy. Jednak zmusić rządzących do perspektywicznego myślenia, by zapobiec kolejnym katastrofom, niestety nie będzie łatwo. Politycy będą teraz zajęci doraźnym wyciąganiem Polski z zapaści, bo chociaż na horyzoncie może już majaczyć nowa epidemia, jej skutki za dziesięć lat spadną na ich następców. A że przy okazji na ich własne dzieci i wnuki, jakie to ma przy urnach wyborczych znaczenie? ■

Autor jest publicystą „Polityki".

Fot. archiwum

Zdrowie i strach

PAWEŁ KOWAL

Wszystko już było. Europę i kawał świata po I wojnie światowej ogarnęła epidemia grypy hiszpanki. Premier Wielkiej Brytanii Lloyd George wylądował wtedy w szpitalu i o mało nie przeniósł się na tamten świat. Nieco ponad wiek później premier Boris Johnson, który w początkowej fazie rozprzestrzeniania się wirusa pokpiwał sobie z niego, także znalazł się w szpitalu rażony chorobą. Gdy Johnson przestał się już bać o swoje życie, chętnie porównywał się z Churchillem, który zarządzając Wielką Brytanią w czasie II wojny światowej, zachorował na zapalenie płuc. Historia więc niemiłosiernie się zapętla, obecna sytuacja jest jednak wyjątkowa. Miliony osób zostały na kilka tygodni w zamknięciu. Wiele firm upadło i jeszcze upadnie ze względu na decyzje rządów. Żadna z wielkich wojen nie może tu służyć jako porównanie, bo świat nie pamięta czasu, gdy na taką skalę w związku z decyzjami władz zatrzymano obrót gospodarczy – działalność zakładów usługowych, wielu sklepów, fabryk. Stres, strach o życie, o ekonomiczną przyszłość, o własny biznes i miejsce pracy towarzyszą milionom ludzi. Internet pozwala rozpowszechniać praktyczne informacje o tym, jak należy postępować w czasach epidemii, by być bezpiecznym, ale też potrafi wzmagać panikę, szerzy teorie spiskowe i lęk.

Jednym z najciekawszych fenomenów tego czasu jest podobna reakcja większości rządów na świecie, zarówno demokratycznych, jak i autorytarnych: ograniczenie lub całkowity zakaz przemieszczania się ludności, izolacja społeczna, wygaszanie każdej działalności gospodarczej, która sprzyja kontaktowi ludzi. W tle jest obawa, czy nie powtórzy się scenariusz z Lombardii. Jego istotą były zadawnione błędy w strukturze systemu ochrony zdrowia. Podobne zostały obnażone także w najbogatszych państwach na świecie: brak respektu dla personelu medycznego, abdykacja państwa z obowiązku odpowiedzialności za cały system. Świat nie wytrzymał tej próby. Jedne rządy, np. brytyjski i amerykański, wykorzystały pandemię do konsolidacji społeczeństwa, natychmiast opozycja i rząd podjęły współpracę, demonstracyjnie wspierały się wzajemne, by dodawać otuchy obywatelom. Państwa autorytarne, takie jak Chiny czy Rosja, starają się skorzystać na pandemii i rozszerzyć swe imperialne wpływy. Każdy transport sprzętu medycznego z Chin traktowany jest jak wielkie polityczne wydarzenie, chociaż ten sprzęt częściej jest kupowany niż pochodzi z darowizny, w dodatku coraz częściej słychać sygnały, że jest wadliwy.

Jedno wszelako wszystkich łączy: przekonanie, że w czasach, gdy co kilka lat może pojawiać się nowy wirus i wprowadzanie obowiązku izolacji społecznej może się powtarzać, trzeba zupełnie inaczej podejść do roli państwa w systemie ochrony zdrowia. Przewidziało to wielu strategów, ale nikt ich nie słuchał. Zdrowie wkracza na polityczne salony w towarzystwie lęku przed bardziej niż obecny zjadliwymi wirusami. Oby szpitale, przychodnie i badania nad nowymi generacjami leków stały się wreszcie tak ważne jak zakupy samolotów bojowych, czołgów i rakiet. ■

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. archiwum

Front

Prof. JERZY BRALCZYK

Słowo *front* obejmuje *szerokim frontem* różne aspekty ludzkie: ciało człowieka, jego miejsce do życia, jego działania i relacje z innymi, a także jego najszerzej pojęte otoczenie: bo *front* to i czoło, twarz, i budynek, i walka, a także teren działania, wreszcie atmosfera.

Frons (w dopełniaczu *frontis*) to po łacinie ‘twarz, czoło’, a także ogólnie ‘przednia część, przód’, stąd włoskie *fronte*, potem francuskie i niemieckie *front*. Dla Polaków *front* od dawna ma znaczenie głównie wojskowe, a przez liczne przenośnie i złagodzone, i dowartościowane.

Stawiając *czoło* przeciwnikowi, *konfrontujemy* się z nim i dochodzi do walki. Militarnie *front* to najpierw czołowa linia wojska (ale nie tylko sama linia, bo mówi się też *linia frontu*), potem miejsce starcia, walk, dalej same te walki. *Być na froncie* – to walczyć na wojnie, *walczyć na linii frontu* (czasem dokładniej: *na pierwszej linii frontu*) – to być w bezpośredniej *konfrontacji* z nieprzyjacielem; *zginąć na froncie* – to polec w bitwie. Czasem się konkretyzuje: *na froncie wschodnim* (*zachodnim*). Tam walczyli żołnierze *frontowi*, *frontowcy*. Ten *front* ma charakter mocny i podniosły. Nic dziwnego, że różne partie i koalicje, takie jak przedwojenny lewicowy *Front Ludowy* i antysanacyjny *Front Morges*, *front* do nazwy wzięły.

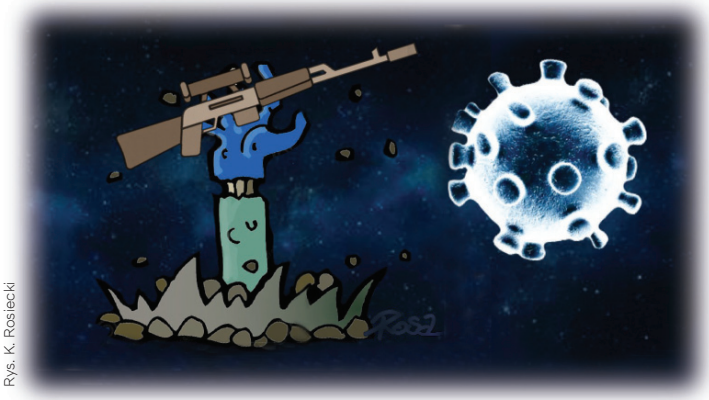
Militaria dają źródło przenośniom. W różnych czasach mieliśmy nie tylko *front walki o pokój* i *o lepsze jutro*, ale i *front przebudowy wsi*, i *front kulturalny* – bo *front* stał się terenem, zakresem działalności, gdy propagandowo podnosiło się nastroje. I dziś mamy *front robót*... *Front* stał się miejscem

> Często w różnych sprawach to, co *z frontu* się wydaje piękne, z drugiej strony gorzej wygląda.

i walki, i pracy. Pracy, do której *ustawialiśmy się frontem* i *szliśmy szerokim frontem*. Mieliśmy nadzieje *zwycięstwa na wszystkich frontach*. Też piękna sprawa, i podniosła.

A z drugiej strony i nasze małe, ludzkie starcia z *frontem* kojarzyliśmy. Tu już było gorzej. Stosując *frontalne ataki* na bliźnich, *zmieniając front*, obłudnie *walcząc na dwa fronty*, urządzając płaskie już *afronty* – jesteśmy godni pogardy i potępienia.

Obok militarnego niemal równie częste, zwłaszcza w sytuacjach bardziej pokojowych, jest nazywanie *frontem* przedniej części budynku, powiedzmy, fasady. *Front domu* powinien dobrze się prezentować, a *mieszkanie od frontu* do był znak prestiżu. *Fronton* zaś to był ‘ozdobny szczyt fasady’ (niekiedy i na ładny ganek tak mówiono). Potem i meble zaczęły mieć swoje *fronty*, też efektowniejsze od tego, co z tyłu... Bo często w różnych sprawach to, co *z frontu* się wydaje piękne, z drugiej strony gorzej wygląda.



Rys. K. Rosiecki

I wreszcie ten najszerzej nas otaczający *front atmosferyczny*. Czy to *ciepły*, czy *polarny* – poddajemy się mu, z meteorologią się nie walczy. Tylko skąd tutaj to jednak militarne odniesienie? Czy przyroda ma nam być wroga?

Bywa. Zwłaszcza gdy zagraża nieoczekiwanymi i trudno wyobrażalnie skutkującymi kryzysami, szczególnie zdrowotnymi. I wtedy nie dziwią metafory wojskowe – kiedy przyjdzie konieczność *konfrontacji*, do której *szerokim frontem* stają ci, których śmiało *frontowcami* nazwać można. ■

Fot. archiwum

Z dr hab. n. med. **Barbarą Remberk**, krajowym konsultantem w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.

To może być cisza przed burzą

Czy podczas epidemii COVID-19 zwiększyła się liczba młodych ludzi potrzebujących pomocy psychiatrycznej?

Na razie trudno ocenić. W szpitalu pacjentów raczej nie przybyło. Dzieci i młodzież z powodu wprowadzonych ograniczeń w poruszaniu się są w domach, uczą się zdalnie. Mamy podobny efekt, jak w ubiegłym roku podczas strajku nauczycieli – odnosimy wrażenie, że zawieszenie działalności szkół, przynajmniej na razie, przyczyniło się do zmniejszenia liczby młodych osób, które zgłaszają się do izby przyjęć. Ponadto obecnie pacjenci unikają kontaktu z placówkami służby zdrowia, aby się nie zarazić. Obawiam się jednak tego, co będzie dalej, bo dzieci nie wyzdrowiały dlatego, że nie mają szkoły. Zgłaszają się do nas za to młodzi, którzy z różnych powodów zdrowotnych byli w szkołach specjalnych, w ośrodkach, w których dobrze funkcjonowali, a teraz są w domu bez pomocy. I ta zmian przyniosła pogorszenie ich stanu psychicznego. Również gdy w rodzinie jest problem przemocy, uzależnienia, przymus stałego przybywania domowników ze sobą może stwarzać trudne i groźne sytuacje, zwłaszcza dla młodych ludzi, którzy będą potrzebowali pomocy psychiatry lub psychologa.

> Mamy możliwości prowadzenia telepsychoterapii i udzielania porad psychiatrycznych w trybie zdalnym.

Pacjenci coraz częściej korzystają z teleporad. Czy takie rozwiązania sprawdzają się w psychiatrii?

Terapia ambulatoryjna została ograniczona, dlatego staramy się zapewnić pacjentom kontakt na odległość. Mamy możliwości prowadzenia telepsychoterapii i udzielania porad psychiatrycznych w trybie zdalnym. Oczywiście, to nie to samo, co bezpośrednie spotkanie, dlatego rozwiązanie nie jest idealne. Jeżeli pacjent czuje się źle, zapraszam na wizytę do poradni, bo wiadomo, że nie wszystko da się zrobić w trybie zdalnym. Uruchomiliśmy infolinię wsparcia dla dzieci i młodzieży: tel. 516-238-725, czynną od poniedziałku do piątku, w godz. 11.00–15.00.

Jak epidemia wpłynęła na sytuację pacjentów przebywających na oddziałach?

Komfort leczenia na pewno się zmniejszył. Jeżeli chodzi o oddziały dla młodzieży i dorosłych, odwiedziny zostały bardzo ograniczone. Pacjenci nie otrzymują przepustek, nie ma wyjść do domu na weekend, które w normalnych warunkach (przed epidemią) są elementem leczenia. Pozwalają bowiem pacjentowi stopniowo wracać do codziennego, typowego trybu życia, do własnego środowiska. Ten element terapii jest niemożliwy. Poza tym oddziały działają, trwa leczenie. Większym problemem jest to, co dzieje się po wypisie. Osoby, które w normalnych warunkach byłyby wypisane z zaleceniem podjęcia psychoterapii lub kontynuacji leczenia na oddziale dziennym, tę możliwość chwilowo straciły. Od kwietnia miały rozpocząć działanie nowo kontraktowane ośrodki pierwszego poziomu, czyli ośrodki środowiskowej opieki psychiatrycznej i psychologicznej, ale na pewno nie będzie to przebiegało tak sprawnie jak planowano.

Czy oddziały psychiatryczne są przygotowane na zagrożenie epidemiczne?

W mojej klinice dotąd nie mieliśmy dziecka z podejrzeniem zakażenia koronawirusem. Zgodnie z zaleceniem Ministerstwa Zdrowia tworzone są jednoimienne szpitale psychiatryczne dla zakażonych dorosłych, jeśli zaś chodzi o dzieci z koronawirusem, większość województw planuje, aby były hospitalizowane na oddziałach zakaźnych i w razie konieczności konsultowane psychiatrycznie. W Warszawie Szpital Dziecięcy przy ul. Żwirki i Wigury pełni podczas epidemii rolę pediatrycznego szpitala zakaźnego i jest w nim również psychiatra. Sygnały, które odbieram z ośrodków z Polski, nie dotyczą niedoborów sprzętu, ale raczej kwestii organizacyjnych: kto ma przyjąć pacjenta podejrzanego o zakażenie, dokąd pogotowie ma wieźć pacjentów. W porównaniu ze skalą problemów, z jakimi borykają się lekarze oddziałów somatycznych, u nas praca toczy się względnie spokojnie. Niemniej jednak to może być cisza przed burzą. Obawiam się, że jeżeli sytuacja epidemiczna będzie się przedłużała, dzieci będą pozbawione pomocy psychiatrycznej. Mimo że większość zaburzeń to nie są stany zagrożenia życia, obecnie część cierpiących na nie osób nie jest leczonych, bo się nie zgłosiły, bo część psychoterapii została zawieszona, bo chciałyby rozpocząć psychoterapię, ale nie mają gdzie.

Uważa pani, że po okresie pozostawania w domu w celu przetrwania epidemii pacjentów z problemami psychicznymi przybędzie?

Trochę tak, ale myślę o czymś innym. Nie tylko leczymy młodych ludzi w stanie zagrożenia życia. Chcemy, aby dzieci z zaburzeniami psychicznymi czuły się dobrze, funkcjonowały w społeczeństwie poprawnie, miały znajomych, rozwijały się, zdobywały wykształcenie i zawód adekwatnie do swoich możliwości. Pytanie zatem, co się po epidemii stanie z dziećmi, które już miały trudności adaptacyjne w szkole, które nie odnajdują się w nowych środowiskach? W dodatku nauczanie zdalne rozwarstwia społeczeństwo. Z czasem, gdy uczniowie wrócą do szkoły, okaże się, że niektóre dzieci się dostosowały, zostały dopilnowane przez rodziców, przerobiły program szkolny, a inne mają pół roku zaległości. Te inne to zapewne będą dzieci, nad którymi opieka już wcześniej była słabsza. Co z nimi? A co z dziećmi, które nie otrzymają leczenia? Może ich stan zdrowia nie będzie zagrożeniem życia, ale po epidemii będzie gorszy, niż gdybyśmy mogli udzielać im pełnej pomocy.

> Nauczanie zdalne rozwarstwia społeczeństwo.

Pandemia zaskoczyła świat. Czy profilaktyka zdrowia psychicznego młodych ludzi w tych okolicznościach jest możliwa?

Nie dysponujemy takimi programami. Są ogólne zasady profilaktyki zdrowia psychicznego, które obejmują rozmowy z dziećmi, kontakt z nimi, zapewnienie równowagi między obowiązkami a przyjemnościami, także aktywność fizyczną i rekreację. Sądzę, że ograniczenie naszej aktywności fizycznej pogorszy zdrowie społeczeństwa. Dzieci chodziły na spacery, treningi. Te zajęcia na tygodnie, a nawet miesiące zostały przerwane. Wiem jednak, że niektóre szkoły starają się we własnym zakresie zapewnić uczniom pomoc psychologów i wsparcie rodzicom na tyle, na ile to możliwe.

Oczekiwany nowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przyniesie zmiany na lepsze?

Nie w ciągu miesięcy, to długotrwały proces. Jeżeli chodzi o ośrodki pierwszego poziomu, na pewno zrobimy krok do przodu. Oczywiście wszystko zależy od finansowania. Pozostaje wciąż problem szkolenia kadr. Psychiatria dzieci i młodzieży przed epidemią była w tak głębokim kryzysie, że stworzenie nowej oferty i miejsc udzielania świadczeń (ośrodków pierwszego stopnia) spowoduje ujawnienie większej liczby młodych ludzi potrzebujących pomocy psychiatrycznej, którzy wcześniej też byli potencjalnymi pacjentami, ale nie mieli gdzie się zgłosić. Spodziewamy się więc, że na początku będzie trudniej, nim zrobi się lepiej. Obecnie wszyscy koncentrują się na aspektach somatycznych epidemii, ale trauma z nią związana nie ma precedensu, myślę, że z perspektywy zdrowia psychicznego to sytuacja porównywalna z wojną. Będziemy się z tym stanem mierzyli przez dłuższy czas, zarówno psychiatrzy dziecięcy, jak i lekarze opiekujący się pacjentami dorosłymi. ■

> Obecnie wszyscy koncentrują się na aspektach somatycznych epidemii, ale trauma z nią związana nie ma precedensu, myślę, że z perspektywy zdrowia psychicznego to sytuacja porównywalna z wojną.

Fot. K. Bartyzel

Jak przetrwać niepewność

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

Kilka tygodni temu nasza lekarska rzeczywistość bardzo się zmieniła. Wszyscy znaleźliśmy się w sytuacji, której się nie spodziewaliśmy i do której nie mieliśmy jak się przygotować.

Katastrofy, zarówno naturalne, jak i spowodowane przez człowieka, zaburzają równowagę życia osób nimi dotkniętych, zmieniają relacje społeczne, wymuszają ograniczenia w różnych obszarach, wywołują reakcje somatyczne i psychologiczne – od drażliwości i zaburzeń snu do zaburzeń stresowych pourazowych i stanów depresyjnych. Reakcją na katastrofę może być reakcja żałoby – po stracie kogoś bliskiego, domu, wartościowych rzeczy, ale i po stracie tego, co miało się wydarzyć, a przez katastrofę się nie wydarzyło: planów co do bliższej i dalszej przyszłości.

Pandemia jest szczególnym rodzajem katastrofy. Nie ma grupy ofiar i osób z zewnątrz, które przybywają z pomocą. Pandemia obejmuje nas wszystkich, wszyscy są narażeni i dotknięci jej skutkami. I pomagający, i ci, którym pomagają, jadą na tym samym wózku.

Lekarz też człowiek

Czasem zapominamy, że jesteśmy przede wszystkim ludźmi, a lekarzami bywamy. I oto nadeszło coś nowego, tajemniczego, groźnego, wręcz przerażającego. Boimy się o zdrowie swoje i bliskich. Czujemy na własnej skórze narastające napięcie międzyludzkie, lękamy się o przyszłość, bezpieczeństwo finansowe, obserwujemy scenę polityczną, myślimy o pukającym do drzwi kryzysie gospodarczym. Percepcja ryzyka może być różna, nie zawsze adekwatna do tego, co się dzieje. Jedni będą niebezpieczeństwo wyolbrzymiać, inni bagatelizować. Sytuacja zmienia się dynamicznie, każdy dzień przynosi coś nowego, eksperci nie są zgodni w swoich przewidywaniach i opiniach. Nie wiemy, co wydarzy się jutro, za tydzień, za miesiąc, za rok...

Do tego mamy XXI w. Przepływ informacji jest błyskawiczny, możemy na bieżąco śledzić, co dzieje się w różnych zakątkach świata i Polski, w poszczególnych szpitalach, u znajomych, znajomych znajomych i znajomych znajomych znajomych. Naukowcy naradzają się, eksperci dyskutują, oglądamy zdjęcia ze szpitali na drugiej półkuli. Niestety, równie szybko jak informacja, szerzy się dezinformacja. Bombardowani informacjami o pandemii, możemy mieć trudności z odfiltrowaniem tego, co rzetelne i prawdziwe, od tego, co jest wylaniem frustracji, hejtem, paniką, teorią spiskową, szukaniem kozła ofiarnego. W mediach społecznościowych atmosfera jest podgrzana emocjami – napięciem, strachem, frustracją, wściekłością – nawet w grupach, gdzie dotychczas było spokojnie, rzeczowo, życzliwie i merytorycznie. My, lekarze, nie jesteśmy wyjątkiem, wystarczy zajrzeć na grupy dla lekarzy (gdzie uczestnicy są weryfikowani przez PWZ)... Wyższy poziom merytoryczny dyskusji i relacje z pierwszej linii frontu, ale emocje podkręcone do czerwoności jak wszędzie.

Lekarz w czasach zarazy

Pandemia, przez gwałtowne zwiększenie zapotrzebowania na opiekę medyczną, obnażyła bezwzględnie niedomagania systemu, niedofinansowanie, niedostatki w zarządzaniu i relacjach w medycynie. Lekarze, nieuchronnie eksponowani na zarażenie, coraz częściej trafiają na kwarantannę, izolację lub – jako zarażeni pacjenci – do szpitala. Naszą frustrację pogłębia fakt, że wiemy, jak moglibyśmy lepiej chronić siebie, naszych bliskich i pacjentów, ale nie mamy możliwości tego zrobić.

Bezsilność, frustracja, niepewność i złość towarzyszą większości z nas

każdego dnia. Czujemy się odpowiedzialni za pacjentów i bliskich, boimy się też o siebie. O bezpieczeństwo finansowe. O to, czy nie zostaniemy z dnia na dzień oddelegowani do walki z epidemią w miejscu odciętym od świata, bez możliwości wyjścia. Słyszymy, że będziemy karani. Z jednej strony oklaski, z drugiej hejt. Podziw i odrzucenie. Nazywają nas bohaterami, ale również kombinatorami. Z dnia na dzień musimy przystosować się do telemedycyny, nawet jeśli wcześniej jej nie praktykowaliśmy. Emocje naszych pacjentów często są takie same jak nasze, bo wszyscy jesteśmy w środku tego, co się dzieje. To nie ułatwia nam pracy.

Co robić, by przetrwać?

Zostaliśmy lekarzami, by wiedzieć, działać zadaniowo, rozwiązywać problemy. Po to, by nie czuć się bezsilnymi! Nie potrafimy i nie chcemy wytrzymywać wszechogarniającej niepewności.

Czy możemy coś zrobić, by nie czuć się źle? By zadbać o swoją równowagę psychiczną? By nie pogrążyć się bez reszty w bezsilności, przygnębieniu, frustracji?

Oczywiście, że możemy. *Self-care* jest dostępny także w czasach zarazy. Na mnóstwo rzeczy nie mamy teraz wpływu, ale nie na wszystkie. Na ile się da, dbajmy o sen, odżywianie, wysiłek fizyczny. Nie próbujmy koić emocji alkoholem ani lekami nasennymi, bo za kilka miesięcy będziemy musieli mierzyć się z kolejnym problemem.

Możemy sięgnąć po profesjonalną pomoc. Wsparcie psychologa, udział w grupie Balinta, konsultacja psychiatry są możliwe na odległość. Nie bądźmy dzielni za wszelką cenę. Epidemia nie skończy się jutro, potrzebujemy zasobów psychicznych, by ją przetrwać. Profesjonalne wsparcie pomoże nam te zasoby budować i po nie sięgać.

Po co mi rady psychologa?! – powiecie być może. Jedna ze współpracujących z izbą psychoterapeutek podrzuca garść pomysłów na radzenie sobie z lękiem. Przeczytać nie zawadzi. Być może któryś sposób sprawdzi się u Was. ■

Fot. archiwum

Jak oswoić lęk i pomóc sobie w czasach pandemii

AGATA URBAŃCZYK

W okresie pandemii lekarze są na pierwszej linii frontu. Tak jak wszyscy odczuwają stres, ale jest on zwielokrotniony przez oczekiwania, ograniczenia i warunki związane z wykonywanym zawodem.

Strach należy do emocji, których nie lubimy. Radość chętnie pokazujemy światu, a lęk, smutek i złość często zostawiamy dla siebie. Ale to, że je schowamy, nie znaczy, że ich nie ma. Zamiecione pod dywan, czają się w ukryciu i dopadają nas w trudnych momentach. Warto je wyciągnąć spod tego dywanu i posłuchać, co mają nam do powiedzenia. Może okazać się, że pojawiły się w konkretnym celu. Chcą pokazać nam, że ktoś lub coś jest dla nas ważne, że czujemy się odpowiedzialni, bezradni, przytłoczeni albo że nasze granice zostały przekroczone. Jeśli wsłuchamy się we własne emocje, możemy zobaczyć w nich sprzymierzeńca. Smutek pozwala nam się wyciszyć, zatroszczyć o siebie, uzyskać pomoc i tę pomoc ofiarować innym. Strach pomoże uniknąć zagrożenia lub sobie z tym zagrożeniem poradzić. Złość mobilizuje do działania i pokazuje, że nasze granice zostały przekroczone. Sygnalizuje też, co jest dla nas ważne.

Jedną z emocji, z którymi nie chcemy się mierzyć, jest lęk. Gdy go czujemy, staramy się unikać sytuacji i działań, które go wywołują. Czasem, zamiast zrobić coś, co nas przeraża, robimy coś innego. Niestety, gdy staramy się uniknąć bodźca lękowego, lęk opada tylko na chwilę, a potem rośnie jeszcze bardziej. Co możemy robić? Nie unikać, tylko oswajać lęk, który po pewnym czasie przestanie paraliżować. Lęk to jedna z trudniejszych emocji dopadających teraz lekarzy. Oto kilka wskazówek, które pomogą sobie z nim poradzić.

Uprawomocnij lęk

To normalne, że się boisz. Nie obwiniaj się.

Odróżnij lęk produktywny od nieproduktywnego

Lęk produktywny to taki, który pomaga nam uniknąć zagrożenia. Mobilizuje do chronienia siebie i pacjentów. Lęk nieproduktywny cały czas nas nakręca, a nie przynosi rozwiązań. Jeżeli nieustannie będziemy próbowali szukać odpowiedzi na pytania: a co jeśli... (pacjent kichnie na mnie, będę chory, na mój oddział trafi ktoś zarażony, skierują mnie do zwalczania epidemii itp.), nie poczujemy się bezpieczniej. Wręcz przeciwnie. Te pytania będą się mnożyć i potęgować lęk, a każde rozwiązanie będzie niewystarczające.

Zaakceptuj niepewność i brak kontroli

Niepewność jest neutralna, a zamartwianie się bierze się przede wszystkim z nietolerancji niepewności. A przecież nawet jeśli masz pewność, to i tak jej nie masz. Nie wiesz, czy pacjent, który aktualnie nie wykazuje objawów COVID-19, nie jest zarażony. Możemy kontrolować tylko niektóre rzeczy, takie jak przestrzeganie higieny lub ustanowionych procedur, ale nie na wszystko mamy wpływ. Gdybyśmy zaprosili do wielkiego miasta osobę, która całe życie była odcięta od świata, i kazali jej przejść przez ruchliwą ulicę, pewnie poczułaby lęk. My wiemy, do czego służą światła i pasy, wiemy, czym jest samochód i do czego są hamulce. Znamy też zasady zachowania bezpieczeństwa na jezdni, z których możemy skorzystać. Ale nie zawsze tak było. Nauczyliśmy się zasad i przystosowaliśmy się do nich. Adaptacja wymaga jednak czasu i praktyki.

Zwracaj uwagę na prawdopodobieństwo, a nie na możliwość

Jeśli coś mnie przeraża, boję się, że mnie to spotka. Możliwość jest zawsze. Prawdopodobieństwo to bardziej racjonalny wybór.

Unikaj ciągłego sprawdzania informacji

Lekarze śledzą najnowsze doniesienia o sytuacji epidemicznej. Dyskutują w mediach społecznościowych, przekazują sobie wieści z innych placówek. Bycie non stop pod ostrzałem niepokojących informacji wzmacnia lęk, powoduje problemy ze snem i osłabia odporność psychiczną. Proponuję lekarzom, którym zależy, żeby mieć rękę na pulsie, by odcięli się od informacji chociaż wieczorem. Sprawdzanie sytuacji przed snem sprawia, że jesteśmy wzbudzeni i trudniej nam zasnąć. Jeśli potrzebujemy informacji, szukajmy ich w wiarygodnych źródłach. W Internecie jest wszystko, i prawda, i fake newsy. W mediach i wyszukiwarkach znacznie trudniej znaleźć pozytywne informacje. Pewnie dlatego nie ma newsów z tytułem „Nic się nie stało".

Zaplanuj czas martwienia się

Wyznacz czas i miejsce, w którym będziesz się martwić. Jeśli zaplanujesz czas martwienia się, np. codziennie między 12.00 a 12.30, oszczędzisz 23,5 godziny z doby. Nie martw się w wygodnym fotelu, z ulubioną filiżanką herbaty. Wybierz miejsce, które nie będzie kojarzyło się z relaksem. W końcu martwienie się to ciężka praca. Co da Ci pół godziny zamartwiania się? Odzyskasz czas, który możesz przeznaczyć na coś przyjemnego lub produktywnego. Nauczysz się odraczać zmartwienia i nie dawać im się pochłonąć. Gdy zmartwienia przyjdą o 9.00, musisz poczekać trzy godziny, żeby im się przyjrzeć. Gdy troski pojawią się o 18.00 lub przed snem, odłóż je na kolejny dzień.

> Bycie non stop pod ostrzałem niepokojących informacji wzmacnia lęk, powoduje problemy ze snem i osłabia odporność psychiczną.

Wyznacz dzienne cele

Martwienie się zabiera dużo czasu i energii. Gdy coś robimy, martwimy się mniej. Struktura dnia, w której jest czas na działanie i relaks, uspokaja i przywraca równowagę. Zaplanuj, że wracając z pracy, kupisz sobie kwiaty, a w domu poczytasz książkę, poćwiczysz z dzieckiem lub partnerem, obejrzysz wirtualny koncert albo wystawę.

Utrzymuj kontakty z przyjaciółmi i rodziną

Zrób listę osób, z którymi ostatnio się nie kontaktowałeś. Odnów stare znajomości, wyślij SMS, e-mail, zadzwoń, wypij herbatę, rozmawiając przez Skype'a. Lekarze, z którymi rozmawiam, często nie chcą dzwonić do rodziny w obawie, że rozmowa będzie dotyczyć ich pracy. To normalne, że rodzice lekarza boją się o niego. Zamiast ograniczać kontakt, możemy postawić granice i skupić się na innych wątkach.

Bądź aktywny fizycznie

Może to być trening według instrukcji z YouTube, lekcja zumby, „odrabianie" WF-u z dzieckiem. Każdy ruch jest dobry.

Zrealizuj odkładane plany

Jeśli masz więcej czasu, bo np. Twoja przychodnia nie pracuje, zastanów się, jakie działania do tej pory odwlekałeś. Może chciałeś napisać artykuł naukowy lub poszerzyć wiedzę medyczną. Wypisz, co chciałbyś zrobić, i stopniowo realizuj plan, np. codziennie robiąc jedną rzecz z listy.

Jedz i pij rozważnie

W stresie często sięgamy po śmieciowe jedzenie. Nie podjadaj, gotuj kreatywnie i zdrowo. Możesz odświeżyć stare przepisy rodzinne, wypróbować coś z Internetu lub poeksperymentować.

Uczestnicz w kulturze

Jest wiele miejsc, gdzie możesz obejrzeć filmy, na które kiedyś nie było czasu. Kina zapraszają na wirtualne seanse, artyści na koncerty z domów, teatry pokazują najlepsze spektakle. Możesz sprawdzić też e-booki w bibliotece lub zwiedzić online Muzeum Narodowe, Zachętę, a nawet Luwr.

Nie myśl o przyszłości

Skup się na teraźniejszości i najbliższym weekendzie. Nie wiemy, jaka będzie sytuacja w przyszłości. Nie zużywaj emocji, żeby przewidywać, co będzie w przyszłym miesiącu. W Chinach ogłoszono koniec epidemii. Zwroty sytuacji są nieprzewidywalne. ■

Agata Urbańczyk – psycholog, terapeuta poznawczo-behawioralny (w czasie pandemii pracuje w szpitalu, prowadzi terapię online oraz wspiera lekarzy zrzeszonych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie).

Fot. archiwum

Szczepionka przeciwko koronawirusowi

ŁUKASZ DURAJSKI, przewodniczący Zespołu ds. Szczepień OIL w Warszawie

Fot. licencja Artmedia Partners

Żyjemy w dobie pandemii. Jednym z problemów, przed którymi stoi medycyna, jest brak szczepionki przeciwko wirusowi SARS-CoV-2. Temat niezwykle gorący. Co wiemy do tej pory (stan na 22.04.2020)?

USA

Jako pierwszy kraj na świecie rozpoczęły testy szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 na ludziach. Nowatorskie badania prowadzone są w Instytucie Kaiser Permanente w Seattle, a preparat opracowała amerykańska agencja rządowa National Institutes of Health z pomocą firmy Moderna. Ochotnicy już otrzymali szczepionki (pierwsza pacjentka na świecie została zaszczepiona 16.03.2020 r.). Obserwacja ich stanu zdrowia i efektów szczepienia będzie trwała 14 miesięcy.

Firma Johnson & Johnson rozpoczęła prace nad szczepionką w styczniu 2020 r., gdy tylko wyizolowano sekwencję genetyczną koronawirusa (COVID-19). Prace prowadzone są przez badaczy w Janssen, we współpracy ze szpitalem Beth Israel Deaconess Medical Center (częścią Harvard Medical School). Kierownictwo przedsiębiorstwa poinformowało, że testy szczepionki na ludziach rozpoczną się w lipcu.

Preparat PittCoVacc, czyli Pittsburgh Coronavirus Vaccine, to nowatorski produkt. Szczepionka jest podawana za pomocą plastra o rozmiarach opuszki palca. Na plastrze znajduje się około 400 mikroigiełek, które dostarczają fragmenty białka do skóry, gdzie reakcja immunologiczna jest najsilniejsza. Igiełki są zbudowane z cukru i po wkłuciu w skórę się rozpływają. Informację opublikowano na łamach czasopisma „The Lancet".

Chiny

Drugi kraj po USA, który przeprowadza test szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 na ludziach. Poinformował o tym partyjny dziennik „Renmin Ribao". Za przeprowadzenie badań odpowiada Akademia Wojskowych Nauk Medycznych i firma biotechnologiczna CanSino Biologics.

Wielka Brytania

Zespół Instytutu Jennera w Oksfordzie rozpoczyna kolejną fazę badań klinicznych – 23.04 zaczyna podawać szczepionkę ludziom.

Natomiast zespół z Imperial College London od lutego testuje swoją szczepionkę na zwierzętach, a próby kliniczne na ludziach rozpoczną się w czerwcu.

Wiele krajów prowadzi badania na różnym etapie, m.in. firma Curevac z Niemiec.

WHO podaje, że obecnie (20.04.2020) w fazie klinicznej znajduje się pięć szczepionek, natomiast w fazie przedklinicznej aż 71. ■

Bibliografia:
1. https://www.gov.uk/government/news/government-launches-vaccine-taskforce-to-combat-coronavirus
2. https://www.thelancet.com/pdfs/journals/ebiom/PIIS2352-3964(20)30118-3.pdf
3. https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-china-vaccine/china-gives-go-ahead-for-human-trials-of-potential-covid-19-vaccine-state-media-idU-SKBN2141TI
4. https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/novel-coronavirus-landscape-ncov.pdf

Graf. K. Bryda

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 numer telefonu: 660-672-133 (jeżeli nie będzie mogła odebrać, na pewno oddzwoni). Można również wysłać SMS bądź e-mail: pelnomocnikzdrowia@oilwaw.org.pl.

Od początku marca odbyło się ponad 70 konsultacji z terapeutami.

– 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 – mówi prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski. ■ ***rj***

Graf. K. Bryda

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

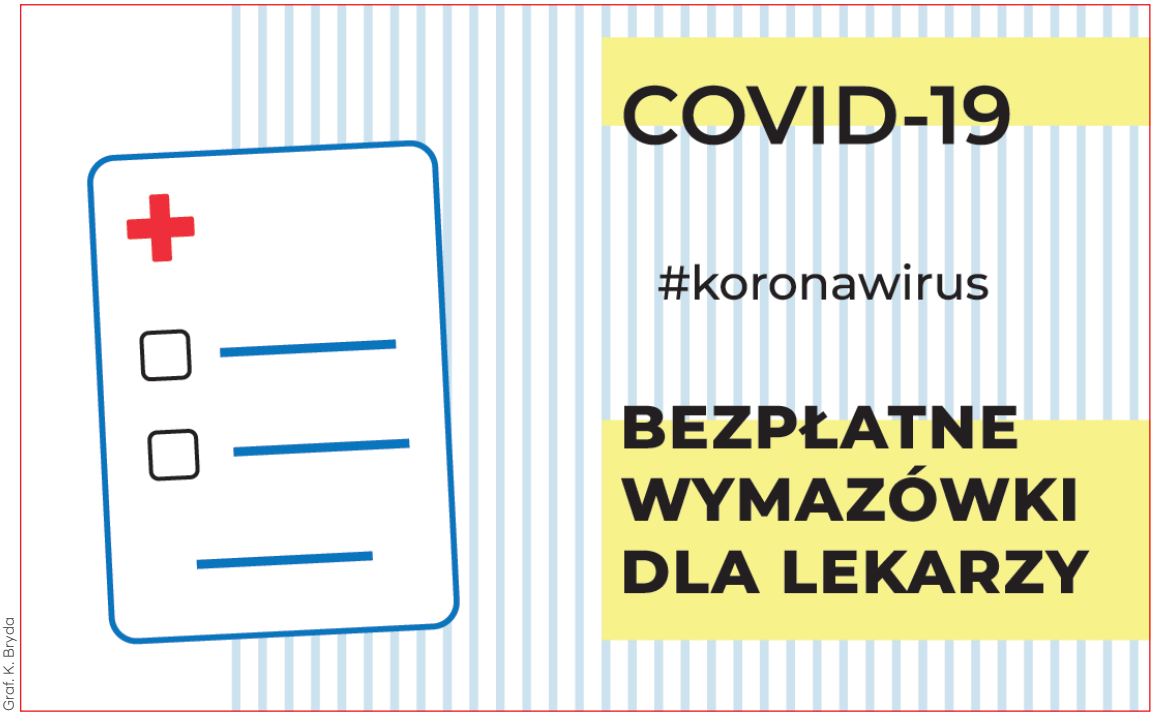
Wyjątkowość sytuacji, w której znajdują się obecnie lekarze, może rodzić szereg pytań prawnych. Do naszej izby zgłaszane są pytania dotyczące m.in. spraw z pogranicza zawodowego i prywatnego. Pomocą służy kancelaria działająca w naszej izbie, w ramach programu „Prawnik dla lekarza". Kancelaria systematycznie przygotowuje odpowiedzi na zadawane pytania. Część wyjaśnień, dotyczących najczęściej poruszanych przez lekarzy spraw, opublikowaliśmy na naszej stronie internetowej. Od początku marca udzielono około 500 porad prawnych.

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***

Odszkodowania dla chorych lekarzy

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie pracuje nad nowym, korzystnym dla lekarzy ubezpieczeniem na wypadek zakażenia koronawirusem. Pod koniec kwietnia wyczerpała się pula 100 osób z potwierdzonym laboratoryjnie zachorowaniem, objętych ubezpieczeniem izby, którym jednorazowo wypłacono po 5 tys. zł odszkodowania. OIL prowadzi negocjacje z ubezpieczycielem w sprawie nowej formy wsparcia. Zachęcamy do śledzenia naszej strony internetowej, gdzie na bieżąco informujemy o zmianach i nowościach. ■ ***mn***

Lekarze mogą zgłaszać się po wymazówki do siedziby naszej izby



Graf. K. Bryda

OIL w Warszawie kupiła wymazówki dla lekarzy (członków naszej izby), by przyspieszyć wykonywanie testów na SARS-CoV-2. Taka priorytetyzacja ma na celu ograniczanie ryzyka zakażeń personelu medycznego oraz przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa. Wymazówkę, po zarejestrowaniu się na stronie laboratorium Warsaw Genomics, można odebrać w siedzibie izby przy ul. Puławskiej 18 lub w Delegaturze Radomskiej przy ul. Rwańskiej 16.

Testy to podstawa w walce z wirusem, dlatego nasza izba postanowiła skupić się na zorganizowaniu kolejnej formy pomocy dla lekarzy, polegającej właśnie na usprawnieniu wykonywania testów. Wymazówki docierają do nas partiami, systematycznie, dlatego prosimy o odpowiedzialne korzystanie ze wsparcia, by starczyło dla lekarzy, którzy muszą szybko rozwiać swoje wątpliwości dotyczące zakażenia, i niepobieranie wymazówek na zapas. Epidemia jest trudnym czasem, co lekarze odczuwają szczególnie dotkliwie, dlatego liczymy na Państwa odpowiedzialną postawę i wzajemne zrozumienie.

Zanim zgłoszą się Państwo do izby po wymazówkę, prosimy o wypełnienie zlecenia na stronie Warsaw Genomics oraz postępowanie zgodnie z wytycznymi. W izbie otrzymają Państwo zestaw składający się z wymazówki, pakietu niezbędnych kopert oraz szczegółowej instrukcji dalszego postępowania. Po wykonaniu wymazu należy przekazać probówkę do laboratorium Warsaw Genomics, które z nami współpracuje w kwestii priorytetyzacji testów dla medyków.

Uwaga! Ze względu na konieczność zachowania najwyższych środków ostrożności prosimy o wyznaczenie osoby zdrowej (bez podejrzenia COVID-19) do odbioru od nas numerowanej probówki i przekazania jej do laboratorium. Dla maksymalnego uproszczenia formalności w OIL przy odbiorze probówki należy podać imię i nazwisko lekarza, numer jego PWZ (zostaną wpisane na specjalnie zabezpieczoną listę). Wydawanie probówek zorganizowaliśmy tak, by odbiór był możliwy w izbie codziennie, całodobowo (wejście od ul. Rejtana, proszę dzwonić domofonem). W Delegaturze Radomskiej wymazówki można odbierać od poniedziałku do piątku w godz. 10.00–15.00.

Wynik powinien być gotowy w ciągu 24 godzin od momentu dostarczenia próbki do laboratorium. Otrzymają go Państwo drogą elektroniczną pod adresem e-mailowym podanym w formularzu zlecenia testu. Do tej pory w Warszawie i Radomiu z siedzib OIL pobrano około 160 wymazówek. ■ *rj*

Formularz zlecenia testu:

Nieprawidłowości w procedurach dotyczących epidemii można zgłaszać przez infolinię NFZ

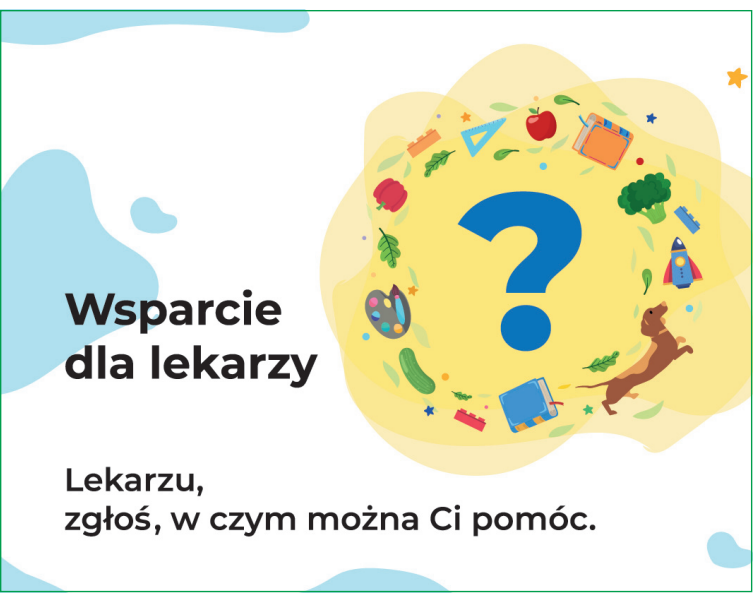
Graf. K. Bryda

Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił specjalną infolinię służącą do bezpośredniego zgłaszania przypadków naruszeń procedur związanych z zagrożeniem koronawirusem. Numer telefonu 22-574-99-03 jest czynny od poniedziałku do piątku w godz. 8.00–16.00. OIL w Warszawie zwracała się do NFZ w sprawie uruchomienia infolinii z uwagi na ogrom zgłoszeń różnego rodzaju nieprawidłowości napływających do pracującego w izbie rzecznika praw lekarza.

Czynny od 2 kwietnia numer przeznaczony jest m.in. dla lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych z całego kraju. NFZ podkreśla, że infolinia służy do zgłaszania nieprawidłowości związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentom z podejrzeniem lub zakażeniem koronawirusem, a wszystkie zgłoszenia będą analizowane i wyjaśniane w ścisłej współpracy z głównym inspektorem sanitarnym oraz z Ministerstwem Zdrowia.

– Nieprzestrzeganie procedur przez podmioty lecznicze szczególnie podczas epidemii jest ogromnym problemem i stwarza zagrożenie dla personelu medycznego, a tym samym dla pacjentów. Problem ten, tak bardzo widoczny m.in. w szpitalach, wynika z wad systemowych, chaosu w odgórnych wytycznych i przepisach prawa. Należy głośno o tym mówić i zgłaszać każdy przypadek nieprawidłowości. Im więcej narzędzi, tym te zgłoszenia będą skuteczniejsze. Dlatego, dla dobra leczących i leczonych, zachęcam do korzystania z nowej infolinii i uświadamiania w ten sposób NFZ skali naruszeń. Oczywiście, niezmiennie można kontaktować się z rzecznikiem praw lekarza, zwłaszcza gdy lekarz woli zachować całkowitą anonimowość – mówi prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski.

Członkowie naszej izby nieprawidłowości mogą zgłaszać rzecznikowi praw lekarza pod adresem e-mailowym: rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl, lub telefonicznie. ■ ***rj***



Graf. K. Bryda

Pomoc harcerzy dla lekarzy

Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej deklaruje gotowość wsparcia lekarzy w opiece nad dziećmi oraz nad zwierzętami domowymi, w zakupach, w obowiązkach domowych, a także w opiece nad lekarzami seniorami i seniorami z rodzin lekarzy.

Za pośrednictwem formularza internetowego lekarze z całej Polski mogą zgłosić swoje potrzeby. Do tych potrzeb dostosowana będzie pomoc, a gdy przekroczą możliwości harcerzy, OIL w Warszawie będzie szukała innych rozwiązań. ■ ***rj***

Formularz:

Okręgowa Rada Adwokacka z poradami dla pracowników medycznych

Samorządy zawodów zaufania publicznego wspierają medyków. Dzięki współpracy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie została uruchomiona infolinia prawna dla przedstawicieli zawodów medycznych.

Codziennej walce pracowników ochrony zdrowia z epidemią koronawirusa towarzyszą liczne wątpliwości natury prawnej. Lekarze, a także przedstawiciele innych zawodów medycznych, szukają odpowiedzi na pytania związane z odpowiedzialnością zawodową i przysługującymi im uprawnieniami.

Pod numerem telefonu 22-290-20-50 adwokaci i aplikanci adwokaccy z ORA w Warszawie udzielają przedstawicielom zawodów medycznych (lekarzom, pielęgniarkom, ratownikom medycznym, diagnostom laboratoryjnym i innym) bezpłatnych porad w zakresie problemów prawnych związanych z epidemią COVID-19. Porady udzielane są od poniedziałku do piątku, w godz. 9.00–18.00. W program zaangażowanych jest 70 prawników. W kwietniu skorzystało z niego około 300 osób.

ORA zastrzega, że udzielona porada nie jest równoznaczna z dalszą reprezentacją osoby, która tę poradę otrzymała. Zasady ewentualnej dalszej reprezentacji należy ustalać indywidualnie z osobą udzielającą porady. ■ ***rj***

Graf. K. Bryda

Graf. K. Bryda

Pomagamy lekarzom szukać mieszkań na czas epidemii

OIL w Warszawie przyjmuje zgłoszenia od lekarzy (członków naszej izby), którzy – by nie ryzykować zakażenia bliskich – zamierzają na czas epidemii odizolować się od nich.

Do naszej izby docierają sygnały o zapotrzebowaniu na mieszkania ze strony lekarzy, którzy po dyżurze w szpitalu nie chcą wracać do domu, by zachować najwyższe środki ostrożności. Zapotrzebowanie dotyczy także miejsc odbywania kwarantanny.

Prośbę o udostępnienie lokali lekarzom skierowaliśmy do osób dysponujących wolnymi mieszkaniami na terenie Mazowsza. Ponadto w sprawie stworzenia miejsc tymczasowego odpoczynku zwróciliśmy się do Urzędu m.st. Warszawy. W wyniku apeli naszej izby w puli znalazło się 75 lokali. Izba koordynuje kontakty między lekarzami a udostępniającymi mieszkania. Zgłaszać mogą się do nas lekarze oraz osoby prywatne i deweloperzy oferujący lokale. Za warunki lokalowe nie odpowiadamy, pomagamy zsynchronizować potrzeby z możliwościami.

Zachęcamy do kontaktu telefonicznego: 22-542-83-48. Pod tym numerem przyjmujemy zgłoszenia poszukujących mieszkań lekarzy i oferujących je osób. ■ ***rj***

#BOHATERWMASCE

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 zorganizować zbiórkę.

Zwróciliśmy się w tej sprawie do darczyńców, by przekazywali pod adresem izby: maski pełnotwarzowe, kombinezony ochronne, maski jednorazowe lub inny sprzęt potrzebny do zwalczania epidemii. Lekarze natomiast zapotrzebowanie na sprzęt ze zbiórki zgłaszać mogą za pośrednictwem formularza na naszej stronie internetowej. ■ ***rj***

Formularz zgłoszeniowy:

Graf. K. Bryda

Korona Alarm – aplikacja informacyjna o epidemii

Kompendium wiedzy o wirusie SARS-CoV-2 i chorobie COVID-19, zasady zachowania podczas epidemii, porady, a także odnośniki do konkretnych stron rządowych zawiera przeznaczona przede wszystkim dla pacjentów aplikacja internetowa Korona Alarm Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Narzędzie dostępne jest przez przeglądarki internetowe pod adresami koronaalarm.pl i coronaalarm.pl. Przejrzysty interfejs przypomina metodą nawigacji aplikacje na smartfony.

– *Korona Alarm to narzędzie proste i przyjazne dla użytkownika. Jego głównym zadaniem jest ułatwienie zdobywania rzetelnych informacji związanych z koronawirusem. Portal ułatwia również pracę lekarzom, ponieważ zawiera zalecenia i wszelkie procedury związane z uzyskaniem pomocy* – mówi dr n. med. Jarosław Biliński, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

Korona Alarm zawiera zarówno wiadomości dotyczące reguł bezpieczeństwa, np. zalecenia stosowania środków ochrony osobistej czy zachowania odpowiedniej odległości od innych ludzi, jak i skrótowe wyjaśnienie, czym są koronawirusy i choroby przez nie wywoływane.

Ważnym elementem Korona Alarmu jest interaktywna ankieta, opracowana przez firmę medyczno-technologiczną Infermedica, pomagająca w rozpoznaniu obecności koronawirusa SARS-CoV-2 w organizmie. Użytkownik odpowiada na pytania i uzyskuje wskazówki, czy i jakie kroki powinien podjąć. Ankieta to forma pretestu, z zastrzeżeniem, że nie jest on równoważny z diagnozą lekarską, ale ma charakter informacyjny.

Oprócz informacji stricte medycznych Korona Alarm zawiera także porady z zakresu organizacji życia podczas epidemii. Został opracowany we współpracy z agencją Today, z której pomocy OIL w Warszawie korzystała wcześniej, podczas przygotowywania kampanii społecznej „Polska to chory kraj". Akcja miała na celu zwrócenie uwagi na problemy i kryzys ochrony zdrowia w Polsce oraz zachęcenie polityków do ponadpartyjnej pracy nad reformą opieki zdrowotnej. ■ ***mn***

Graf. K. Bryda

Strona internetowa aplikacji:

Mazowsze: Mapa braków w środkach ochronnych

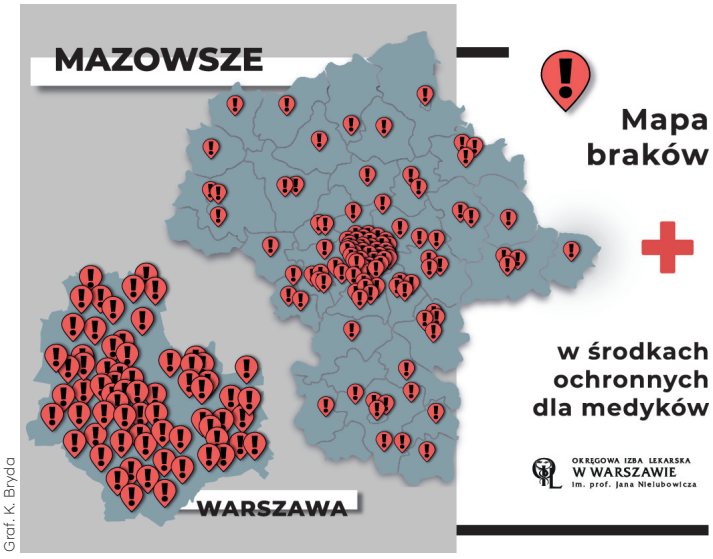
Do naszej izby wciąż płyną zgłoszenia zapotrzebowania na niezbędne środki ochrony osobistej dla medyków. Pod koniec marca rozpoczęła się współorganizowana przez nas zbiórka. Zgłaszają się darczyńcy – m.in. osoby szyjące maseczki czy drukujące przyłbice. Na podstawie sygnałów do OIL w Warszawie, napływających ze szpitali, oddziałów szpitalnych i od lekarzy, stworzyliśmy aktualną mapę obrazującą braki.

Przekazujemy medykom m.in. sprzęt, który dostarczają nam darczyńcy. Staramy się uzupełniać nim zgłaszane braki. Większość placówek medyczych pozyskuje także środki bezpośrednio od darczyńców. W drugiej połowie kwietnia skontaktowaliśmy się ze wszystkimi zgłaszającymi braki, którzy wypełniali formularze na stronie izby od początku trwania akcji, i okazało się, że tylko trzy zgłoszenia są nieaktualne. W sumie na mapie znajduje się 147 punktów.

– Zgłoszenia dotyczą najczęściej maseczek i przyłbic w każdych ilościach. Często zgłoszeń zawierających konkretne liczby nie bylibyśmy w stanie zrealizować, nawet przekazując wszystko, co dotychczas do nas trafiało. (...) Pomoc darczyńców jest ogromna i cenna, ale bardzo trudne jest dla nas to, że nie możemy spełnić wszystkich pilnych próśb. Jako lekarze wiemy, jak wielkie są potrzeby, a także, że w walce z koronawirusem niezbędny jest sprzęt. Teraz szczególnie potrzebny jest w ogniskach, które są poza szpitalami jednoimiennymi i oddziałami zakaźnymi. Potrzebują go oddziały niezakaźne, poradnie, przychodnie, gabinety dentystyczne – mówi prezes ORL Łukasz Jankowski.

Pod koniec kwietnia rozpoczęliśmy wydawanie lekarzom środków dostarczonych z Chin, kupionych przez Fundację Lekarze Lekarzom dzięki darczyńcom (szczegóły na str. 1 i 3 „Pulsu"). ■

Renata Jeziółkowska



Graf. K. Bryda

Apel wojewody o zgłaszanie się do walki z epidemią

Nasza izba od dawna zwraca uwagę na chaos w kierowaniu lekarzy do walki z epidemią. Problemy zgłaszaliśmy wojewodzie mazowieckiemu i NFZ. Przedstawiciele OIL w Warszawie brali udział w spotkaniach mających na celu wypracowanie racjonalnych rozwiązań. Podkreślaliśmy, że praca przy zwalczaniu epidemii jest możliwa wtedy, kiedy zapewni się bezpieczeństwo lekarzowi – dostarczy mu środki ochrony indywidualnej, ubezpieczy go, a skierowanie do pracy będzie każdorazowo z nim uzgadniane, z uwzględnieniem konkretnej sytuacji.

W przesłanym do izby apelu, który przekazujemy do Państwa wiadomości, wojewoda deklaruje, że w pierwszej kolejności do walki z epidemią mają być kierowani lekarze ochotnicy. Jednocześnie Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ, w porozumieniu z Wydziałem Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, gwarantuje, że osobom, które się zgłoszą do pracy w szpitalach, zostaną zapewnione środki ochronne oraz ubezpieczenie, co stanowi potwierdzenie ustaleń między przedstawicielami OIL w Warszawie a Wydziałem Zdrowia i NFZ.

Zgłoszeń do pracy przy zwalczaniu epidemii należy dokonywać e-mailowo, pod adresem: wczk@mazowieckie.pl. Jednocześnie prosimy, by o takiej decyzji informować naszą izbę, byśmy mieli wiedzę o Państwa

sytuacji i w razie potrzeby mogli reagować i pomagać. Tak jak dotychczas, staramy się udzielać realnego wsparcia. Prosimy o informowanie nas o zgłoszeniach e-mailem pod specjalnym adresem: ochotnicy@oilwaw.org.pl.

Prośby wojewody o dobrowolne zgłaszanie się do pracy w szpitalach poza miejscem dotychczasowego zatrudnienia, w których są drastyczne braki kadrowe, dotyczą lekarzy różnych specjalizacji, z pominięciem lekarzy po 60. roku życia oraz lekarek w ciąży i lekarzy wychowujących dzieci poniżej 18. roku życia.

– *Mieliśmy wiele sygnałów od lekarzy, którzy informowali nas o nagłym lub bezzasadnym trybie skierowań, gdy np. skierowania otrzymywały kobiety w ciąży, lekarze seniorzy, gdy policja przychodziła do domu lekarza wieczorem lub nawet nocą, by wręczyć skierowanie obowiązujące od następnego dnia. Bywało też, że lekarze nie mogli liczyć na odpowiednie środki ochronne. To sytuacje niedopuszczalne. Na niepokojące sygnały na bieżąco reagował działający w naszej izbie rzecznik praw lekarza, wsparcia udzielało także nasze biuro prawne. Zabiegaliśmy i wciąż zabiegamy o środki ochronne dla medyków. Lekarze zdają sobie sprawę ze swojej kluczowej roli w czasie epidemii, jednak byśmy mogli skutecznie walczyć, potrzebujemy rozsądnych decyzji i działań ze strony osób, które naszą pracę organizują. W sytuacji kryzysowej nie ma miejsca na pochopne, chaotyczne lub narażające zdrowie i życie decyzje. Mamy świadomość, że na nas, lekarzy, liczą pacjenci, ale też inni lekarze, których powinniśmy odciążyć, zastąpić, którzy są np. w kwarantannie. Jako izba pomagamy lekarzom w trudnych sytuacjach i niezmiennie pomagać będziemy, tym bardziej ochotnikom decydującym się na walkę na pierwszej linii frontu* – zapewnia prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski.

Na podstawie zgłoszeń utworzona zostanie lista lekarzy, którzy w pierwszej kolejności będą kierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii. Zasady dotyczące m.in. wynagrodzenia, kwestii zakwaterowania, wyżywienia reguluje ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Delegowanie – zgodnie z deklaracją Wydziału Zdrowia oraz NFZ – odbywać się ma po wcześniejszym ustaleniu szczegółów, z uwzględnieniem konkretnej sytuacji.

W piśmie, które trafiło do naszej izby, wojewoda mazowiecki Konstanty Radziwiłł apeluje do lekarzy:

Szanowni Państwo Lekarze i Lekarze Dentyści,
Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,
epidemia choroby wywołanej wirusem SARS-CoV-2 stawia przed nami niespotykane dotąd wyzwania. Zarówno osoby odpowiedzialne za państwo i jego struktury, pełniące służbę w różnych formacjach antykryzysowych, jak i pracownicy służby zdrowia, a wśród nich przede wszystkim lekarze i lekarze dentyści, stoją wobec ogromnych potrzeb i oczekiwań społeczeństwa. Wiele z tych osób staje wobec realnego zagrożenia własnego zdrowia i życia, a w konsekwencji także bezpieczeństwa swoich bliskich. Mimo często bardzo trudnych warunków pracy daje się zauważyć bezprzykładne zaangażowanie większości tych osób w profesjonalne i zdyscyplinowane działania na rzecz ograniczenia epidemii oraz opiekę nad chorymi i będącymi w potrzebie. Wszystkim lekarzom i lekarzom dentystom za to bardzo dziękuję.

Znaleźliśmy się wszyscy w sytuacji, której nie sposób było przewidzieć. Dlatego tak ważna jest gotowość do podejmowania niezbędnych, a niestandardowych działań. W związku z epidemią w wielu placówkach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej występują nagłe niedobory kadry lekarskiej. Niejednokrotnie, ze względu na czasową niezdolność do pracy spowodowaną chorobami, izolacją lub kwarantanną lekarzy, dochodzi do krytycznych sytuacji w zakresie opieki nad pacjentami. Dlatego proszę Państwa o zgłaszanie swojej gotowości do podjęcia pracy w takich jednostkach do Wojewódzkiego Centrum Zarządzania Kryzysowego (wczk@mazowieckie.pl). Z grupy lekarzy i lekarzy dentystów chętnych do podjęcia się pomocy w miejscach szczególnie zagrożonych brakiem personelu pozwolę sobie korzystać w pierwszej kolejności. Z góry dziękuję!

O pomoc prosi również NFZ. W piśmie do naszej izby p.o. dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia Michał Dzięgielewski pisze:

Szanowny Panie Prezesie,
Mazowiecki Oddział Wojewódzki, działając w porozumieniu z Wydziałem Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, uprzejmie prosi o pomoc w organizacji doraźnego zabezpieczenia ciągłości pracy oddziałów szpitalnych w szpitalach na terenie Mazowsza, w których decyzją sanepidu personel medyczny został skierowany na kwarantannę.

Dotychczasowa praktyka pokazuje, że zalecenia sanepidu dotyczą całych zespołów medycznych, pracujących na oddziałach, na których stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, a decyzje często zapadają poza godzinami pracy lub w dni wolne, co w praktyce uniemożliwia zorganizowanie opieki nad pozostającymi na oddziale pacjentami. Ewakuacja, ze względu na ograniczone możliwości w zakresie transportu i konieczność organizacji łóżek szpitalnych, zazwyczaj nie jest możliwa w ciągu kilku godzin.

Delegowanie lekarzy na podstawie dostępnych i siłą rzeczy pozbawionych zasadniczych informacji wykazów nie jest w tej sytuacji skuteczne. W związku z tym zwracam się z prośbą do Pana Prezesa o pomoc w sytuacji nadzwyczajnej, stanowiącej realne zagrożenie przerwaniem ciągłości działania placówek szpitalnych w naszym województwie.

Jednocześnie informuję w imieniu Wydziału Zdrowia, że lekarze, deklarujący chęć pomocy, zostaną zaopatrzeni w stosowne środki ochrony, a ich delegowanie odbędzie się po uprzednim ustaleniu szczegółów i możliwości działania w konkretnej sytuacji. ■

Oprac. **Renata Jeziółkowska**

Wolontariat studentów WUM

„Akcja – detronizacja. Zdejmujemy koronę wirusowi" jest inicjatywą koordynowaną przez Zarząd Samorządu Studentów, przez pierwszy miesiąc zgromadziła ponad 400 wolontariuszy. Celem akcji, wspieranej przez rektora prof. Mirosława Wielgosia, jest wyszukanie chętnych do pomocy pracownikom stołecznych placówek ochrony zdrowia i służb sanitarno-epidemiologicznych z Warszawy i okolic.

– *Chcemy wspierać wszystkich tych, którzy walczą ze skutkami koronawirusa* – mówi Natalia Bierezowicz, przewodnicząca samorządu i koordynatorka ds. informacyjnych kampanii.

Trwa zbiórka środków ochrony indywidualnej. Od 17 marca do 16 kwietnia do 17 placówek na Mazowszu przekazano: 17 450 jednorazowych masek chirurgicznych (oraz ponad 2 tys. uszytych przez studentów), 480 przyłbic, 140 fartuchów ochronnych, 5600 par rękawiczek, 21 kombinezonów oraz 500 czepków chirurgicznych.

Wolontariusze pomagają w Szpitalu Wolskim, CSK UCK WUM, Szpitalu Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie, Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim, CSK MSWiA, Klinice Neonatologii w DSK UCK WUM, Szpitalu św. Anny w Piasecznie, Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM sp. z o.o., Hospicjum Caritasu, Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej m.st. Warszawy oraz OIL w Warszawie. Studenci mierzą temperaturę osobom wchodzącym do szpitali, wspomagają pracę w namiocie *triage* i na SOR, prowadzą bazę pacjentów zarażonych COVID-19, pomagają w pielęgnacji pacjentów, wydają posiłki pracownikom szpitala, wykonują prace administracyjno-techniczne w szpitalu. Organizują pracę uczelnianego magazynu środków ochrony indywidualnej oraz transport darów do szpitali, zaangażowani są również w działalność magazynu przy OIL w Warszawie – rozpakowują i segregują sprzęt medyczny. Przeszkoleni wolontariusze przekazują wiedzę dotyczącą bezpiecznych zachowań podczas epidemii COVID-19, działają w infolinii, prowadząc wywiady epidemiologiczne.

Do Poradni Chorób Zakaźnych przy ul. Wolskiej, SOR WIM przy ul. Szaserów, CSK MSWiA, Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie oraz Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego dzięki sponsorom trafiły i przez najbliższe tygodnie będą codziennie dostarczane posiłki i napoje.

Za pośrednictwem strony **www.wolontariat.wum.edu.pl** wciąż mogą zgłaszać się zarówno placówki potrzebujące wsparcia, jak i osoby chcące włączyć się w akcję niesienia pomocy. ■

Marta Wojtach, rzecznik prasowy WUM

REKLAMA

* LITERATURA: Pidutti P et al. Journal of Applied Microbiology 2017; 124: 398-407; Raport z badania w warunkach in vitro: „Przeciwbakteryjne działanie suplementu diety Salistat zawierającego w składzie *Lactobacillus salivarius* SGL 03, laktoferynę, GOS oraz olejki cytrynowy i rozmarynowy na Streptococcus pyogenes, *Streptococcus sanguinis* i *Streptococcus mutans*" wykonawca Jagiellońskie Centrum Innowacji. Berlutti F et al. Annali di Stomatologia 2011; II (3-4):10-18; Kędzia A. et al. Postępy Fitoterapii 2/2013, 71-75; Nowak K. et al. Chemik 2013; 67(2): 11-3; Maathuis AJ et al. J Nutr. 2012;142(7):1205-12; Kühnisch J. et al. Journal of Dental Research. 2015;94(2):381-387. Górska R. Wielgoś M. Zdrowie jamy ustnej a ciąża. 2018; Raport z badania w warunkach in vitro: „Przeciwbakteryjne działanie suplementu diety Salistat zawierającego w składzie Lactobacillus salivarius SGL 03, laktoferynę, GOS oraz olejki cytrynowy i rozmarynowy na *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus sanguinis* i *Streptococcus mutans*" wykonawca Jagiellońskie Centrum Innowacji.

NQS NutroPharma QUALITY SYSTEM

NQS czyli NutroPharma® Quality System to program gwarantujący NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ produktów marki NutroPharma® poprzez wdrożenie NAUKOWEGO podejścia do tworzenia produktów, zapewnienie wysokich STANDARDÓW PRODUKCJI oraz nadobowiązkową certyfikację.

JCI ZNAK JAKOŚCI
JAKOŚĆ POTWIERDZONA BADANIAMI INSTYTUTU JAKOŚCI JCI

SUPLEMENT DIETY

Fot. P. Bieżański

Trwa stan epidemii

DARIUSZ PALUSZEK
wiceprezes ORL w Warszawie ds. lekarzy dentystów

Kilka tygodni epidemii za nami. Na początku było wiele pytań, obaw i niewiadomych w kwestii, jak przygotować się do pracy w zmienionych przez koronawirus okolicznościach. Czekaliśmy na wytyczne Ministerstwa Zdrowia dotyczące sposobów zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom i personelowi medycznemu. Sytuacja wciąż jest trudna, ale musimy pracować i leczyć. Nasze gabinety muszą być otwarte dla osób potrzebujących pilnej pomocy stomatologów. Zabiegi planowe można odłożyć, ale nie z każdą dolegliwością pacjent poczeka, aż epidemia minie. Oczywiście, nie wszyscy lekarze dentyści już pracują. Otwarcie gabinetu jest decyzją indywidualną, na którą składa się wiele czynników. Większość z nas pacjentów przyjmuje. Obowiązują nas w codziennej praktyce zalecenia Ministerstwa Zdrowia dla stomatologii przygotowane na czas epidemii COVID-19. Przybyło nam w związku z tym obowiązków... i kosztów.

Sytuacja epidemiczna nie jest najwłaściwszym momentem, aby mówić o pieniądzach, bo to trudny czas dla całej gospodarki, ale dobrze wiemy, że stomatolodzy będą musieli poradzić sobie sami. Jak zawsze.

Środków ochrony indywidualnej początkowo brakowało, a gdy pojawiły się na rynku, ich ceny okazały się znacząco wyższe niż do tej pory. Dla małych prywatnych gabinetów to poważne obciążenie. Problemy mają również gabinety działające w ramach kontraktu z NFZ, które są zobligowane przez fundusz do pomocy chorym w stanach nagłych. NFZ powinien zapewnić im zaopatrzenie w środki ochrony indywidualnej, ale docierają do nas informacje, że tak nie jest. Wspominałem wielokrotnie, że środki przeznaczone z budżetu NFZ na stomatologię są zbyt małe, nieadekwatne do potrzeb, a gabinety mają problem z utrzymaniem standardu świadczeń na oczekiwanym przez pacjentów i adekwatnym do współczesnych standardów poziomie. Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej nieraz apelowała do funduszu o wprowadzenie współczynników korygujących wycenę świadczeń, a także opłaty ryczałtowej za gotowość. Nasze głosy przechodzą jednak bez echa.

Tymczasem musimy organizować pracę własnymi siłami. Liczymy, że w najbliższej przyszłości wrócimy jeżeli nie do stanu normy, to przynajmniej do stanu zagrożenia epidemicznego. W nowej rzeczywistości będziemy potrzebowali nowych wytycznych od MZ – na czas „po epidemii". Przepisy dotyczące pracy gabinetów stomatologicznych, które obowiązywały wcześniej, rok, dwa lata temu, zostały opracowane przez świetnych fachowców, konsultantów krajowych, epidemiologów, inspektorat sanitarny. Wydaje się, że są wciąż aktualne i po epidemii powinny sprawdzić się w niewiele zmienionej formie. Oczywiście, nikt nie zabroni lekarzowi pracy w masce, ale nie będzie takich obostrzeń sanitarnych jak teraz.

Patrząc w przyszłość, zwracam uwagę, abyśmy nie ulegali niesprawdzonym opiniom, nie starali się sprostać zaleceniom, które nie pochodzą z wiarygodnego źródła. Nie wyposażajmy gabinetów w urządzenia, które nie przydadzą się, gdy skończy się epidemia. Nie róbmy zakupów na zapas, nie ulegajmy zachętom do wprowadzania „niezbędnych w naszej praktyce nowinek", a unikniemy niepotrzebnych kosztów. Poczekajmy na nowe wytyczne z MZ.

Z doniesień, które docierają do nas z europejskich towarzystw naukowych, wynika, że w wielu krajach gabinety stomatologiczne wracają powoli do działalności w pełnym wymiarze i w reżimie sanitarnym, który w porównaniu z obowiązującym u nas jest lżejszy. Z końcem kwietnia do pracy wracają dentyści w Danii, Norwegii, Szwajcarii. Gabinety te z pewnością zmieniły model przyjmowania pacjentów zgodnie z przepisami własnych ministerstw zdrowia.

O POMOC DLA STOMATOLOGII!

Pacjent cierpiący z powodu bólu zęba nie będzie czekał aż epidemia ustanie. Nie każdy pilny problem stomatologiczny uda się rozwiązać, udzielając teleporady. Powtarzamy, że zdrowie jamy ustnej ma wpływ na cały organizm, tym bardziej obecnie nie powinniśmy o tym zapominać. Być może nie jesteśmy na pierwszej linii frontu walki z koronawirusem, ale na pewno jesteśmy na pierwszej linii kontaktu lekarz – pacjent i nie możemy z niej zejść. Jeszcze raz podkreślam, że robimy wszystko, aby nasze gabinety nawet w czasie epidemii były miejscem bezpiecznym dla personelu i pacjenta. Ale oczekujemy rozwiązań systemowych. O to zabiegamy jako samorząd lekarski.

W związku z trudną sytuacją gabinetów stomatologicznych podczas epidemii Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelowało do ministra zdrowia o niezwłoczne przedstawienie środowisku lekarzy dentystów zasad udzielania świadczeń, przynajmniej na okres do końca 2020 r. (Apel nr 21/20/P-VIII). Powodem wystąpienia był brak odpowiedzi na wcześniejsze pisma kierowane do MZ i NFZ, dotyczące gwarantowanych świadczeń stomatologicznych, a także niepodpisanie przez prezesa NFZ zarządzenia nowelizującego zasady udzielania świadczeń. NRL otrzymała projekt zarządzenia do konsultacji 7 kwietnia i przekazała uwagi następnego dnia.

Z prośbą o wsparcie zwrócił się do posłów wiceprezes NRL Andrzej Cisło. W piśmie z 21 kwietnia 2020 r. zaapelował o pomoc parlamentarzystów i interwencję poselską w MZ i NFZ dotyczącą podjęcia dialogu w sprawie stworzenia warunków do pracy gabinetów stomatologicznych. Wiceprezes Cisło napisał m.in.: *„lekarze dentyści nie są w stanie zrealizować umowy z NFZ za rok 2020 bez wprowadzenia przeliczników uwzględniających zwiększony koszt wizyt przy znacznie wydłużonym czasie każdej z nich, potrzebnym na przeprowadzenie dezynfekcji”*.

TREŚĆ APELU I PISMA DO PARLAMENTARZYSTÓW:

https://nil.org.pl/aktualnosci/4719-apele-i-stanowiska-podjete-przez-pnrl-w-dniu-17-kwietnia-2020-r

https://stom.hipokrates.org/pisma/200421_Poslowie-dialog.pdf

dp

Mimo iż w Polsce personel medyczny stanowi znaczny odsetek zakażonych koronawirusem, nie ma oficjalnej statystki dotyczącej lekarzy. Z informacji okręgowych izb lekarskich wiemy, że do tej pory wśród lekarzy dentystów odnotowano dwa przypadki zakażenia SARS-CoV-2. To dane z drugiej połowy kwietnia i w każdej chwili mogą się zmienić.

Z pewnością robimy wszystko, aby nasze gabinety były bezpieczne zarówno dla pacjentów, jak i dla personelu. Informujmy pacjentów, że są obostrzenia, ale zdecydowana większość gabinetów prywatnych spełnia wszystkie wymogi sanitarne. Tymczasem wciąż wiele osób nie wie, czy może chodzić do lekarza, czy nie, obawia się kontaktu w placówce leczniczej. Na pewno w najbliższym czasie będziemy mieli zmniejszoną liczbę pacjentów, dlatego musimy pokazać im, że dbamy o nich, jesteśmy gotowi do pracy, a nasze gabinety są bezpieczne. Dlatego trzymajmy się zaleceń.

Wszyscy odczuwamy niedobór środków ochrony indywidualnej, ale w pierwszym rzędzie muszą one trafić do szpitali jednoimiennych, gdzie kontakt z pacjentem zakażonym jest najczęstszy. W ramach akcji Naczelnej Izby Lekarskiej, Fundacji Lekarze Lekarzom i okręgowych izb lekarskich będziemy przekazywali środki ochronne naszym koleżankom i kolegom. Zważywszy że tylko na Mazowszu jest około 30 tys. lekarzy, wyposażenie wszystkich na dłuższy okres w niezbędne materiały jest jednak niemożliwe.

W razie pytań związanych z prowadzeniem praktyki stomatologicznej zapraszam do kontaktowania się z Komisją ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie, a także do śledzenia informacji na stronach internetowych NIL i ORL w Warszawie oraz MZ. ■

PRZYDATNE ADRESY:

https://nil.org.pl/dla-lekarzy/dla-stomatologow

https://izba-lekarska.pl/komisje/komisje-stale/lekarzy-dentystow/

https://izba-lekarska.pl/komisje/komisje-stale/lekarzy-dentystow/moja-praktyka/

https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen

Paszport genetyczny dla każdego

Z dr hab. n. med. **Anną Wójcicką**, lekarzem i genetykiem, współzałożycielką Warsaw Genomics, pracownikiem WUM oraz Kliniki Onkologii WIM, rozmawia Anetta Chęcińska.

Fot. archiwum

Czy Polacy znają swoje geny? Czy je badają?

Polacy znają swoje geny stosunkowo słabo. Nie ma jeszcze ani wyraźnej woli ze strony władz, ani społecznego zainteresowania, aby je poznawać. A są kraje, np. Wielka Brytania czy Estonia, które przeznaczają duże środki na badania genów społeczeństwa, dzięki czemu zyskują wiedzę choćby o częstości chorób genetycznych w populacji. U nas genetyka nadal raczkuje. Są bardzo ścisłe wskazania, kiedy można badanie genetyczne wykonać za publiczne środki, ale również w wielu przypadkach, w których należałoby z diagnostyki genetycznej skorzystać, badania za środki publiczne zrobić się nie da. W Polsce pracuje około 100 genetyków klinicznych, czas oczekiwania na wizytę, a potem na wynik badania, liczymy w miesiącach.

Jakie znaczenie ma wiedza o genach i kto powinien poddać się badaniu?

Przede wszystkim badanie należy przeprowadzić u osób, u których poszukujemy przyczyny toczącej się już choroby. Przykładowo u dziecka niedługo po urodzeniu, u którego podejrzewamy wadę genetyczną. W tym przypadku rozpoznanie jest ważne zarówno dla pacjenta, bo będziemy go leczyć i rehabilitować, jak i dla jego rodziców, by wiedzieli, z jakim ryzykiem będą mieli do czynienia, np. planując następną ciążę. Powinny przejść badanie genów osoby zdrowe, mające w rodzinie liczne przypadki zachorowania na nowotwory albo choroby serca. Przykładem aktorka Angelina Jolie, której matka i ciotka zmarły na raka piersi. Aktorka jest zdrowa, ale wykonała badanie genetyczne i, gdy wykazało wysokie ryzyko raka piersi i jajnika, zdecydowała się na profilaktyczną operację. Inne pacjentki w podobnej sytuacji chcą po prostu odpowiednio często wykonywać badania obrazowe. Choć nie zapobiegną nowotworowi, wykryją go na tyle wcześnie, aby był wyleczalny. Podobnie możemy postępować w przypadku licznych chorób neurologicznych, nefrologicznych i chorób serca. Różnego rodzaju zaburzenia rytmu serca i pracy mięśnia sercowego są zapisane genetycznie. Rzadko się o tym mówi, ale jeżeli z pokolenia na pokolenie w rodzinie występuje choroba serca – zaburzenia rytmu, dyslipidemie, należy pomyśleć o genach. Mam wrażenie, że ta dziedzina genetyki w Polsce nie istnieje.

Badania genetyczne pomagają w doborze terapii?

Tak. Osoby chore dzięki badaniu genetycznemu będą lepiej leczone. Są dwa rodzaje badań, które wspomagają terapię. Na podstawie badania materiału genetycznego, otrzymanego

z krwi pacjenta, analizujemy „wrodzony" i niezmienny zestaw genów, odczytujemy właściwą dla danej osoby reakcję organizmu na leki. Mimo że wszyscy przyjmujemy je w podobnych dawkach, każdy na ten sam lek reaguje inaczej. Istnieją grupy leków, stosowanych np. w psychiatrii, kardiologii, klasycznej chemioterapii, w których przypadku jeszcze przed rozpoczęciem terapii potrafimy sprawdzić, czy standardowa dawka nie zaszkodzi pacjentowi albo odwrotnie – czy nie będzie dla niego zbyt mała i tym samym nie przyniesie efektu. Wciąż jednak nie korzystamy z tych możliwości. U pacjentów onkologicznych możemy zajrzeć w geny komórek nowotworowych, poznać przyczynę powstania choroby i dobrać terapię celowaną. W onkologii zauważalny jest postęp w refundacji badań, gdyż wiele programów lekowych wyklucza zastosowanie leczenia celowanego bez zbadania tkanki nowotworowej dla potwierdzenia, czy lek u pacjenta zadziała.

Jaka jest dostępność badań genetycznych? Kto je zleca?

Na pewno zlecają je genetycy kliniczni. Świadomość roli genetyki jest wysoka w onkologii, ale sądzę, że nadal nie wykonuje się takiej liczby badań, jaka powinna być wykonywana. Przyczyn jest wiele: niewiedza, brak świadomości, niedostępność badań. W programie studiów medycznych genetyka jest na poziomie podstawowym, omawia się dziedziczenie chorób zgodnie z prawami Mendla, ale nie uczy interpretacji wyników i przedstawiania ich pacjentowi. Nie wszystkie badania genetyczne są refundowane, za niektóre pacjent musi zapłacić. Być może wielu lekarzy ma poczucie, że nie powinni mówić o badaniach, na które ludzi nie stać. Niemniej jednak warto pamiętać, że działają liczne fundacje, które pomagają w zbieraniu pieniędzy na badania i leczenie, a pacjent powinien wiedzieć, z jakich opcji terapeutycznych może skorzystać. Ja np. spotykam się z dużą liczbą zleceń badań wystawionych przez nefrologów dziecięcych, co pokazuje, że są specjalizacje, które odnoszą wiele korzyści z dostępności badań genetycznych. Dla lekarza pracującego na oddziale czy w poradni bardzo ważny jest dobry kontakt z jednostką, do której kieruje pacjenta na badanie genetyczne, by w razie pytań mógł skonsultować problem. Istotne jest też, aby wyniki były opisane zrozumiale dla lekarza każdej specjalności. Nie chodzi o to, żeby wskazać zmienioną literkę w genomie pacjenta, ale jednoznacznie zinterpretować zmianę i wydać zalecenia, które nie będą kolidowały z decyzją lekarza prowadzącego. Takie są cele badań, dla których lekarze powinni je zlecać.

Czy badania genetyczne powinny służyć profilaktyce i zostać upowszechnione?

Tak. Jeżeli wykonujemy regularne badania obrazowe, morfologię, wykryta nieprawidłowość oznacza toczący się już proces chorobowy. Genetyka potrafi powiedzieć, kto może zachorować. Nie kierujemy człowieka na liczne badania kontrolne, ale wskazujemy, co jest jego największym problemem. Jeżeli nie lubi chodzić do lekarzy, może jest ten jeden specjalista, którego absolutnie nie powinien unikać, a którego wskaże badanie genetyczne. Umiemy dopasować badania do potrzeb konkretnego pacjenta. Wspomniałam o Angelinie Jolie. Ponieważ jest znana, jej przykład ułatwił nam rozmowy z pacjentami o ich problemach. Obecnie światowe rekomendacje dla kobiet z grupy wysokiego ryzyka raka piersi i jajnika mówią o profilaktycznej mastektomii oraz usunięciu jajników i jajowodów. Także w Polsce dla kobiet z mutacją w genach BRCA1 i BRCA2 od końca 2019 r. operacje i rekonstrukcja piersi są refundowane. Dużo się mówi o profilaktyce raka piersi, jednak nie każda kobieta regularnie wykonująca mammografię wykona też kolonoskopię. Jeżeli badanie genetyczne potwierdzi zwiększone ryzyko raka jelita grubego, na kolonoskopię powinna się udać, mając lat 25. To uratuje jej życie.

Jaki jest najlepszy wiek na wykonanie „przeglądu genetycznego"?

Genetycy zalecają, aby nie badać profilaktycznie dzieci, oczywiście pomijając konieczną diagnostykę. Amerykanie już liberalizują to podejście i wykonują badania niepełnoletnim. Uważam, że między 20. a 25. rokiem życia jest idealny czas na podjęcie takiej decyzji przez pacjenta i wdrożenie właściwej profilaktyki i prewencji, ale pozostaje pytanie, ile osób w tym wieku jest gotowych na decyzję, aby poznać geny.

W jakim kierunku zmierzają badania genetyczne? Co jest wyzwaniem dla genetyków?

Wyzwaniem jest to, czego jeszcze nie wiemy. Geny człowieka zostały po raz pierwszy w pełni „odczytane" w 2003 r. Człowiek ma 25 tys. genów, do dzisiaj potrafimy z chorobami powiązać mniej więcej 5 tys. Poza tym genetyka nie jest czarno-biała, bardzo dużo jest „szarości" trudnej do zinterpretowania. Chcielibyśmy badać jak najwięcej osób, jak najszerzej. Ideałem byłby paszport genetyczny dla każdego. O ileż łatwiej byłoby leczyć, gdybyśmy wiedzieli, czego u danego pacjenta można się spodziewać i z czym określone objawy powiązać. Przyszłością medycyny są terapie genowe, bo jak zidentyfikujemy uszkodzenia powodujące choroby, chcemy je naprawiać, zastępując wadliwy gen zdrową kopią.

Pani zespół obecnie wykonuje testy na obecność koronawirusa. Jak stan epidemii wpływa na pracę laboratorium?

Oczywiście, podczas epidemii ludzie chorują na inne choroby tak jak chorowali wcześniej, ale rzeczywiście większość naszych badań dotyczy testów SARS-CoV-2. Zrobiliśmy ich około 35 tys. (stan w połowie kwietnia). Warsaw Genomics powstało, ponieważ zauważyliśmy, że diagnostyka genetyczna w Polsce nie ma się najlepiej. Teraz włączyliśmy się do pomocy, bo skoro brakowało punktów wykonujących testy, nie mogliśmy czekać z założonymi rękami. Zobaczymy, jak sytuacja się rozwinie. Szpitale i służba zdrowia są w dramatycznej sytuacji i finansowanie innego rodzaju badań jest zagrożone. Nie wiemy, jak genetyka będzie wyglądała po pandemii, ale mam obawy, że nie będzie dobrze. ■

Hasło: „potrzeba matką wynalazku” w okresie epidemii COVID-19 powtarzane jest wielokrotnie. Wśród wielu dramatycznych dla pacjentów i lekarzy zdarzeń do użycia wchodzą zarówno nowe urządzenia, jak i praktyki, dotąd – przynajmniej w Polsce – stanowiące niszę. I wszystko wskazuje na to, że już w ochronie zdrowia zostaną.

Fot. archiwum

Epidemia – narodowy program pilotażowy

Największych odkryć dotyczących prawa grawitacji Izaak Newton dokonał, siedząc w domu z powodu kwarantanny związanej z epidemią dżumy. Genialny fizyk podawany jest często jako przykład tego, że mimo niesprzyjających okoliczności można wykorzystać czas konstruktywnie. Osób i instytucji idących jego tropem można dziś znaleźć bez liku. Efektem są m.in. kolejne sposoby przygotowywania maseczek ochronnych, drukowane w 3D przyłbice, maski dla nurków przerabiane na środki ochrony osobistej dla pracowników ochrony zdrowia, a także wynalazek zaproponowany przez naukowców z Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN – pojedynczy respirator pozwalający wentylować równocześnie dwóch pacjentów, oraz rozwiązanie zaprezentowane przez inżynierów jednej z firm motoryzacyjnych, którzy respiratory budują z części wykorzystywanych do budowy samochodów. To oczywiście rozwiązania zbawienne dla systemów dotkniętych niedoborem środków ochrony osobistej i innego sprzętu w dobie epidemii, tyle że ich rola skończy się z ustaniem zagrożenia wirusem SARS-CoV-2. Natomiast braki sprzętowe pozostaną w umysłach menedżerów ochrony zdrowa na długo. Według dr Małgorzaty Gałązki-Sobotki, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, obecny kryzys powinien nas zmusić do zredefiniowania potrzeb w zakresie zasobów krytycznych. – *Sytuacje kryzysowe w każdym przedsiębiorstwie i instytucji ukazują jak w soczewce zjawiska patologiczne, np. złą organizację pracy, nieprzestrzeganie procedur. Ale uwalniają także zachowania i postawy, których w normalnych warunkach nie można by było ukształtować* – mówi dr Gałązka-Sobotka.

Roboty do roboty

Do takich nowych postaw należy jej zdaniem stosunek do innowacji organizacyjnych i technologicznych. – *Jesteśmy zmuszeni do zaznajomienia się z nowymi technologiami i oswojenia się z nimi, do zmiany utartego schematu pracy, co zwiększy naszą tolerancję na kolejne nowinki* – twierdzi.

Konieczność ochrony osób przebywających w placówkach medycznych przed infekcjami wymusza stosowanie rozwiązań dotąd rzadkich, takich jak cedowanie prostych i powtarzalnych zadań na maszyny. Dlatego w Chinach po wybuchu epidemii powstał robot do pobierania wymazów, a jedna z firm medycznych na Florydzie używa autonomicznych pojazdów do dostarczania próbek do laboratorium pobranych od osób z podejrzeniem koronawirusa.

Według Adama Centkowskiego, specjalisty ds. nowych technologii medycznych firmy MED & CARE, zachwyt nad działaniem urządzeń autonomicznych nie jest chwilowy. – *Takie urządzenia wykonują zadania w sposób powtarzalny, a zatem możliwy do każdorazowej, sprawnej walidacji. Od lat były na rynku, ale wykorzystywano je w znacznie mniejszym stopniu, z reguły ze względu na cenę* – wyjaśnia. Jego zdaniem w sytuacji, kiedy priorytetem staje się ochrona personelu, urządzenia autonomiczne mają szerzej otwarte wrota ekspansji. Jako przykład podaje działania dezynfekcyjne. Firma, dla której

pracuje, ma w ofercie robota oczyszczającego pomieszczenia z patogenów za pomocą promieniowania UV. Dzieje się to bez udziału człowieka.

– *Roboty do dezynfekcji stosuje też wiele innych przedsiębiorstw, bo to rozwiązanie perspektywiczne w kontekście walki z infekcjami szpitalnymi, której trudy i koszty są wyzwaniem dla każdego systemu opieki zdrowotnej, nawet kiedy nie szaleje pandemia. Wzrasta bowiem liczba lekoopornych bakterii i problem ten będzie się nasilać* – przekonuje Centkowski.

Wśród urządzeń autonomicznych przydatnych w dobie koronawirusa, których zakup może przynieść korzyści również w dalszej perspektywie, ekspert wymienia roboty do obsługi pacjenta, szczególnie popularne w wysoko rozwiniętych krajach Dalekiego Wschodu. – *Zastępują pracowników recepcji, a nawet przemieszczają się po oddziałach między łóżkami, umożliwiając lekarzom przeprowadzanie telekonferencji z poszczególnymi pacjentami* – mówi.

Telefon do przyjaciela

W polskich warunkach pewnie trudno sobie jeszcze wyobrazić roboty sunące między łóżkami niedoinwestowanych szpitali, ale i u nas w wyniku epidemii pewne rozwiązania oparte na technologii teleinformatycznej zyskały na popularności. Konieczność ograniczenia kontaktu bezpośredniego wzmogła bowiem zapotrzebowanie na świadczenia telemedyczne.

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka podkreśliła w rozmowie z „Pulsem", że jako innowację można je traktować jedynie na polskim poletku, bo w niektórych krajach zachodnich funkcjonują sprawnie już od wielu lat. Pozwalają likwidować problemy systemów ochrony zdrowia niezwiązane z zagrożeniem epidemią, takie jak ograniczony dostęp do specjalistów w konkretnych regionach, zaspokajają potrzebę monitoringu chorych przewlekle, wspierają rehabilitację. Ekspertka Uczelni Łazarskiego zwróciła uwagę, że względnie sprawne wejście w telemedycynę w Polsce doby kryzysu epidemicznego okazało się możliwe dzięki wcześniejszemu wprowadzeniu elektronicznych recept i zwolnień. – *Bez tego dziś sytuacja byłaby niewspółmiernie trudna, a terapia w niektórych miejscach wręcz niemożliwa. Do integracji tradycyjnej i telemedycznej opieki brakuje jednak jeszcze e-skierowań i dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta dla poszczególnych ośrodków* – twierdzi dr Gałązka-Sobotka.

Jej zdaniem jednym z obszarów, które na upowszechnieniu się telemedycyny bardzo zyskają, jest opieka onkologiczna. Niewykluczone, że usługi medyczne oparte na wywiadzie, kwalifikujące do pogłębionej diagnostyki, np. pierwsza wizyta w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej, mogłyby być w wielu przypadkach wykonywane zdalnie. – *Teleporada ma szanse odegrać rolę także w monitorowaniu pacjenta po zakończonym leczeniu. Przynajmniej część badań diagnostycznych można by bowiem wykonać blisko jego miejsca zamieszkania, np. w szpitalu powiatowym, i udostępnić lekarzowi prowadzącemu do wykorzystania podczas wizyty kontrolnej pacjenta* – wyjaśnia specjalistka.

Zastosowanie w większym zakresie rozwiązań teleinformatycznych przynosi korzyść nie tylko ze względu na to, że podnosi standard i jakość opieki medycznej. Ogranicza także koszty leczenia ponoszone przez system i samego pacjenta. Według Małgorzaty Gałązki-Sobotki dzięki cyfrowej integracji danych medycznych zostanie wyeliminowane pożerające czas przeglądanie i wypełnianie papierowych dokumentów. – *Taki zintegrowany system może zawierać algorytmy wskazujące np. kolizje leków, przyporządkowujące do grupy ryzyka. Zatem charakterystyka pacjenta jest bez porównania lepsza. Nietrudno wyobrazić sobie, że w oparciu o podobne rozwiązania niektórych wstępnych porad telemedycznych udziela personel pielęgniarski. Wizyta u lekarza jest wówczas krótsza, lekarz skupia się wyłącznie na chorobie i wytłumaczeniu pacjentowi metod terapii. To szansa na zdjęcie z lekarzy obciążeń biurokratycznych* – zapewnia ekspertka. Dodaje, że po wybuchu epidemii zauważyła wzrost zainteresowania menedżerów placówek medycznych stosowaniem teleporad w ochronie zdrowia i liczy na utrzymanie tego trendu na stałe.

Zrób to sam

Walka z koronawirusem jest więc poligonem doświadczalnym rozwiązań mających na celu zaoszczędzenie cennego czasu personelu medycznego. W obliczu długofalowych problemów ochrony zdrowia to korzystne doświadczenie. Także dlatego, że Polacy przechodzą obecnie wielką szkołę samoopieki. Utrudniony dostęp do placówek medycznych powoduje, że muszą uważniej monitorować własne zdrowie, a także, np. pozostając w kwarantannie domowej, zdawać się na wsparcie najbliższego otoczenia. To namiastka systemu, do którego dążą państwa Zachodu borykające się z podobnymi problemami jak my.

– *Wyzwania demograficzne, w szczególności wysokie tempo starzenia się europejskich społeczeństw, zmusza do rozwijania zintegrowanego modelu opieki świadczonej lokalnym społecznościom, który ma wykorzystywać potencjał opieki zdeinstytucjonalizowanej, polegającej na świadczeniu wysokiej jakości usług medycznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta. Ważnymi podmiotami w tym systemie, oprócz dostawców usług medycznych, są środowiska sąsiedzkie i rodzinne oraz lokalne służby opieki społecznej, organizacje pozarządowe, ale przede wszystkim wyedukowani i odpowiedzialni pacjenci. Nasza postawa wobec zdrowia i choroby odgrywa ogromną rolę, ale bez pomocy drugiego człowieka często trudno unieść ciężar choroby. Epidemia pozwala nam dostrzec potencjał samoopieki i wzajemnego solidarnego wsparcia, bo przecież żaden system opieki zdrowotnej nie zabezpieczy nas przed koronawirusem tak, jak my sami siebie. Dlatego epidemia COVID-19 to swojego rodzaju narodowy test systemu ochrony zdrowia, w którym sprawdzamy partnerstwo obywateli i personelu medycznego, efektywność zarządzania zarówno całym systemem, jak i pojedynczą placówką oraz otwartość jego uczestników na zmiany* – podsumowuje dr Małgorzata Gałązka-Sobotka. ■

Michał Niepytalski

Gdy epidemia staje się pandemią...

Fot. archiwum

Z dr hab. n. med. **Anetą Nitsch-Osuch**, pediatrą i epidemiologiem, specjalistą zdrowia publicznego, kierownikiem Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego WUM, rozmawia Anetta Chęcińska.

Jakie czynniki zdecydowały o skali rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2?

Było ich wiele. Pierwszy to opóźnienie w identyfikacji zagrożenia w Chinach i w powiadomieniu o sytuacji WHO. Z kolei eksperci WHO, należy domniemywać, że z istotnych i racjonalnych powodów, późno zdecydowali o ogłoszeniu pandemii. Wcześniej utrzymywali, że na świecie występuje wiele ognisk epidemicznych COVID-19. W Chinach wdrożono drastyczne działania przeciwepidemiczne (niekoniecznie akceptowane i możliwe do zastosowania w demokratycznych krajach Europy czy Ameryki Północnej), choć ECDC oszacowało, że zlecenie tzw. dystansowania się społecznego o tydzień wcześniej zmniejszyłoby liczbę zachorowań o 65 proc. Późno ograniczono ruch międzynarodowy. Udział międzynarodowej społeczności naukowej w ustalaniu źródła wirusa SARS-CoV-2 wydaje się utrudniony i niewystarczający. W Europie raczej nikt się nie spodziewał tak dynamicznego rozwoju sytuacji. Uspokajające komunikaty, wydawane przez WHO w początkowej fazie pandemii, dawały nadzieję na ograniczenie transmisji wirusa tylko do Chin. Być może opierano się na wcześniejszych doświadczeniach. W 2002 r. obserwowano zachorowania znane jako SARS, czyli zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej. Zachorowało wówczas 8437 pacjentów, śmiertelność wynosiła 10 proc. Epidemia tak jak nagle się pojawiła, tak niespodziewanie zgasła. W 2012 r. zanotowano zachorowania nazwane MERS (bliskowschodni zespół oddechowy). Znanych jest 2494 przypadków, śmiertelność wynosiła 34 proc.

11 marca 2020 r. Tedros Adhanom Ghebreyesus, dyrektor WHO, ogłosił pandemię koronawirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19. Wcześniej WHO uznała nowy koronawirus (2019-nCoV) za zagrożenie dla zdrowia publicznego. Taka sytuacja miała już miejsce kilkakrotnie: w kwietniu 2009 r. – z powodu epidemii świńskiej grypy (H1N1), w maju 2014 – z powodu „powrotu" wirusa poliomyelitis (w Afganistanie, Pakistanie, Nigerii), w sierpniu 2014 – z powodu epidemii gorączki krwotocznej wywołanej wirusem ebola w Afryce Zachodniej, w lutym 2016 – w związku z epidemią zakażeń wirusem zika na półkuli zachodniej, w czerwcu 2019 – z powodu zachorowań wywołanych wirusem ebola w Demokratycznej Republice Konga.

Czego nauczyły nas epidemie XXI w.? Czy na epidemię wywołaną przez nieznany wirus można się przygotować?

Wiadomo było, że świat powinien być przygotowany na „chorobę X", a eksperci zwracali uwagę nie „czy", lecz „kiedy" się ona pojawi. Kraje rozwinięte miały opracowane plany pandemiczne na wypadek grypy, które można choć częściowo realizować obecnie. Pewne działania są niezbędne w przypadku zagrożenia epidemicznego: np. oszacowanie zasobów systemu opieki zdrowotnej, liczby miejsc w szpitalach, liczby łóżek „respiratorowych". Niestety, nie mamy szczepionki ani leków działających przyczynowo i to niekorzystnie odróżnia aktualną pandemię od wywołanej przez wirus grypy. A czego się nauczyliśmy? Czy pandemia grypy z 2009 r. zmieniła nasze zachowania? Czy wzrosła akceptacja dla szczepień? Czy myjemy i dezynfekujemy ręce tak jak należy?

Zgodnie z szacunkami WHO personel medyczny dokonuje dezynfekcji rąk w 50 proc. sytuacji, gdy należałoby to zrobić. Poprzednie epidemie, znane z początku XX w., nauczyły nas, jak ważne są dobre warunki higieniczno-sanitarne, ale także – jak skuteczne w walce z chorobami zakaźnymi są szczepienia. Takie doświadczenia uczą pokory wobec natury, a także tego, że należy doceniać narzędzia, które okazały się skuteczne w zwalczaniu chorób zakaźnych.

Nasza uwaga skupiona jest dzisiaj na koronawirusie. O jakich innych zagrożeniach epidemicznych świat nie powinien zapominać?

W 1996 r. WHO wydała raport o *„chorobach nowych i ponownie pojawiających się”*, zwracając uwagę na to, że są nadal groźne. Stanowią bowiem drugą przyczynę zgonów w skali globalnej, tuż po zgonach z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Choroby nowe to np.: ptasia grypa, po raz pierwszy rozpoznana w Hongkongu w 1997 r., zapalenie mózgu wywołane wirusem nipah, zakażenia hantawirusowe. Interesujące, że 60 proc. chorób nowych to zoonozy, czyli choroby odzwierzęce.

Rośnie znaczenie chorób, które znamy od wielu lat, ale są nadal groźne, bo – tak jak grypa – mają potencjał epidemiczny lub pandemiczny, albo dlatego, że zachorowania pojawiają się w innych niż dotychczas regionach geograficznych (co wiąże się z ociepleniem klimatu), np. zapalenie mózgu wywołane przez wirus zachodniego Nilu, denga. Do chorób o rosnącym znaczeniu należą także malaria i gruźlica – głównie ze względu na problem lekooporności, oraz odra, bo w Europie nadal nie udało się wyeliminować tej choroby. Inny przykład: krztusiec. Pogorszenie się sytuacji epidemiologicznej w krajach rozwiniętych obserwowane jest od połowy lat 80. XX w. Wynika z faktu, że odporność po szczepieniach przeciw krztuścowi wykonywanych w wieku dziecięcym nie trwa całe życie, ale 5–10 lat. A to rodzi potrzebę podawania dawek przypominających u nastolatków, dorosłych, kobiet w ciąży. Zaprzestanie masowych szczepień przyczyniłoby się do powrotu dawno niewidzianych chorób zakaźnych, bo przecież patogeny je wywołujące nie zostały zlikwidowane. Tutaj medycyna ma jeden sukces w postaci eradykacji ospy prawdziwej, co zostało ogłoszone przez WHO w 1980 r.

Jest pani członkiem Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy. Dlaczego wciąż tak niewielki odsetek polskiego społeczeństwa korzysta ze szczepionki przeciwko grypie? Czy epidemia koronawirusa zmieni podejście do szczepień?

Od wielu lat odsetek zaszczepionych przeciw grypie Polaków oscyluje wokół 4 proc. To bardzo mało. Polskie rekomendacje odnośnie do szczepień przeciw grypie w żaden sposób nie odbiegają od europejskich czy amerykańskich, ale ich realizacja pozostawia wiele do życzenia. Bagatelizujemy chorobę, uważając ją za rzadką lub łagodną. Tymczasem na grypę zapada co sezon 5–10 proc. populacji dorosłych i 10–20 proc. populacji dzieci, powikłania występują u 6 proc. chorych, a znacznie częściej u chorych z grup ryzyka. Grypa zaostrza też przebieg przewlekłych chorób układu oddechowego, sercowo-naczyniowego i metabolicznych.

Innym powodem niepoddawania się szczepieniu przeciw grypie jest wyolbrzymiona obawa przed niepożądanymi odczynami poszczepiennymi i przekonanie, że po szczepieniu można na grypę zachorować.

Jedną z bardzo ważnych przyczyn niewykonywania szczepień jest brak zaleceń ze strony lekarzy. Odsetek zaszczepionych przeciw grypie pracowników służby zdrowia jest niewiele wyższy od odsetka zaszczepionych Polaków (wynosi 6–15 proc., w zależności od źródła). Są praktyki lekarzy rodzinnych, w których cały personel został zaszczepiony, są szpitale, gdzie szczepi się 20–40 proc. kadry, ale więcej jest miejsc, w których „wyszczepialność” jest znacząco niższa. Moim zdaniem w dobie pandemii COVID-19 „wyszczepialność” przeciw grypie w populacji generalnej, ale także (a może przede wszystkim) wśród pracowników ochrony zdrowia wzrośnie. Oczekując na szczepionkę przeciw koronawirusowi, skorzystajmy z oręża, który znamy.

Pandemia to wspólne doświadczenie międzynarodowej społeczności. Czy wnioski z niego płynące przyczynią się do wprowadzenia zmian w ochronie zdrowia?

Mam nadzieję, że wyciągniemy wnioski wspólnie. W skali kraju będziemy świadomi znaczenia planów na wypadek sytuacji kryzysowych, które powstają w zaciszu gabinetów i muszą być aktualizowane. A w skali szpitala i poradni – będziemy doceniać wagę procedur przeciwepidemicznych, które muszą być znane personelowi medycznemu, zaakceptowane, wdrożone i monitorowane. Mam nadzieję, że praca funkcjonujących od wielu lat zespołów ds. zakażeń, w tym przeprowadzanie szkoleń i audytów wewnętrznych, będzie doceniana. Na pewno ugruntowana zostanie znajomość zasad stosowania środków ochrony osobistej, które powinny być wykorzystywane nie tylko podczas pandemii koronawirusa, ale także w przypadku pojawienia się pacjenta z patogenem alarmowym (drobnoustrojem lekoopornym) czy np. pacjenta z grypą lub ospą wietrzną. Pandemia udowodniła, jak niebezpieczna może być wieloetatowość, na którą przedstawiciele zawodów medycznych godzili się z przesłanek ekonomicznych, a nie z chęci spędzania wolnego czasu w pracy, na drugim i kolejnym etacie.

Moim marzeniem jest zwiększenie się liczby epidemiologów. Dzisiaj tę specjalizację rzadko wybierają lekarze tuż po studiach (wśród moich specjalizantów są reumatolodzy i interniści), a przecież jest potrzebna nie tylko w czasie pandemii, ale także w związku z narastającą liczbą zakażeń szpitalnych, z problemami uchylania się od szczepień, z antybiotykooopornością, koniecznością tworzenia i realizacji szpitalnej polityki antybiotykowej. Lista współczesnych wyzwań dla epidemiologa jest długa, więc wbrew utartemu przekonaniu niekoniecznie powinniśmy się zajmować wyłącznie epidemiologią chorób niezakaźnych (czyli populacyjnymi problemami onkologicznymi, kardiologicznymi). Wniosek: nigdy nie można bagatelizować chorób zakaźnych. ■

Zachęcić pacjenta do współodpowiedzialności

Polityka informacyjna w czasie epidemii powinna być oparta na wykształcaniu w społeczeństwie poczucia współodpowiedzialności. Skutecznym narzędziem do komunikowania się lekarza z pacjentem jest empatia – przekonuje psycholog **Jacek Santorski** w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

Fot. archiwum

Rozmawiamy wprawdzie na odległość, ale za oknem widzimy to samo bezchmurne niebo. Wiosna w pełni i z każdym ciepłym dniem coraz trudniej wymagać od obywateli izolowania się w czterech ścianach. Jak przekonać ludzi, żeby nie wychodzili z domu bez potrzeby?

Najlepiej założyć ich podmiotowość i odpowiedzialność oraz przypominać o celach i kryteriach. Jeśli będziemy tłumaczyć, że celem działań w warunkach epidemii jest przede wszystkim spłaszczenie krzywej zachorowań, a kryterium osiągnięcia celu – zachowanie społecznego dystansowania się i przestrzeganie zasad higieny, przyniesie to oczekiwany skutek. Gdyby ciągle przypominać o tym, że to w naszych rękach, a nie władzy, jest zarządzanie tą sytuacją, ludzie mogliby wychodzić na zewnątrz odpowiedzialnie. Tym bardziej że znamy w psychologii zjawisko reaktancji i podobne, polegające na tym, że im silniejszy nacisk i ograniczenie, tym mocniejszy odruch dążenia do zachowania w tej sferze poczucia wolności albo przynajmniej złudzenia wolności i skłonność do reakcji przekornych, rebelianckich.

Odpowiedź na to pytanie jest więc związana z jak najgłębszym empowermentem. Z osiągnięć psychiatrii wiemy, że nawet osoby chore psychotycznie można w taki sposób angażować i delegować na nie odpowiedzialność za ich życie i pracę, aby u osób bezwolnych, reaktywnych wyzwolić obszary podmiotowości czy samokontroli.

Czy są dowody, że jako społeczeństwo jesteśmy rzeczywiście podatni na takie bodźce?

Ostatnio Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej Uniwersytet Humanistycznospołeczny przeprowadziła badania dotyczące obaw, jakie generuje epidemia. Pod uwagę branych było kilka ich kategorii, m.in. obawa przed długotrwałą izolacją, przed skutkami ekonomicznymi epidemii, ale także lęk przed zakażeniem siebie oraz innych. Z analizy wynika, że istnieje statystycznie istotna różnica między obawą o zarażenie się (około 70 proc.) a lękiem o zarażenie kogoś ze swoich bliskich, który występuje o kilka punktów procentowych częściej. Choć przecież można by się spodziewać, że w obliczu zagrożenia i niepewności będzie objawiała się egocentryzacja i każdy bać się będzie przede wszystkim o siebie. Dlatego wydaje się, że to odwoływanie się do troski i odpowiedzialności za siebie i innych powinno być skuteczne. Nawiasem mówiąc, być może kształtowanie narracji warto zróżnicować ze względu na płeć. Z badań SWPS wynika bowiem, że lęk o siebie i innych statystycznie częściej pojawia się u pań niż u panów. Dodatkowo na potencjalną skuteczność odwoływania się do współodpowiedzialności wskazuje istnienie w społeczeństwie, także zaobserwowanego przez naukowców, lęku związanego z nieodpowiedzialnym zachowaniem innych osób, zauważalnego na wysokim, kilkudziesięcioprocentowym poziomie. Warto podkreślić, że wszystkie rodzaje lęku są słabsze w środowiskach wiejskich, choć nie wiadomo dokładnie, z czego to wynika, czy np. z poziomu edukacji, czy jednak z obiektywnych czynników zagrożenia związanych z mniejszą gęstością zaludnienia.

Jak lekarze powinni postępować z pacjentami, u których widzą skłonność do zachowań nieodpowiedzialnych?

Żeby móc odwołać się do poczucia odpowiedzialności i uczuć wyższych, by uruchomić bardziej zaawansowane struktury poznawcze, trzeba zacząć od aktu empatii. W przeszłości prowadziłem szkolenia dla lekarzy, którzy borykali się z ofiarami kampanii antyszczepionkowych. Skuteczna komunikacja z matką, która odmawiała szczepienia swojego dziecka, polega np. na tym, by lekarz powiedział: – *Sam jestem rodzicem i wyobrażam sobie, jak bardzo się pani boi o życie swojego dziecka. Wyobrażam sobie też, jak w świetle informacji z wybranych źródeł te szczepienia wydają się niebezpieczne. Ale pani ma za sobą kilkadziesiąt godzin lektury tekstów z Internetu, a ja mam za sobą pięć lat studiów, specjalizację oraz lata praktyki klinicznej i sam dziecko szczepię. Proszę to rozważyć, bo nie chcę wobec pani stosować narzędzi administracyjnego przymusu.* Mechanizm jest więc taki – najpierw empatia, potem dostrojenie, a następnie kontrakt.

Jak to przełożyć na obecną sytuację? Jak wytłumaczyć sobie zachowanie pacjentów, części społeczeństwa i jak wobec tego okazać empatię?

Mam już sporo zawodowych doświadczeń w tej kwestii, np. ze środowiska biznesowego. Pojawiają się argumenty odwołujące się do rzekomej racjonalności: – *To choroba mniej śmiercionośna niż grypa sezonowa, prawdopodobieństwo śmierci z powodu zakażenia jest mniejsze, niż kiedy jadę samochodem 170 km/h autostradą.* Chodzi o to, żeby wyjaśnić, że wobec stresu i niepewności mamy skłonność do tego, by czynniki stresogenne nadmiernie dramatyzować albo żeby im zaprzeczać. W tym przypadku przeżywając troski i niepokoje, umawiamy się ze sobą, że nie będziemy ich dopuszczać do głosu, przyjmujemy pozycję pseudoracjonalną, wyższościową, a nawet pogardliwą wobec tych, którzy troskom się poddają.

– *Pracuję nad tym, by znaleźć się pośrodku tych dwóch skrajności* – powinien powiedzieć empatyczny lekarz i wytłumaczyć, że sygnały będące przedmiotem obaw docierają do niego i bierze je pod uwagę, nie zaprzecza im, ale i nie spędzają mu całkiem snu z powiek. To oczywiście wymaga opanowania sztuki rozmowy opartej na empatii. Takiego empatyczno-edukacyjnego podejścia uczę liderów podczas wielu szkoleń. Szansa na przebudzenie pacjenta może nie jest ogromna, ale to odpowiednia droga. Przy odmiennym podejściu, konfrontacyjnym, czyli jeśli mu powiemy, że myśli głupio, jest destruktywny albo źle używa swojego intelektu, osiągniemy jedynie efekt wzmożonego oporu.

Empatycznego podejścia potrzebują też lekarze, którzy podczas epidemii są szczególnie narażeni na stres. Znajdują się na pierwszej linii frontu wojny z wirusem, więc pojawia się obawa – tak jak w przypadku żołnierzy – o zespół stresu pourazowego. Jak sobie radzić z tą perspektywą?

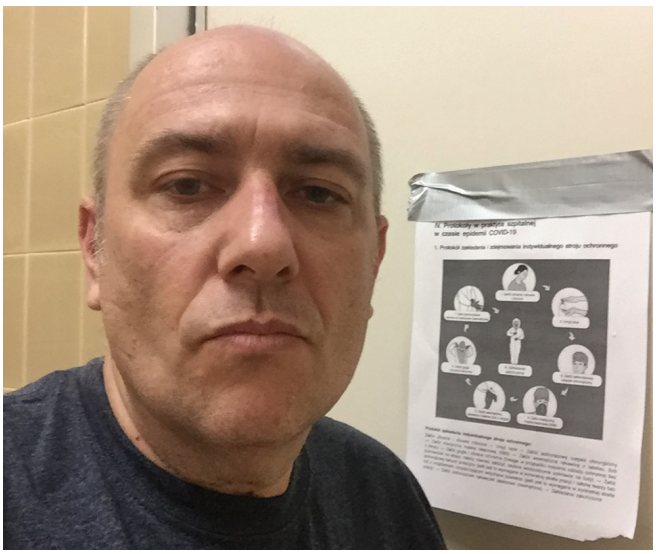
Badania nad leczeniem stresu pourazowego prowadzone w ostatnich latach pokazują, że nie każdy jest w równym stopniu na niego podatny przy podobnych traumatycznych doznaniach. Dlatego wiedza, a przede wszystkim samowiedza lekarzy o naturze niepokoju, o tym, jak funkcjonuje umysł, jak człowiek działa w stresie, kiedy do głosu mogą dochodzić adaptacyjne mechanizmy regresywne, kiedy zaczyna się percepcja tunelowa i dostrzegamy tylko negatywne informacje albo rozpatrujemy wyłącznie kierunki ewakuacji, kiedy wchodzi w grę myślenie magiczne, atawistyczne dzielenie ludzi na swoich i obcych, jest im bardzo potrzebna. Wiedza okazuje się konieczna do trafnego rozpoznania klinicznego i udzielenia pomocy pacjentom, niezależnie od tego, czy chodzi o lekarza pierwszego kontaktu, czy lekarza specjalistę, ale przede wszystkim do zarządzania sobą.

Nie tylko traumatyczne doznania wpływają na pogłębienie stresu lekarzy w sytuacji kryzysowej. Amerykańskie badania wskazują, że w USA jeszcze przed epidemią połowa lekarzy wykazywała symptomy wypalenia zawodowego. Źródłem większości jest poziom frustracji związany ze zbiurokratyzowaniem pracy. To dodatkowo negatywnie wpływa na samopoczucie lekarzy w obecnej sytuacji. Z drugiej strony w takich zawodach jak zawody medyczne ważną rolę odgrywa poczucie misji. Człowiek stojący na posterunku ma skłonność zapominania o sobie, co może stanowić barierę obronną. ■

Jacek Santorski – psycholog zdrowia i biznesu, profesor honorowy w Szkole Biznesu Politechniki Warszawskiej, gdzie prowadzi autorską Akademię Psychologii Przywództwa.

W oku cyklonu

Mówi się o wariancie włoskim. Włochy przywoływane są często jako kraj szczególnie dotknięty epidemią. Jako kraj, który na początku bagatelizował zagrożenie. Szalejący wirus, ale też izolacja, zupełnie zmieniły oblicze Italii. Dlaczego jest jak jest? Czy zawiniła nonszalancja? Kiedy tamtejszy system ochrony zdrowia opanuje wreszcie sytuację? Nie ma prostych i jednoznacznych odpowiedzi. Z lekarzem psychiatrą i pediatrą **Pawłem Szczucińskim** – jednym z 15 polskich medyków, którzy zdecydowali się na podjęcie walki z koronawirusem w Bergamo, czyli na najtrudniejszym włoskim froncie – rozmawia Renata Jeziółkowska.



Fotografie: P. Szczuciński

Po co właściwie był ten wyjazd? Jakie były jego założenia i jakie doświadczenia z włoskiego frontu okazały się cenne i przydatne na froncie polskim?

Wyjazd zorganizowany został przez WIM. Zaproszono do niego lekarzy oraz ratowników z Zespołu Ratunkowego PCPM. Zrealizowaliśmy dwa cele – wsparcie włoskich medyków przeciążonych pracą w ostatnich tygodniach epidemii oraz zdobycie wiedzy. Miejsce misji zostało uzgodnione ze stroną włoską i wybrane nieprzypadkowo. Rejon Bergamo/Brescia to miejsce, w którym zanotowano najwięcej ciężkich przypadków COVID-19, rejon największej śmiertelności, zatem to właśnie tam lekarze dysponują największą wiedzą dotyczącą koronawirusa. Włosi przekazali nam protokoły lecznicze, które w ich opinii dawały optymalne efekty terapeutyczne. Dowodzili, bazując na własnej praktyce, zasadności stosowania określonych grup leków, przedstawili interesującą metodę ustalania etapu choroby na podstawie punktowej oceny zmian w RTG klatki piersiowej. Istotnym elementem naszej misji było sprawdzenie skuteczności zasad stosowania środków ochrony indywidualnej w ekstremalnie trudnych warunkach. Okazało się, że przyjęte przez nas metody ochrony sprawdziły się – po powrocie wszyscy uzyskaliśmy ujemne wyniki testów.

Bardzo istotnym materialnym wymiarem misji będzie przeszczepienie na nasz grunt sposobów organizacji szpitala polowego, takiego, jaki widzieliśmy w Bergamo. Obiekt powstanie na terenie WIM w Warszawie, m.in. dlatego, że instytut dysponuje infrastrukturą umożliwiającą np. doprowadzenie tlenu do dużej liczby respiratorów. Brak takiej infrastruktury bywa wąskim gardłem w sytuacji, gdy jest wiele respiratorów, ale nie można ich jednocześnie wykorzystać.

Lekarzy, pielęgniarki i ratowników z doświadczeniem pracy na intensywnej terapii chętnych do pracy w przeznaczonym do leczenia COVID szpitalu modułowym prosimy o zgłaszanie kandydatur pod adresem: covid@wim.mil.pl.

Czy coś we Włoszech szczególnie pana zaskoczyło? Zwłaszcza w kwestii organizowania leczenia.

Po początkowym chaosie spowodowanym ogromną liczbą pacjentów Włosi postawili na domowe leczenie lżej chorych. Odwiedzają ich specjalne zespoły, których trzon stanowią lekarze rodzinni, a w przypadku załamania się stanu zdrowia specjalnie przystosowane ambulanse lub śmigłowce transportują chorych do szpitala. Włosi pokazali nam modułowy szpital polowy i wyjaśnili, iż w chwili, gdy konieczna była relokacja personelu z innych części Lombardii, zastosowanie obiektu o prostej konstrukcji bardzo usprawniło organizację leczenia. Krążenie medyków po wielkim szpitalu, którego nie znają, w poszukiwaniu np. tomografu komputerowego, jest niedopuszczalne. Przekonaliśmy się też, że znaczenie lepiej bazować na personelu, który zgłosił się ochotniczo, niż na przymusowo rekrutowanym.

Z pewnością tej misji towarzyszyło wiele emocji. Co pana, lekarza, który widział już wiele, szczególnie poruszyło?

Łzy lekarki, z którą współpracowaliśmy, kiedy mówiła, że nie ma już siły informować rodzin pacjentów nie tylko o tym, że ich bliski zmarł, ale przede wszystkim, że ciało zostanie poddane obowiązkowej kremacji, a w pogrzebie uczestniczyć mogą wyłącznie najbliżsi. Pustka ulic miasta, które pamiętałem sprzed roku jako niezwykle gwarne i radosne. Wielkie emocje Włochów, gdy przybyliśmy na lotnisko, łamiący się głos włoskiego ambasadora w Polsce, pochodzącego z Bergamo, gdy odprowadzał nas do wojskowego samolotu i opowiadał, jak wielu bliskich stracił...

Jak ocenia pan włoski system ochrony zdrowia? Co nie zadziałało, że sytuacja stała się tak dramatyczna?

Brak izolacji, zwyczaje Włochów, za które tak ich kochamy, a które okazały się zgubne. Nieodwołanie w porę imprez masowych, łamanie dyscypliny. Bo poziom służby zdrowia, zarówno jeśli chodzi o kompetencje personelu, jak i sprzęt, oceniam bardzo wysoko. To dowód, jak ważne jest, by nie dopuścić do tak wielkiej liczby chorych, do katastrofy doszło przecież w najbogatszym i najlepiej administrowanym rejonie kraju.

Szpital w Brescii należy do najnowocześniejszych w Europie. Jak bardzo różni się od szpitali w Polsce? Czy widzi pan szansę, abyśmy w najbliższych latach dorównali do tego poziomu nowoczesności?

Jeśli znacząco zmienią się nakłady na służbę zdrowia, do poziomu minimum WHO, określanego na 6,8 proc. PKB, to tak. Proszę jednak zwrócić uwagę, że teraz PKB drastycznie spadnie, więc środki w budżecie będą wymagały bardzo dużej relokacji. Nie wyobrażam sobie też, by w obliczu epidemii nie wprowadzono, przynajmniej w określonych grupach ryzyka, obowiązkowych szczepień przeciw grypie.

Epidemia dowodzi, że inwestycje sprzętowe nie wystarczają, trzeba inwestować przede wszystkim w ludzi. Widać teraz, jak istotna jest praca np. ratowników medycznych wynagradzanych absurdalnie nisko, jak niebezpieczna jest sytuacja, gdy pracownicy służby zdrowia zatrudniają się w kilku miejscach, bo jedna pensja nie pozwala im się utrzymać.

Jak wyglądała praca polskiego zespołu? Czy mieliście wyznaczone konkretne zadania, czy była to ścisła współpraca z kolegami z Włoch?

Współpraca była ścisła, co zrozumiałe, gdy pracuje się na obcym terenie. Z drugiej strony jedzie się nie tylko pomagać, ale jednocześnie uczyć się. Pracowaliśmy na OIT, który został otwarty dzięki naszej obecności, wykonywaliśmy pełną obsługę chorych: od echa serca po czynności pielęgnacyjne, przenoszenie pacjentów itd. Pracowaliśmy w grupach czteroosobowych w systemie 12-godzinnych zmian. Praca, z uwagi na konieczność niezwykle rygorystycznego stosowania zasad ochrony w środowisku skażonym wirusem, była – nie ukrywam – w najwyższym stopniu męcząca. Po 12 godzinach twarz jest bardzo obolała od gogli i masek, nie jest łatwo pracować w dwóch parach rękawiczek itd. Co ważne, z uwagi na olbrzymią liczbę chorych w Lombardii stosowaliśmy bardzo rygorystyczne zasady również poza pracą. W hotelu dekontaminowaliśmy sprzęt i ubrania, by nie przenieść wirusa.

Jakie są wnioski z tej misji? Co radziłby pan osobom organizującym pracę lekarzy i strategię walki z epidemią? Jak powinni traktować tę epidemię zwykli ludzie?

Wszyscy powinni bezwzględnie stosować się do zaleceń dotyczących higieny i izolacji. Personel powinien starać się w miarę możności dbać o siebie i kolegów, należy zawracać sobie uwagę, by nie dotykać twarzy itd. Bezwzględnie musi być zapewniony sprzęt ochronny: fartuchy barierowe, przyłbice i maski. Należy ostrożnie obchodzić się z maskami, oglądać filmy instruktażowe o tym, jak zdejmować odzież ochronną. W mojej opinii należy stworzyć, na wzór aplikacji „kwarantanna", aplikację dla medyków i dzięki niej informować ich, wspierać. Uważam, że powinna powstać baza ochotników, bo przymusowe relokowanie ludzi na chybił trafił i straszenie ich jest błędem. Z niewolnika nie ma pracownika.

Uczestniczył pan m.in. w misji w Libanie, niosąc pomoc medyczną syryjskim uchodźcom. Ma pan doświadczenie w pracy w ekstremalnych warunkach. Czy są jakieś wspólne emocje dla takich trudnych sytuacji? Czy jest zderzenie wyobrażenia z rzeczywistością? I co sprawia, że podejmuje się decyzję: „tak, jadę"?

Podczas misji towarzyszy nam adrenalina, jesteśmy skupieni na zadaniach. Potem przychodzi czas refleksji. Obrazy, zwłaszcza cierpiących dzieci syryjskich uchodźców, bardzo często do mnie powracają i zapewne pozostaną w mojej pamięci do końca życia. Szczególnie boli mnie cierpienie dzieci i to niezależnie od koloru skóry, wyznania czy narodowości. To jest po prostu niesprawiedliwe. ■

Kombinezony na wagę złota

Tuż po informacji, że koronawirus dotarł do Polski, na moim oddziale wstrzymano przyjęcia planowe, z wyjątkiem chorych z kartą DILO. Razem z kolegami dzwoniliśmy do pacjentów oczekujących na zabiegi z informacją o przesunięciu terminu przyjęcia do szpitala. Spotkaliśmy się z pełnym zrozumieniem i życzeniami zdrowia oraz wytrwałości w trudnej sytuacji.

Pierwszym potwierdzonym przypadkiem zakażenia SARS-CoV-2 w moim szpitalu był jeden z ordynatorów. Ponieważ kontakt z nim miało wiele osób, rozpoczęły się kwarantanny, a w konsekwencji pojawiły się luki kadrowe. Już po kilku dniach okazało się, że zakażeni są pacjenci i personel na kilku oddziałach, niektóre trzeba było natychmiast zamknąć.

Kolega z mojego oddziału miał kontakt z zakażoną osobą. Sanepid zalecił kwarantannę, którą wkrótce skrócono z dwóch tygodni do tygodnia. Ostatecznie trwała tylko cztery dni.

Fot. archiwum

Kilka dni później kolejny kolega na oddziale miał objawy grypopodobne. Wynik testu okazał się dodatni. Wymazy z gardła pobrano od całego personelu oraz pacjentów, którzy mieli kontakt z zakażonym. Wynik: czternastu zakażonych pacjentów, dziewięć pielęgniarek, dwie salowe. Mimo licznych interwencji w sanepidzie, nikt z personelu nie został skierowany na kwarantannę. Ponadto najbliższy szpital jednoimienny nie miał miejsc, żeby przyjąć zakażonych. Zdecydowano się na kohortację w jednej części oddziału oraz podział personelu na pracujących na odcinku „czystym" i pracujących na „brudnym". Dotychczasową „oszałamiającą" liczbę trzech pielęgniarek na odcinek podczas dyżuru trzeba było zredukować do dwóch...

Od początku epidemii w szpitalu występowały problemy sprzętowe. Po kilku dniach zabrakło jednorazowych masek chirurgicznych, lekarze zaczęli operować w maskach z tkaniny, ze zbyt krótkimi troczkami, słabo przylegających do twarzy, co utrudniało pracę, szczególnie tym, którzy noszą okulary (kiedy maska źle przylega do twarzy, okulary zachodzą parą). Bardziej przewidujący lekarze szybko zaopatrzyli się na własną rękę w przyłbice ze sklepów budowlanych oraz maski z filtrami, także biologicznymi. Kombinezony traktowano jak dobro najwyższe, więc były wydzielane pojedynczo, żeby nie zabrakło. Po licznych pismach, telefonach i interwencjach sprzęt ochronny oraz środki do dezynfekcji zaczęły spływać do szpitala, zarówno od władz samorządowych, jak i prywatnych darczyńców, którzy postanowili także fundować medykom posiłki w trakcie dyżurów. Cały czas przewijało się pytanie: czy tych środków nie zabraknie? Przecież nie wiemy, jak długo potrwa pandemia.

Gdzie w tym wszystkim jest chory?

Sam. Zagubiony i przestraszony. Widujący kilka razy dziennie „ufoludki" w kombinezonach i maskach. Pacjenci to zwykle ludzie leczeni przewlekle, z poważnymi powikłaniami, w zaawansowanych stadiach chorób. Dla nich izolacja oznacza, że jedyną możliwością skontaktowania się z rodziną jest telefon. Ci chorzy, wyjściowo obciążeni tak popularnymi ostatnio „chorobami współistniejącymi", czekają na poprawę swojego stanu zdrowia (na co często szanse są niewielkie), rozwinięcie pełnych objawów COVID-19, a ci w najcięższym stanie – na śmierć. W przypadku drugiej grupy sytuacja jest patowa. Trudności z przeniesieniem chorego do szpitala jednoimiennego z powodu niedostatecznej w nim liczby miejsc, a w rzeczywistości personelu, to jeden problem. Drugi to brak leków do leczenia COVID-19 w szpitalach innych niż jednoimienne. Nie są one dla nich dostępne.

Pozostaje nam pracować, tak jak umiemy najlepiej, zabezpieczać się najbardziej jak to jest możliwie, za pomocą tych środków, które mamy.

Niedofinansowanie ochrony zdrowia, które trwa od lat, nauczyło nas pracy w ekstremalnych warunkach, ale teraz – jak nigdy wcześniej – widać, jaki ma to wpływ na życie i zdrowie pacjentów oraz personelu medycznego. ■

Imię i nazwisko autora listu znane redakcji.

#SPRAWDZAM
Testy! Testy?

W Polsce testy diagnostyczne na obecność SARS-CoV-2 wykonywane są zgodnie z wytycznymi WHO, a procedury weryfikowane i dostosowywane do zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej i zaleceń ekspertów – mówiła w Sejmie w połowie kwietnia wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko. Odpowiadając na zarzuty opozycji, że w Polsce wykonuje się zbyt małą liczbę testów, wiceszefowa resortu zdrowia przekonywała, że *„według przyjętych standardów testom poddaje się osoby, które miały kontakt z osobą zakażoną, oraz osoby, które mają typowe objawy choroby". – Każda osoba, która przebywa na kwarantannie, również ma wykonywane testy* – dodała.

Polska pod względem liczby testów na milion mieszkańców znajduje się w absolutnym ogonie Europy. Wśród krajów Unii Europejskiej tradycyjnie zajmujemy piąte miejsce od końca. Ministerstwo Zdrowia już kilka dni przed Wielkanocą ogłosiło, że przepustowość polskich laboratoriów wzrosła do 20 tys. testów na dobę. Co z tego, skoro po niemal dwóch tygodniach od tego anonsu liczba wykonywanych testów oscyluje wokół 10 tys.?

Choć lekarze w szpitalach po kilku tygodniach od wybuchu epidemii mają większe możliwości zlecania testów, nadal są w tym zakresie problemy. Niekiedy bardzo prozaiczne – brak wymazówek, brak informacji, gdzie można przesłać pobraną próbkę do laboratorium, by otrzymać wynik w dającej się zmierzyć przyszłości (relacje o kilkudniowym okresie oczekiwania na wynik testu nie są żadną *urban legend*, wystarczy porozmawiać z pracownikami medycznymi czekającymi na swój wynik na przymusowej kwarantannie). Są też przeszkody instytucjonalne – co czwarty lekarz pracujący w szpitalu bez oddziału zakaźnego twierdzi, że barierą w zlecaniu testów są decyzje lokalnego sanepidu (ankieta portalu Medycyna Praktyczna). Ministerstwu Zdrowia ciągle nie udało się uporządkować procedur zlecania testów w taki sposób, by były przejrzyste, a samo zlecanie stało się czynnością wręcz rutynową. W Warszawie i – szerzej – na Mazowszu sytuacja jest dużo lepsza niż w innych regionach kraju. Wykonuje się tu najwięcej testów, działa najwięcej laboratoriów (m.in. laboratorium z imponującą przepustowością 2 tys. próbek na dobę). I można zaryzykować twierdzenie, że również dlatego Mazowsze ma największą liczbę potwierdzonych przypadków zakażenia koronawirusem. Punktem odniesienia może być Śląsk, gdzie liczba mieszkańców jest podobna, laboratoriów działa kilka (!) razy mniej, a liczba potwierdzonych przypadków jest jedynie o 25 proc. mniejsza niż na Mazowszu.

Oczywiście, można tłumaczyć, że próbki pobierane od mieszkańców Śląska są badane w laboratoriach w innych województwach (również na Mazowszu), jednak fakt pozostaje faktem: Polska nie przygotowała ani infrastruktury, ani kadry, ani procedur realizacji podstawowego zadania w czasie epidemii, jakim jest poszukiwanie zakażonych. Eksperci nie mają zaś wątpliwości, że rozluźnianie reguł izolacji musi iść w parze (a raczej – musi zostać poprzedzone) ze znacznie większym zasięgiem testów. Bez zwiększonego testowania scenariusz drugiej fali epidemii staje się nie tylko możliwy, ale wręcz przesądzony.

Tymczasem zapewnieniom wiceminister o powszechnym testowaniu osób pozostających w kwarantannie przeczą informacje napływające z poszczególnych regionów. Wymazobusy docierają do skierowanych na kwarantannę niemal wyłącznie wtedy (wyjątkiem są pracownicy medyczni, którzy mają odrębną ścieżkę), gdy wystąpią objawy mogące świadczyć o zakażeniu koronawirusem. Poseł Koalicji Obywatelskiej Marek Sowa w drugiej połowie marca ujawnił, że w Małopolsce na ponad 14 tys. osób przebywających na kwarantannie wymazy pobrano tylko od 246, które miały kontakt z osobą zakażoną. Próbek jednak nie przekazano do testów (!).

Osobnym problemem jest rola lekarzy POZ w kierowaniu pacjentów na testy. Duża część zakażonych przechodzi chorobę skąpo objawowo i teoretycznie nie muszą być kierowani do szpitali (wręcz nie powinni). W tej chwili zdani są w praktyce na własny kontakt z sanepidem i – jak wynika z relacji dziesiątek osób – „wymuszanie" skierowania na testy.

System testowania nie funkcjonuje według zaleceń WHO. W przypadku pracowników medycznych działa (w miarę) poprawnie. W każdym razie widać zmiany na lepsze, choć rząd nie chce otworzyć możliwości szerszego testowania personelu (niektóre szpitale, m.in. Szpital Bródnowski w Warszawie, biorą sprawy we własne ręce i cyklicznie sprawdzają pracowników za pomocą testów kupionych przez samorząd lub sponsorów). W przypadku pacjentów hospitalizowanych system działa, choć się zacina. W przypadku osób poza szpitalami, które mogą być nosicielami i zakażać, trudno mówić o jakimkolwiek systemie. ■

Małgorzata Solecka

Fot. archiwum WUM

Nowy rektor WUM

21.04.2020 r. **prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong** został wybrany przez Uczelniane Kolegium Elektorów na rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Prof. Gaciong ukończył I Wydział AM w Warszawie, posiada specjalizacje w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz nadciśnienia tętniczego. Pracuje w Szpitalu Klinicznym przy ul. Banacha na stanowisku kierownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii. Jest także nauczycielem akademickim. W ubiegłych latach pełnił wiele funkcji, m.in. prodziekana i dziekana I Wydziału Lekarskiego WUM. Jest prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Personalizowanej. ■

Łańcuch pomocy w walce z koronawirusem

Samorząd Mazowsza | Władze samorządowe Mazowsza jako pierwsze władze regionalne w Polsce uruchomiły fundusze unijne na zakup sprzętu, środków ochrony osobistej i szybkich testów diagnostycznych. Podpisanych zostało blisko 50 umów z producentami. Do szpitali na Mazowszu sukcesywnie trafiają kolejne dostawy.

Wojewoda mazowiecki nałożył obowiązek podwyższonej gotowości na 62 placówki. Wśród nich są stacje pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego i to one w pierwszej kolejności są wyposażane w aparaturę medyczną i diagnostyczną (zapewniono także usługi adaptacyjno-budowlane), odczynniki, leki, testy, urządzenia i środki do dezynfekcji oraz ochrony indywidualnej. Dostawy obejmują 4,4 mln sztuk środków ochrony osobistej oraz ponad 260 różnych urządzeń: respiratorów, tomografów, aparatów RTG, defibrylatorów, urządzeń do dekontaminacji, specjalistycznych łóżek i pojazdów.

WOŚP w Radomiu | Radomskiemu Wojewódzkiemu Szpitalowi i pogotowiu, szczególnie dotkniętym kłopotami z powodu epidemii, bo jest tu jedno z największych ognisk choroby w kraju, Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy podarowała przyłbice. *„Czekamy jeszcze na pięć łóżek do intensywnej terapii. (...) Bardzo się cieszę, że w tej nadzwyczajnej sytuacji nie brakuje ludzi dobrej woli. Tych szlachetnych działań jest naprawdę mnóstwo. Za każdy gest z całego serca w imieniu lekarzy dziękuję!”* – napisał na Facebooku Radosław Witkowski, prezydent Radomia.

Do grona wspierających dołączyło wiele firm i instytucji, m.in.: Grupa Warta (100 tys. zł), Dafi, Caritas, Radomski Bank Żywności, Zbyszko, Catering OK, Windoor i Markbud, Felicea, Oriflame, Kratki.pl, Catering E.Leclerc Radom, Ardomex AGD, a także drużyna HydroTruck Radom oraz osoby prywatne: raper KęKę (100 tys. zł) i trener Cerrad Enea Radom R. Prygiel. Mieszkańcy zebrali ponad 50 tys. zł.

Ciechanów | 10 kwietnia zarząd powiatu ciechanowskiego przeznaczył z rezerwy ogólnej swojego budżetu 100 tys. zł dla Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie na zakup wyposażenia medycznego. To druga decyzja o pomocy dla służby zdrowia podjęta przez władze powiatowe. Pod koniec marca zarząd przekazał 100 tys. zł na zakup środków ochrony osobistej oraz dezynfekcyjnych. Pomyślano również o strażakach. Dla jednostek OSP przeznaczono 45 tys. zł na zakup kombinezonów i innych środków ochrony osobistej.

Również władze miasta troszczą się o szpital. Zakupiły dla niego 2 tys. maseczek i przekazały 50 tys. zł, a następnie zorganizowały strefę izolacji dla szpitalnego personelu w Hotelu Olimpijskim MOSiR. Miejskie spółki i zarządy dzielnic przekazały placówce kolejne 50 tys. zł.

Małe miejscowości | W gminie **Rzekuń** w powiecie ostrołęckim dzień po dniu członkowie Ochotniczej Straży Pożarnej objeżdżają wioski i przekazują maseczki, uszyte przez Rzekuńską Pomoc Sąsiedzką, oraz przyłbice ochronne wszystkim mieszkańcom Rzekunia, Ław, Laskowca, Nowej Wsi Wschodniej. Dźwięk strażackiej syreny jest sygnałem dla mieszkańców, aby wyszli przed dom i odebrali swój pakiet.

Wspólnota parafialna w **Myszyńcu** oraz Stowarzyszenie Rycerze Kolumba zakupili materiał na ponad 2 tys. maseczek wielokrotnego użycia. 28 kobiet zgłosiło się w ramach wolontariatu do ich szycia. Gotowe maseczki są rozdawane bezpłatnie w różnych miejscach publicznych.

Gmina **Krasnosielc** kupiła dla mieszkańców 5 tys. maseczek ochronnych, trójwarstwowych z certyfikatem medycznym. Były dostarczane przez pracowników urzędu gminy do skrzynek pocztowych bądź bezpośrednio do domów. Podobnie postąpiły gminy: **Szulborze Wielkie, Czarnia, Wąsewo, Czerwonka** i wiele innych.

Maków Mazowiecki | 7 tys. maseczek ochronnych, które uszyła krawcowa Jolanta Wysocka z kilkunastoma wolontariuszkami ze Słomianek (gmina Karniewo), trafiło do Szpitala im. Czerwonego Duńskiego Krzyża i mieszkańców Makowa Mazowieckiego. Osoby ubogie otrzymywały je w urzędzie miejskim. Kolejna partia przekazana została do Klubu Seniora, dla osób powyżej 70. roku życia.

Pułtusk | Gmina Pułtusk, miejski żłobek oraz firma krawiecka Made by Kubuś & Filip przygotowują maseczki dla przedstawicieli służb mundurowych, pracowników socjalnych oraz osób w trudnej sytuacji materialnej. ■ oprac. ***mkr***

Zbyt wielu wyjechało zagranicę

„Możemy mieć w kraju po kilka tysięcy chorych każdego dnia. Na moim oddziale już nie ma miejsc, zajmujemy kolejne części szpitala. Dostarczane są kolejne respiratory, ale kto będzie je obsługiwał? Potrzeba anestezjologów i wyszkolonych pielęgniarek – mówi prof. Krzysztof Simon, ordynator Oddziału Zakaźnego w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu we Wrocławiu.

Dla chorych na raka czasu coraz mniej

„Musimy wybierać: kontynuować leczenie chemią i narazić się na ryzyko zakażenia koronawirusem czy zostać w domu – podkreśla w wypowiedzi dla „GW" pacjentka warszawskiego Centrum Onkologii. – *W czasie chemioterapii odporności właściwie w ogóle nie ma. Żeby niczego nie złapać, przeprowadziłam się do pustego mieszkania. Z rodziną kontaktuję się tylko przez telefon i Internet. Mąż zostawia mi zakupy na wycieraczce. A przecież raka trzeba leczyć, często liczy się każdy miesiąc, tydzień".*

Burza cytokinowa

Tempo pogarszania się stanu zdrowia pacjentów z COVID-19 szokuje nawet najbardziej doświadczonych lekarzy. Powodem załamywania się ich stanu zdrowia jest prawdopodobnie tzw. burza cytokinowa. Sam wirus nie niszczy płuc, jedynie wywołuje bardzo silny stan zapalny, lecz w reakcji na patogeny następuje gwałtowne wydzielanie cytokin, czyli białek wpływających na wzrost, proliferację i pobudzenie komórek biorących udział w tzw. odpowiedzi odpornościowej.

Rys. D. Garcia

Wirus zostanie z nami

Główny epidemiolog Szwecji dr Anders Tegnell ocenia, że koronawirus prawdopodobnie nigdy nie zostanie pokonany. Dodaje, że kraje, które myślą, że pozbędą się go przez obniżenie liczby zakażeń do zera, są w błędzie. Dr Tegnell wziął udział w wirtualnej dyskusji amerykańskiego think tanku German Marshall Fund, w której wyjaśniał wyjątkowo liberalne podejście Szwecji do problemu pandemii koronawirusa.

Problemy na świecie z produkcją masek

„We Francji należałoby produkować 100 mln masek ochronnych miesięcznie, aby sprostać potrzebom służb medycznych i instytucji, w których noszenie ich jest teraz wymagane" – czytamy w „Le Monde". Przedsiębiorstwa próbują przestawić się na produkcję masek, ale jest znacznie trudniejsza niż np. żeli dezynfekujących. W „New York Times" ukazał się natomiast artykuł pt. „Jak najbogatszemu krajowi świata zabrakło masek za 75 centów", w którym postawiono tezę, że pewien model kapitalizmu ograniczył zdolność Ameryki do przygotowywania się do kryzysów zdrowotnych na taką skalę. W artykule czytamy: „*Dwie dekady temu prawie całe wyposażenie ochronne szpitali wytwarzano w kraju, ale ich produkcję – jak większość przemysłu odzieżowego i firm z sektora konsumenckiego – całkowicie przeniesiono zagranicę*". 80 proc. światowej produkcji masek ma obecnie miejsce w Chinach.

Serwis z informacjami o SARS-CoV-2

Naukowcy z Norweskiego Uniwersytetu Naukowo-Technicznego stworzyli serwis poświęcony najnowszym informacjom na temat koronawirusa oraz metodom leczenia w przypadku zarażenia się nim (https://sars-coronavirus-2.info). – *Opracowaliśmy tę stronę, by uhonorować dr. Liego Wenlianga, chińskiego lekarza, który próbował ostrzec nas przed koronawirusem, oraz wszystkich ludzi, którzy zachorowali i zmarli z powodu COVID-19* – powiedział prof. Denis Kainov.

SARS-CoV-2 ma większą siłę rażenia

Badanie, w którym poddano analizie próbki powietrza z oddziałów szpitalnych, gdzie przebywają pacjenci z koronawirusem, dało zaskakujące wyniki. Wirus znajdował się do 4 m od zakażonych. To dwukrotnie większa odległość niż uważana wcześniej za bezpieczną. Wyniki przeprowadzonego w Chinach eksperymentu medycznego opublikowane zostały na łamach czasopisma „Emerging Infectious Diseases".

Reaktywacja wirusa u wyleczonych

Według koreańskich Centers for Disease Control and Prevention u pacjentów wyleczonych z COVID-19 koronawirus może ponownie się reaktywować. U 51 chorych w Korei Południowej, którzy zostali wyleczeni, uzyskano w czasie powtórnych testów na obecność koronawirusa dodatni wynik. Jeong Eun-Kyeong, dyrektor generalny koreańskiego CDC, uważa, że osoby te nie zaraziły się ponownie, lecz doszło u nich do reaktywacji koronawirusa. Coraz częściej pojawiają się nieoficjalne doniesienia o ponownych zakażeniach, a nawet zgonach z powodu COVID-19 osób, które wcześniej zostały uznane za wyleczone.

Skutki uboczne w leczeniu COVID-19

Lekarze i pacjenci powinni być świadomi groźnych działań niepożądanych chlorochiny i hydroksychlorochiny, leków podawanych w leczeniu COVID-19 – wynika z badania opisanego w „Canadian Medical Association Journal". Do poważnych skutków ubocznych należą m.in.: zaburzenia rytmu serca, hipoglikemia oraz objawy neuropsychiatryczne. Oba preparaty są bardzo toksyczne w przypadku przedawkowania: mogą powodować śpiączkę i zatrzymanie akcji serca, możliwe są również interakcje z innymi lekami. Autorzy zwracają uwagę na niską jakość dowodów sugerujących, że podawanie tych leków może być korzystne dla pacjentów z COVID-19. ■

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.

Trudno i dziwnie

Fot. archiwum

Epidemia, pesymistyczne statystyki, złe wieści. O tym, jak przekazywać to, co nie jest łatwe, lekkie i przyjemne, z **Maciejem Orłosiem** rozmawia Renata Jeziółkowska. W wywiadzie odnosimy się także do nietypowych warunków, w jakich przyszło się nam komunikować.

Koronawirus wywołuje ogromny strach. Jak powiedzieć pacjentowi, że jest zakażony i zachorował na COVID-19 – chorobę, która zmieniła zupełnie świat?

Szklanka jest do połowy pełna albo do połowy pusta. Jeżeli ktoś jest zakażony koronawirusem, można mu powiedzieć coś w rodzaju: „Niestety, stał się pan ofiarą koronawirusa i cóż, kwarantanna, trzymamy kciuki". Oczywiście, upraszczam, ale chodzi o wydźwięk. Wtedy taki ktoś już od samego wysłuchania takich słów ma negatywne myśli, że prawdopodobnie umrze, że to się źle skończy. Tymczasem można mu powiedzieć odwrotnie: „Wie pan, wobec tego, co już wiemy o koronawirusie, ma pan np. 99,5 proc. szans na wyzdrowienie, a ponieważ jest pan w grupie wiekowej takiej a takiej, ma pan choroby współistniejące takie a takie, szansa jest taka a taka. Głowa do góry, zrobimy wszystko, żeby było dobrze". To, co się dzieje w naszej głowie, stres, ma ogromne znaczenie dla zdrowia fizycznego, przyczynia się do osłabienia organizmu. Są to więc naczynia połączone, trzeba o tym pamiętać. Jeżeli ktoś nie chce obciążać organizmu dodatkowym stresem, nie powinien oglądać newsów bez przerwy, lecz robić to rzadko.

A jak mówić o kryzysie, przekazywać złe wiadomości publicznie? Mamy konferencję prasową premiera bądź ministra. Jaki powinien być przekaz tej osoby do społeczeństwa?

Ważne jest, jak ona mówi i jak się zachowuje. Pamiętam konferencje prasowe po 11 września w Nowym Jorku. Burmistrz Rudolf Gouliani miał konferencje każdego dnia przez jakiś czas. Żeby opowiedzieć, co się dzieje, jaka jest sytuacja na froncie (w przenośni). Pamiętam, jakie to na mnie zrobiło wrażenie, bo wtedy wszyscy byliśmy w traumie pod tytułem: koniec świata, ataki terrorystyczne, Nowy Jork zaatakowany, dwie wieże zburzone, koszmar, terroryści *etc*. Pamiętam jak ten Rudolf Guliani mi dobrze zrobił na głowę. Wychodził na te konferencje prasowe i miał w oczach pozytywny przekaz, co wydawałoby się nieprawdopodobne, bo jak w takiej sytuacji mieć pozytywny przekaz. A jednak on wychodził nie po to, żeby opłakiwać zmarłych, wygłaszać mowy pogrzebowe, bo nie taka była jego rola. On wychodził po to, żeby powiedzieć, jak zarządza tą sytuacją, co robi miasto Nowy Jork, żeby wszystko wracało do normy. Wychodził, żeby wspierać rodziny ofiar, mówić, co robią strażacy itd. Miał pozytywny przekaz w oczach, bo przekaz niewerbalny był pozytywny, co na wielu odbiorców działało kojąco, zmniejszało stres. Dawał taki sygnał: „Jest jak jest, ale panujemy nad sytuacją, my jesteśmy od tego" i gdzieś tam, w domyśle: „Nie martwcie się, będzie dobrze". Tego ludzie oczekują. Zwróciłem uwagę na jedną z konferencji prezydenta Warszawy Rafała Trzaskowskiego, który podczas łączenia ze studiem któregoś z programów opowiadał, co robi Warszawa itd. I to nie było dobre, bo jego komunikacja mówiła: jest tragedia, jest beznadziejnie. On miał strasznie smutny wyraz twarzy. Nie tego my, odbiorcy, oczekujemy od prezydenta stolicy kraju. Tak samo jak nie oczekujemy tego od prezydenta Polski, od premiera, od jakiegokolwiek ministra czy marszałka

Sejmu. To są ludzie, którzy mają działać tak, żeby było lepiej, oni są odpowiedzialni za wyjście z tej sytuacji, oni nam mają wskazać drogę, oni są naszymi przewodnikami, „opiekunami".

Podkrążone oczy ministra zdrowia to dobry przekaz? Można wywnioskować, że minister nie śpi, gdyż jest zapracowany, a to chyba dobrze? Czy nie?

Z jednej strony pokazuje, że jest wiarygodny, bo poświęca się, że pracuje, że to go bardzo obchodzi itd. Jednak to dla nas sygnał, że jest bardzo źle, skoro minister zdrowia nie może spać po nocach. Nie wiemy, co on robi, może nie śpi, bo jest tak zestresowany, dlatego, że jest aż tak źle, a może nam czegoś nie mówi, sam się stresuje, a nam nie mówi... Są pewne granice. Z jednej strony dobrze, że widzimy, że to ludzka twarz – przejmuje się, jest zaangażowany. Ale z drugiej strony chcielibyśmy zobaczyć człowieka, który ogarnia sytuację, który mówiąc kolokwialnie, wie co robi, potrafi zarządzać, ma od tego kompetentnych ludzi. Jako minister zdrowia powinien wiedzieć, jak zarządzać stresem i jak robić to dobrze. Perspektywa odbiorcy – człowiek, który jest wyczerpany, nie będzie dobrze zarządzał w czasie kryzysu, a my nie chcemy mieć ministra zdrowia ani kogokolwiek z władz, kto będzie tak wyczerpany, bo nam położy sprawę. My chcemy ludzi na tyle wypoczętych i trzeźwych na umyśle, żeby potrafili trafnie zarządzać sytuacją. Ja zatem widzę więcej minusów niż plusów. Gdy widzimy wyczerpanego ministra zdrowia, nie jest to dobry znak.

Media zmieniły się pod wpływem epidemii: nagrania i studia w domach, wywiady na Skype. Wykorzystywane są różne ciekawe rozwiązania, których wcześniej raczej nie widywaliśmy w profesjonalnej telewizji. Generalnie zmieniły się kontakty międzyludzkie, wiele spraw przeniesiono do Internetu. Da się tak funkcjonować na stałe albo dłuższy czas?

Jestem zwolennikiem umiaru, ja się nie zachłysnąłem tą sytuacją. Bo to nie jest fajne, że wszystko dzieje się online, bo to jest wymuszone przez coś niedobrego. Oczywiście, dobrze, że mamy możliwość spotykać się internetowo, widzieć dzięki kamerkom w naszych smartfonach i laptopach, ale – choć są obszary życia, które nawet po koronawirusie pozostaną w sferze online albo się wzmocnią – my, ludzie, potrzebujemy spotykać się. Potrzebujemy być ze sobą, potrzebujemy się socjalizować i prowadzić życie towarzyskie. Dotknąć, zobaczyć, poczuć drugiego człowieka – i zawodowo, i prywatnie. Nie uda się wszystkiego zaczarować, zrobić online. Miałem już telefoniczny kontakt z lekarzem, dla bezpieczeństwa, żeby nie iść do przychodni. Faktycznie czasami można przeprowadzić konsultację z lekarzem, ale czasami nie, bo on musi dotknąć, zbadać, np. zajrzeć do gardła, i najlepsza

> Człowiek, który jest wyczerpany, nie będzie dobrze zarządzał w czasie kryzysu.

kamerka nie zrobi tego, co on. Organizuję szkolenia i oczywiście mogę zrobić szkolenie online, ale zdecydowanie wolę spotykać się z ludźmi bezpośrednio, kiedy możemy usiąść, pogadać, zobaczyć się, wymienić myśli, pobyć ze sobą, pobyć w ruchu. Bo jak mamy dłuższą formułę spotkania, trwanie w jednym miejscu, przed kamerką, dłuższy czas nie jest takie naturalne dla człowieka, mało tego, wcale nie jest zdrowe.

Czy fakt, że eksperci, rozmówcy w telewizji wypowiadają się ze swoich domów ma znaczenie? Niektórzy tworzą w domach bardziej formalne tła, np. ustawiają flagi. Inni podkreślają domowe, typowo prywatne warunki. Czy ma to wpływ na odbiór i traktowanie wypowiadającego się jako mniej lub bardziej profesjonalnego i wiarygodnego? Garnitur w domu – to dobry pomysł?

Uważam, że nie tędy droga. Jeżeli polityk łączy się na Skype o godz. 23, to raczej spodziewamy się, że nie robi tego ze swojego biura, tylko z domu. Dla polityka będzie lepiej, gdy zrezygnuje z garnituru. Nie chodzi o to, żeby się pokazywał w piżamie albo w jakimś podkoszulku, z gołymi ramionami, czy w szlafroku, ale jeżeli będzie ubrany w stylu *smart casual*, będzie to zupełnie uzasadnione. Ważny jest obrazek, który będzie wystarczająco dobry, by nie odwracały uwagi od mówiącego jakieś niedociągnięcia, np. ktoś jest zbyt kolorowo ubrany albo za dużo rzeczy dzieje się w tle. Oczywiście, jakość dźwięku musi być na tyle dobra, żebyśmy rozumieli wypowiedź. Nie ma nic bardziej deprymującego dla obu stron jak rwące się połączenie internetowe, zniekształcenie dźwięku, obrazu, gdy zanika i wraca.

Wracając do tła. Czy najlepszy jest wykorzystywany często patent regału z książkami?

Ja sam używam regału z książkami, bo książki stanowią bardzo dobre tło, bardzo dobrą scenografię. Ale regał jest na tyle daleko, że nie widzimy tytułów, książki dobrze się komponują. Sam się zastanawiam, co z tym zrobić. Nie bardzo mam tło alternatywne i szukam czegoś nowego, ale lepsze jest wrogiem dobrego. W sumie po co mam szukać, skoro mam dobre tło, chociaż chciałbym się trochę „pourozmaicać". Są ludzie, którzy korzystają z różnych programów, różnych możliwości technicznych i robią sobie tło wirtualne. Nie zawsze to ma sens. Najważniejsze w tle jest to, „żeby było, ale żeby go nie było". Żeby było ładne, przyjemne, ale żebyśmy się z nim nie zlali. Ważne jest, żebyśmy nie ustawiali się pod światło. I żeby tło nie weszło na pierwszy plan... Bo to ja mam być pierwszym planem.

Ścianka z logotypami instytucji jest w porządku jako tło?

Tak, absolutnie. Firmom komercyjnym bym odradzał, ale w przypadku instytucji – jak najbardziej. Tylko trzeba pamiętać, by logotypy były dobrze wkomponowane i faktycznie pozostawały tłem. Trzeba uważać, by tło nie stało się „przeszkadzaczem". Gdy mamy do czynienia z chaosem, nie skupiamy się na przekazie. Tło musi istnieć, jakby go nie było. Tło musi być tylko – i aż – tłem. ■

#W_ETERZE

Niezmiennie podkreślamy, że by móc oczekiwać reakcji na problemy, o tych problemach trzeba mówić. Praktycznie codziennie nasza izba rozmawia z różnymi mediami na ważne dla medyków tematy. Przekazujemy wieści z frontu, informujemy o brakach i łamaniu procedur, o nieuprawnionych działaniach, o organizowanym i współorganizowanym przez nas wsparciu. Reagujemy, stajemy w obronie środowiska. Nie zawsze nasz punkt widzenia jest zgodny z „obowiązującymi" przekazami. Ponadto walczymy ze zdarzającym się hejtem i promujemy dobro. W czasie epidemii głos lekarzy musi być szczególnie słyszalny. Dla dziennikarzy jesteśmy wiarygodnym źródłem informacji, w związku z czym bardzo często pojawiamy się w programach radiowych i telewizyjnych, nasze komentarze publikowane są na portalach internetowych i w gazetach.

Niedomogi systemowe

❑ O obnażanych przez epidemię problemach dla **„Pulsu Medycyny"** wypowiadał się wiceprezes ORL w Warszawie dr Jarosław Biliński: *„Od dawna środowisko lekarskie bije na alarm, że sytuacja systemu jest fatalna, że jest on mocno niedofinansowany, że potrzebne są gruntowne reformy. Na hasło »koronawirus« system nie uzdrowił się. (...) Koncentrowanie sił na koronawirusie niewątpliwie przełoży się na większe problemy w procesach leczenia innych pacjentów, w standardowych sytuacjach. Bo ludzi nie zaczęły nagle omijać inne choroby. Gdy opadnie kurz po bitwie, będzie o wiele trudniej niż przed nią, na co państwo na pewno nie jest przygotowane"*.

❑ W wywiadzie dla **„Menedżera Zdrowia"** prezes ORL Łukasz Jankowski podkreślał: *„Mam nadzieję, że rządzący zrozumieją to, że systemu ochrony zdrowia, który już przed pandemią był nieprzygotowany do pomocy wszystkim chorym, po kłopotach z koronawirusem prawdopodobnie będzie jeszcze bardziej nieskuteczny. Wielotygodniowe oczekiwanie na zabiegi i diagnostykę stanie się jeszcze dłuższe, a kłopoty pacjentów z chorobami przewlekłymi jeszcze poważniejsze"*.

❑ Na łamach portalu **Rynekzdrowia.pl** informowano, że: *„o sytuacji radomskiej placówki zaczął alarmować lekarz Paweł Doczekalski z Okręgowej Izby Lekarskiej. Wyjaśniał, że z relacji pracownika wynika, że w szpitalu większość pielęgniarek jest zarażonych, a personel pracuje w warunkach totalnego skażenia biologicznego bez należytego zabezpieczenia"*.

❑ W **„Rzeczpospolitej"** czytamy wypowiedź w imieniu naszej OIL: *„Już przed epidemią chorzy czekali na te zabiegi w wielotygodniowych kolejkach. Niektórzy mogą po prostu nie doczekać operacji"*.

❑ *„Lekarzom brakuje takiego zwykłego poczucia bezpieczeństwa. Epidemia koronawirusa uwypukliła niedomogi systemu, m.in. pokazała, jakie mamy braki nawet podstawowego sprzętu w szpitalach. Brakuje masek chirurgicznych, przyłbic, kombinezonów. Nagle personel medyczny zdał sobie sprawę, że nawet w tej kwestii jest zdany sam na siebie. Metodami chałupniczymi próbuje się szyć maseczki, sklejać przyłbice"*. – mówił dr Biliński w **„Medexpressie"**.

❑ Na kwestię niedoborów m.in. ŚOI zwracaliśmy uwagę na antenie radia **TOK FM** w Magazynie EKG: *„Ogarnia nas ogromny niepokój o nasze bezpieczeństwo, bezpieczeństwo naszych pacjentów i naszych rodzin. Brakuje sprzętu ochrony osobistej, brakuje testów. System ochrony zdrowia do tej pory był sklejony na taśmę. Teraz dochodzimy do sytuacji, w których tam, gdzie procedury były naginane, personel medyczny zaraża pacjentów i zaraża siebie nawzajem"*.

❑ Wielokrotnie odnosiliśmy się do tematu testów. Z **„Gazetą Prawną"** rozmawiała lek. Maria Kłosińska: *„Efekt koronadomina jest coraz bardziej prawdopodobny. Codziennie otrzymujemy co najmniej jeden telefon od lekarza, który został skierowany na kwarantannę, ale któremu nikt nie wykonał testu na obecność koronawirusa. Lekarze mogliby szybciej wracać do pracy, bo po tygodniu i dwóch negatywnych wynikach testu kwarantanna może zostać skrócona do siedmiu dni, ale rzadko się tak postępuje, bo nikt tych testów nie wykonuje, a pracownicy ochrony zdrowia wciąż nie są traktowani priorytetowo"*.

❑ Nasze wypowiedzi pojawiały się na **Infodent24.pl**: *„Pytany, czy w obecnej sytuacji lekarze powinni pracować tylko w jednej placówce, przedstawiciel OIL w Warszawie ocenił, że powinno się apelować do lekarzy, aby ograniczyli liczbę miejsc pracy, jeżeli jest to możliwe. Przestrzegał jednak przed wprowadzaniem rozporządzeń narzucających lekarzom pracę w jednym szpitalu"*.

❑ *„Zakazanie mówienia o tym, że jest źle, nie sprawi, że zrobi się dobrze”* – zwracaliśmy uwagę w programie „Tak jest” w **TVN24**, odnosząc się do pisma resortu zdrowia, w którym zakazuje się wojewódzkim konsultantom opiniowania w sprawie epidemii COVID-19. W ocenie izby to próba „kneblowania” środowiska medycznego.

Wsparcie dla lekarzy

❑ O jednej z form wsparcia dla lekarzy z naszej izby, czyli o zakupie wymazówek, informowały różne media, m.in. **„Co w zdrowiu”**: *„Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie kupiła wymazówki dla lekarzy, członków izby, by przyspieszyć wykonywanie testów na SARS-CoV-2. To środek do celu, jakim jest ograniczanie ryzyka zakażeń wśród personelu medycznego oraz przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa”*. Cytowały nas także **Radio Zet**, **Portal Samorządowy**, **„Rynek Zdrowia”**, **Infodent24.pl**, **„Medycyna Praktyczna”**, **rynekaptek.pl**: *„Nie narzucamy sobie limitu w zamówieniach wymazówek, jednak z uwagi na ograniczenia w jednorazowo docierających ilościach, by założenia naszej akcji nie straciły sensu i była ona efektywna, prosimy o korzystanie z naszej pomocy w przypadku zaistnienia potrzeby przeprowadzenia testu”*.

❑ W mediach mówiliśmy także o naszej akcji pomocy w szukaniu mieszkań na czas izolacji i kwarantanny dla lekarzy. Dla Polsat News wypowiadał się koordynujący akcję lekarz Michał Matuszewski: „*Pomysł pojawił się w związku z sytuacją, w jakiej znaleźli się ratownicy medyczni, którzy musieli odbyć kwarantannę w karetce pogotowia po tym, jak okazało się, że mogli zostać zakażeni koronawirusem*”. Tematem zajmowały się także **TVN24**, **„Medexpress”**, **Money.pl**.

❑ O wsparciu, w które włączyła się Okręgowa Rada Adwokacka, informowało **RMF24**, przywołując m.in. wypowiedź przedstawiciela OIL: *„W obecnej, nietypowej sytuacji każde dodatkowe wsparcie dla medyków jest bardzo ważne i potrzebne. Naszą rolą jako lekarzy jest leczenie pacjentów i na tym musimy się skupiać. Jednocześnie zmieniają się przepisy prawa, pojawiają się i zaczynają obowiązywać nowe dla nas regulacje, jest duży chaos, dlatego dziękujemy ORA za pomoc w odnalezieniu się w zmieniającej się prawnej rzeczywistości”*.

❑ Wiele mediów poruszało kwestię organizowanej w naszej siedzibie zbiórki środków ochronnych, które później przekazujemy szpitalom. Publikowana była także stworzona przez nas mapa braków. O zapotrzebowaniu pisał m.in. portal **POLSKATIMES.PL**: *„Uważana przez polskich lekarzy za działającą wzorowo (co wcale nie jest regułą) Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie opublikowała w poniedziałek mapę placówek medycznych, które wciąż borykają się z brakami podstawowych środków ochrony osobistej. Wciąż jest ich szokująco wiele. Na samym Mazowszu – ponad 147. Co więcej, od początku akcji prowadzonej przez OIL zaledwie trzy placówki zgłosiły dotąd izbie, że ich bieżące potrzeby zostały zaspokojone. Chodzi o ogromne liczby brakujących elementów wyposażenia – idące w tysiące i dziesiątki tysięcy w przypadku pojedynczej placówki”*. Cytowano nas w **„Co w zdrowiu”**, **RMF FM**, **„Polityce Zdrowotnej”**, **RDC**, **Radiu Eska**.

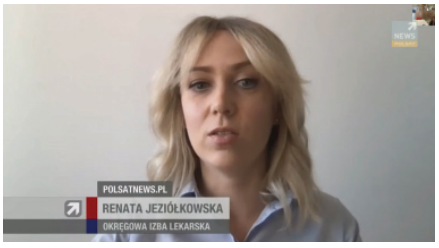
Nasze reakcje

❑ O skierowaniach do pracy przy zwalczaniu epidemii pisał m.in. **onet.pl**, który zacytował wypowiedź lek. Marii Kłosińskiej odnoszącej się do kwestii udostępniania danych lekarzy: *„Faktycznie, odmówiliśmy wojewodzie mazowieckiemu takich danych, ponieważ po konsultacji prawnej dowiedzieliśmy się, że nie możemy ich udostępnić. Ale konsultowaliśmy się prawnie przede wszystkim z Ministerstwem Zdrowia. W wyniku tych konsultacji odpowiedzieliśmy panu wojewodzie, że istnieje prosta ścieżka prawna do uzyskania tych danych z innego źródła: wystarczy, że Ministerstwo Zdrowia zwróci się o nie do Naczelnej Izby Lekarskiej, która może je udostępnić”*. Temat skierowań poruszany był także m.in. przez portal TVP.INFO oraz wpolityce.pl.

❑ Do kwestii skierowań w wywiadzie w TVN24 odniósł się prezes ORL Łukasz Jankowski: „*Mam poczucie, że medycy są traktowani jak przedmiot jakiejś gry. My w tej grze nie uczestniczymy. Jeżeli uczestniczymy, to tylko w walce z koronawirusem. Koronawirus da się pokonać testami, sprzętem, ale nie da się go pokonać prokuraturą.* (...) *Deklaracje ze strony rządzących nie pokrywają się z tym, co się później dzieje. Jeszcze kilka dni temu minister zdrowia bił brawo medykom, dziękował jak bohaterom za walkę.* (…) *Ochrona zdrowia nie uleczy się z dnia na dzień, nawet jak koronawirus zniknie. Problemy zostaną, a nawet się nasilą. To czas na apel o »nową normalność« również w ochronie zdrowia.* Wypowiedzi przywoływane były również m.in. w gazeta.pl.

❑ Tematem zajęły się także **Fakty TVN**, które wyemitowały wypowiedź prezesa ORL: *„Potrzebujemy dzisiaj głosów wsparcia. Potrzebujemy głosów, które wzmacniałyby morale personelu medycznego. Taki głos, łączący prokuraturę z tym, co dzieje się dzisiaj w ochronie zdrowia, to wzmaganie sytuacji zagrożenia dla personelu medycznego”*.

❑ W głównym wydaniu „Wydarzeń” w **Polsacie** odnosiliśmy się do skierowań oraz trudnej sytuacji jednego z DPS: *„Ta epidemia obnaża wiele problemów systemowych (...) Mamy sygnały od lekarzy, że skierowania do zwalczania epidemii wydawane są chaotycznie, często bez poszanowania prawa. Zdarzało się np., że policja pukała do lekarza w środku nocy”* – mówiła rzecznik prasowa OIL Renata Jeziółkowska. W materiale o trudnych warunkach pracy lekarzy mówił lek. Paweł Doczekalski: *„Nie da się zachować ciągłości opieki nad pacjentami, jeżeli jest jeden lekarz i dyżuruje non stop! Nie śpi i nocuje cały czas w szpitalu, no jest to ponad siły ludzkie”*.



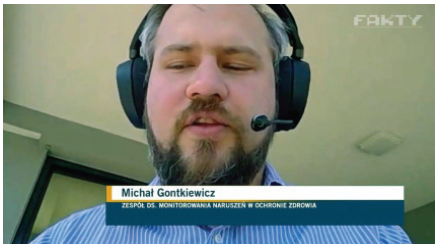
❑ Apelowaliśmy w sprawie obowiązku noszenia maseczek przez małe dzieci. *„Zgodnie z zaleceniami CDC ostrzegamy, że zakładanie maseczek, a także innych środków mogących utrudniać swobodne oddychanie u dzieci poniżej 2. roku życia grozi poważnymi powikłaniami, a nawet uduszeniem”* – podkreślała lek. Dorota Bębenek, przewodnicząca Zespołu ds. Matek Lekarek, co podało radio **RMF FM**. Stanowisko OIL przywołały także „Do Rzeczy” i POLSKATIMES.

Stop hejtowi

❑ *„Wyodrębniliśmy trzy obszary hejtu, z jakim spotykają się lekarze i lekarki. Jeden związany jest z informacjami medialnymi. Jeżeli są przekazane nierzetelnie lub wyrażają dobitne opinie na temat procedur, bez wcześniejszej weryfikacji, uruchamia się spirala nienawiści”* – mówiła lek. Maria Kłosińska w **onet.pl**.

❑ O hejcie pisał na **TVN24.pl** lek. Paweł Doczekalski: *„W Warszawie trwa rekrutacja do przedszkoli. Oczywiście na kolejny rok. I mamy już skargi, że prywatne przedszkola nie chcą przyjmować lekarskich dzieci. Katalogujemy wszystkie takie przypadki. Jeśli trzeba, zajmuje się nimi rzecznik praw lekarzy”*. Maria Kłosińska dodała: *„To są różne sprawy i my nie zostawiamy lekarzy bez pomocy. Najwięcej zgłoszeń dotyczy hejtu w Internecie, wpisów, które przekraczają granicę prawa. My wtedy, jako OIL, występujemy do autorów z wezwaniem o ich usunięcie. To zwykle skutkuje, bo za prośbą stoi nie jeden lekarz, lecz cała instytucja. Jeśli ktoś nie usunie oczerniających informacji, będziemy kierować sprawę do prokuratury, tak jak robiliśmy to do tej pory, jeszcze przed epidemią”*. Wypowiedzi lekarzy z naszej izby pojawiały się na **koduj24.pl**, w **Radiu Zet**, w **„Rzeczpospolitej”**.

❑ Gościem na żywo programu „Wstajesz i weekend” w **TVN24** była rzecznik prasowa naszej izby Renata Jeziółkowska, która o hejcie mówiła jak o kropli w morzu serdeczności: *„Często hejt wynika z niezrozumienia. Na pewno jest bardzo bolesny dla osoby, która w szpitalu walczy o ludzkie życie, o ludzkie zdrowie, która swoje siły, całą energię poświęca temu, żeby działać na rzecz pacjentów, która przeżywa ogromne emocje, zmaga się z wieloma przeszkodami”*. Wypowiedzi o hejcie emitowane były także m.in. w „Faktach po południu” i „Szkle kontaktowym”: *„Nawet drobne gesty wsparcia, życzliwości są w tym wszystkim bardzo ważne, dodają po prostu sił i dodatkowej motywacji”*. Cytowały nas także **„Wprost”** i **„Newsweek”**. Z ramienia izby dla „Faktów po południu” wypowiadali się lekarze Michał Gontkiewicz i Tomasz Imiela.



No fault

❑ W **„Termedii”** prezes ORL Łukasz Jankowski mówił: *„Chcielibyśmy usłyszeć zapowiedzi wdrożenia »systemu no fault«, czyli braku penalizacji błędów medycznych, oczywiście z uwzględnieniem satysfakcjonujących odszkodowań dla pacjentów. To byłby prawdziwy wyraz zaufania, zrozumienia trudów pracy medyków”*.

❑ Szef ORL w ostatnim czasie odnosił się *no fault* również w **„Medycynie Praktycznej”**: *„Oczekiwanym gestem zrozumienia ciężkiej pracy medyków byłoby wdrożenie przez resorty zdrowia i sprawiedliwości tzw. systemu no fault, czyli braku penalizacji błędów medycznych – mówi szef OIL w Warszawie Łukasz Jankowski. (...) Niepokoi koincydencja zdarzeń, kiedy zaczynamy głośno mówić o błędach w kierowaniu lekarzy do pracy przy zwalczaniu epidemii, następnego dnia odbywa się konferencja prasowa i pojawia się wątek prowadzenia śledztw prokuratorskich w odniesieniu do personelu w DPS, natomiast nie padają żadne słowa komentarza o bezprawnych skierowaniach medyków do pracy, o czym głośno mówimy od kilku dni. Lekarzy zaniepokoiły też słowa sugerujące winę personelu przed ustaleniami śledztwa: słyszeliśmy kategoryczne stwierdzenia o zniknięciu personelu, o pozostawieniu samym sobie pacjentów, tymczasem, jak rozumiem, śledztwa w tym zakresie dopiero się rozpoczynają”*. ■

NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia
Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie

Tarcza dla placówek służby zdrowia

Pandemia koronawirusa dotknęła cały świat, nie istnieją granice, których COVID-19 nie mógłby przekroczyć. Chociaż największe zagrożenie stanowi dla osób starszych i schorowanych, dotyka wszystkich – dzieci, osoby młode i wysportowane również stają się jego ofiarami. Bardzo łatwo przenosi się drogą kropelkową. Najskuteczniejszą bronią na razie jest ograniczenie kontaktów między ludźmi, znacznie zmniejszające rozprzestrzenianie się wirusa.

Niewdrożenie w porę restrykcji w poruszaniu się, a także ich nieprzestrzeganie doprowadziło do dramatycznej sytuacji we Włoszech, gdzie do końca marca potwierdzono ponad 100 tys. zakażeń i blisko 15 tys. zgonów wywołanych COVID-19. W Polsce 13 marca wprowadzono stan zagrożenia epidemicznego, a tydzień później stan epidemii.

Stan epidemii wiąże się m.in. z ograniczeniem działalności wielu przedsiębiorstw, które nie mogą normalnie funkcjonować i osiągać przychodów. Aby złagodzić skutki gospodarze epidemii, rząd wprowadził szereg rozwiązań zwanych tarczą antykryzysową. Oferowane są bezzwrotne pożyczki dla mikroprzedsiębiorstw, można wystąpić o zwolnienie z opłacania składek ZUS, wydłużono terminy sprawozdawczości podatkowej. Oczywiście, nie wszyscy przedsiębiorcy kwalifikują się do określonych programów, nie zawsze też wysokość wsparcia wydaje się wystarczająca. Nie ma wątpliwości, że wiele firm nie przetrwa kryzysu wywołanego pandemią. Służba zdrowia może liczyć na znacznie większą pomoc niż inne gałęzie gospodarki. Ograniczenie przyjęć planowych do szpitali, porad ambulatoryjnych, rehabilitacji i leczenia uzdrowiskowego, leczenia stomatologicznego sprawia, że podmioty lecznicze nie są w stanie realizować kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia na dotychczasowym poziomie. Aby pomóc świadczeniodawcom utrzymać płynność finansową, wprowadzono istotne zmiany w zasadach finansowania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Fundamentalną zmianą jest umożliwienie – na wniosek świadczeniodawcy – ustalenia należności z tytułu realizacji świadczeń jako iloczynu odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania w planie pozycji umowy w tym okresie rozliczeniowym. Oznacza to, że niezależnie od faktycznej realizacji świadczeń (lub nawet w przypadku czasowej przerwy w udzielaniu świadczeń) świadczeniodawca może otrzymywać od funduszu stałe finansowanie w okresie od marca do września 2020 r. To „bardzo miękka poduszka", pamiętać jednak należy, że nie jest to zapłata za nicnierobienie. Po odwołaniu stanu epidemii i przywróceniu pełnego dostępu pacjentów do placówek ochrony zdrowia trzeba będzie ciężej pracować, żeby po okresie obniżonej aktywności nadgonić zaległości i na koniec roku wykazać się pełną realizacją kontraktu.

Kolejna zmiana ułatwiająca świadczeniodawcom zachowanie płynności finansowej polega na możliwości skrócenia okresu sprawozdawczego do siedmiu dni, czyli w praktyce wystawiania rachunku za świadczenia aż cztery razy w miesiącu.

Nowym rozwiązaniem, które ma pomóc zarówno pacjentom, jak i lekarzom, jest udzielanie teleporad za pośrednictwem elektronicznej platformy CSIOZ. Taki produkt rozliczeniowy pojawił się w Zarządzeniu prezesa NFZ nr 45/2020/DSOZ z 27 marca 2020 r. Teleporad będzie można udzielać siedem dni w tygodniu, całodobowo. Ważne, że na platformie CSIOZ będzie mógł się zarejestrować każdy lekarz i lekarz dentysta, niezależnie od posiadanej specjalizacji oraz zatrudnienia – również właściciele gabinetów prywatnych. To ciekawa alternatywa pomocy (odpłatnej) pacjentom w czasie, gdy kontakt ze służbą zdrowia jest znacznie ograniczony.

Oczywiście, nie można zapominać o dodatkowym finansowaniu szpitali wyznaczonych do walki z koronawirusem, które nie tylko otrzymają pieniądze za świadczenia związane z COVID-19, ale też skorzystają z przysługującego im ryczałtu PSZ. Szpitalom jednoimiennym przekazane będą ponadto środki za gotowość do udzielania świadczeń w przeliczeniu na każde dostępne łóżko i respirator. Co istotne, wszystkie środki finansowe wypłacane w związku z walką z epidemią COVID-19 pochodzą z budżetu państwa, co nie spowoduje uszczerbku w budżecie NFZ przeznaczonym na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wszyscy z niepokojem obserwujemy doniesienia z innych krajów, mając nadzieję, że w Polsce nie powtórzy się scenariusz z Włoch czy Hiszpanii. Trudno też prorokować, co przyniesie nadchodząca przyszłość w zakresie gospodarczym i ekonomicznym, ale jedno jest pewne – przez pandemię ucierpimy wszyscy, bo jej skutki będą globalne. ■

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

Fot. archiwum

Aktualności prawnomedyczne

FILIP NIEMCZYK, adwokat

Marzec i początek kwietnia 2020 r. przyniosły ogrom zmian i nowych regulacji z zakresu prawa medycznego związanych ze stanem epidemii COVID-19. Ramy niniejszego artykułu nie pozwalają na szczegółowe ich omówienie. Chciałbym jednak wskazać podstawowe kierunki i rozwiązania, na które zdecydowano się, aby przeciwdziałać rozprzestrzenianiu się koronawirusa i minimalizować skutki epidemii. Komentarza wymagają też niektóre aspekty obowiązywania i wykładni ogłoszonych przepisów.

NOWELIZACJA SPECUSTAWY Z 31 MARCA 2020 R.

Mocą ustawy z 31 marca 2020 r.[1] o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw obszernej nowelizacji uległa specustawa z 2 marca 2020 r., którą omawiałem w poprzednim numerze „Pulsu". Specustawa stała się w ten sposób częścią tzw. tarczy antykryzysowej, wprowadzającej wiele instrumentów wsparcia, w szczególności dla przedsiębiorców, pracodawców i pracowników. Warto wymienić nowe regulacje, dotyczące okresu stanu zagrożenia epidemicznego i epidemii, w owej ustawie zawarte:

- możliwość pomniejszenia podstawy opodatkowania o wartość darowizny przekazanej w celu przeciwdziałania COVID-19 na rzecz wskazanych podmiotów leczniczych,
- wydłużenie okresu obowiązywania orzeczeń o niezdolności do pracy i niepełnosprawności,
- zawieszenie obowiązku wykonywania okresowych badań lekarskich i psychologicznych m.in. dla kierowców zawodowych,
- wstrzymanie biegu terminów w postępowaniach administracyjnych i sądowych.

[1] DzU 2020, poz. 568.

Omawiana ustawa wprowadza również kary pieniężne związane z różnymi aspektami życia społeczno-gospodarczego w okresie epidemii. Sankcje dotyczą m.in.:

- stosowania zawyżonych cen lub marż, szczególnie produktów leczniczych, sprzętu i wyrobów medycznych – do 5 mln zł,
- naruszenia zakazu obrotu określonymi produktami – do 1 mln zł,
- naruszenia nakazu hospitalizacji, kwarantanny lub izolacji w związku z zapobieganiem, zwalczaniem i przeciwdziałaniem COVID-19 – do 30 tys. zł.

Istotne, że wymienione kary nakładane mają być w trybie administracyjnym przez właściwych inspektorów farmaceutycznych, sanitarnych i Inspekcji Handlowej, a ich wykonanie ma być natychmiastowe.

Ustawa wprowadza również nowe regulacje w zakresie prawa karnego, podnosząc sankcję karną w zakresie przestępstw bezpośredniego narażenia na zarażenie wirusem HIV (do ośmiu lat pozbawienia wolności) oraz stalkingu, zwanego inaczej uporczywym nękaniem (do ośmiu lat pozbawienia wolności), co zdaje się nie mieć bezpośredniego związku z epidemią. Ustawa dodaje również nowy typ wykroczenia, zagrożonego karą grzywny do 5 tys. zł, ograniczenia wolności lub aresztu do 30 dni, polegającego na uniemożliwieniu lub istotnym utrudnieniu czynności służbowych przez umyślne niestosowanie się do poleceń wydawanych przez funkcjonariuszy Policji lub Straży Granicznej. Zwraca w tym aspekcie uwagę bardzo ogólny sposób sformułowania zakazu i brak bezpośredniego powiązania z kwestiami zagrożenia epidemicznego. Warto dodać, że zmiany w zakresie prawa karnego weszły na stałe do porządku prawnego, a ich obowiązywanie nie jest ograniczone czasem trwania stanu epidemii.

USTAWA Z 31 MARCA 2020 R. O ZMIANIE NIEKTÓRYCH USTAW W ZAKRESIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA ZWIĄZANYCH Z ZAPOBIEGANIEM, PRZECIWDZIAŁANIEM I ZWALCZANIEM COVID-19[2]

Drugim elementem tzw. tarczy antykryzysowej jest obszerna zmiana przepisów dotyczących systemu ochrony zdrowia. Obejmuje ona m.in. następujące kwestie:

[2] DzU 2020, poz. 567.

– umożliwienie skierowania lekarza stażysty oraz lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne do pracy przy zwalczaniu epidemii do podmiotu, w którym odbywa staż lub szkolenie, lub też do innego podmiotu,
– przekazanie czynności związanych z pobieraniem krwi w ramach regulacji ustawy o publicznej służbie krwi pielęgniarkom, które przeprowadziły pod nadzorem lekarza co najmniej 100 kwalifikacji dawców do oddania krwi,
– możliwość wprowadzenia ograniczenia w dostępie pacjentów do wyrobów medycznych, produktów leczniczych i środków biobójczych mocą decyzji głównego inspektora sanitarnego,
– rozszerzenie możliwości wystawiania recept,
– umożliwienie inspektorom sanitarnym wydawania ustnych decyzji o kwarantannie, izolacji lub hospitalizacji,
– umożliwienie wydawania decyzji o kwarantannie, izolacji lub hospitalizacji lekarzowi wobec osoby narażonej na zakażenie, podejrzanej o chorobę lub chorej na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną,
– wprowadzenie kar pieniężnych w związku ze złamaniem reguł kwarantanny, izolacji lub przymusowej hospitalizacji w wysokości od 5 tys. do 30 tys. zł, wymierzanych w drodze decyzji administracyjnej przez właściwego inspektora sanitarnego,
– umożliwienie powrotu do zawodu pielęgniarkom, które nie wykonywały go przez pięć lat,
– wprowadzenie możliwości finansowania ze środków publicznych badań rozwojowych w zakresie zwalczania chorób zakaźnych bez przeprowadzania konkursu,
– podwyższenie zasiłku chorobowego do 100 proc. podstawy wymiaru dla pracowników podmiotów leczniczych za okres, w którym przebywają w kwarantannie lub w izolacji,
– uchylenie odpowiedzialności karnej i dyscyplinarnej w zakresie dyscypliny finansów publicznych wobec osób, które w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii COVID-19, działając w interesie społecznym, nabywają towary i usługi niezbędne do zwalczania tej choroby zakaźnej.

ROZPORZĄDZENIA WYKONAWCZE DO USTAWY O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEŃ I CHORÓB ZAKAŹNYCH U LUDZI

Nadzwyczajną aktywnością legislacyjną w ostatnich tygodniach wykazało się Ministerstwo Zdrowia. W marcu opublikowano wiele rozporządzeń, w tym cztery akty wykonawcze do ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych.[3] 13 marca 2020 r. ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego, w związku z którym zakazano międzynarodowego transportu kolejowego, wprowadzono obowiązek kwarantanny dla osób powracających z zagranicy, zakazano wywozu określonych wyrobów medycznych i sprzętu, nakazano zamknięcie lokali gastronomicznych, kulturalnych, sportowych, turystycznych, sanatoriów, ograniczono handel i niektóre usługi. 20 marca 2020 r. ogłoszono stan epidemii, podtrzymano dotychczasowe restrykcje, a dodatkowo w większym stopniu ograniczono działalność handlową i usługową, działalność urzędów publicznych, wprowadzono zakaz zgromadzeń do 50 osób. 31 marca 2020 r., tym razem mocą rozporządzenia Rady Ministrów,[4] wprowadzono kolejne ograniczenia, polegające przede wszystkim na wprowadzeniu do 11 kwietnia 2020 r. zakazu przemieszczania się osób, z wyjątkiem mającego na celu wykonywanie czynności zawodowych lub zadań służbowych, zaspokajanie podstawowych potrzeb życia codziennego, wykonywanie praktyk religijnych, zwalczanie epidemii. Nakazano, aby osoby poruszające się pieszo zachowały dwumetrowy odstęp, chyba że muszą opiekować się osobą nieletnią lub niepełnosprawną. Wprowadzono także istotne ograniczenia działalności leczniczej w zakresie, w jakim nie dotyczy zwalczania COVID-19, m.in. rehabilitacyjnej, uzdrowiskowej, stomatologicznej.

Do wprowadzonych w drodze przywołanych rozporządzeń przepisów zgłosić można dwa rodzaje uwag. Nie kwestionuję oczywiście zasadności podejmowania daleko idących działań związanych ze zwalczaniem epidemii, ale niektóre szczegółowe rozwiązania mogą budzić zdziwienie. Mam tu na myśli chociażby nakaz poruszania się w odległości 2 m nawet dla członków bliskiej rodziny mieszkających razem, a jednocześnie zezwolenie na praktyki religijne w większych grupach. Podstawowe zastrzeżenie nie dotyczy jednak treści poszczególnych reguł, ale faktu, że zasadnicze ograniczenia konstytucyjnych praw i wolności obywatelskich, z jakimi niewątpliwie mamy tu do czynienia, wprowadzane są mocą aktu prawnego niskiego rzędu – rozporządzenia, dla czego podstawą ma być jedynie ogłoszony przez ministra zdrowia stan epidemii. W pełni podzielam opinię, że podstawą do wydawania tego rodzaju rozporządzeń może być jedynie ogłoszony w odpowiednim trybie stan klęski żywiołowej,[5] jaką jest niewątpliwie panująca epidemia. Brak decyzji o jego ogłoszeniu ma wiele konsekwencji, nie tylko o charakterze politycznym. Z punktu widzenia prawnika stan taki niesie przede wszystkim ryzyko bezkarności osób, które naruszą reguły wynikające ze wspomnianych rozporządzeń. Sankcje karne muszą mieć bowiem odpowiednie umocowanie konstytucyjne i ustawowe, a jego brak powoduje, że daleko idące restrykcje i wysokie kary pieniężne w praktyce mogą okazać się niemożliwe do wyegzekwowania, a zatem nieskuteczne jako środek walki z COVID-19. ■

[3] DzU 2020, poz. 433, 491, 531, 567.

[4] DzU 2020, poz. 566.

[5] DzU 2002, poz. 558.

Lekarze pytają prawników

Praca w ramach projektu „Prawnik dla lekarza" zmieniła w ostatnim czasie swoje oblicze. Tylko w marcu udzieliłyśmy ponad 300 porad, co stanowi wzrost o blisko 66 proc. w stosunku do poprzednich miesięcy. Około 90 proc. problemów dotyczy oczywiście sytuacji związanej z COVID-19, w szczególności praw pracowniczych lekarzy. Poznajcie odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.

Czy kierownik podmiotu leczniczego może zamykać lekarzy na oddziałach w ramach kwarantanny z pacjentami, u których zdiagnozowano COVID-19?

Art. 42 ust. 1 Konstytucji RP stanowi, że *„Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą. Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie"*. Oznacza to, że nawet fundamentalne prawo człowieka, jakim jest prawo do wolności, może podlegać ograniczeniom. Ograniczyć wolność człowieka lub pozbawić go jej można jedynie w sytuacji określonej w ustawie. Przepisy ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wskazują m.in. możliwość izolacji, kwarantanny lub obowiązkowej hospitalizacji, ale po zaistnieniu określonych przesłanek prawnych.

Zgodnie z art. 5 wspomnianej ustawy, osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są obowiązane na zasadach określonych w ustawie m.in. do poddawania się nadzorowi epidemiologicznemu, kwarantannie, hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych. Na podstawie art. 33 państwowy powiatowy inspektor sanitarny lub państwowy graniczny inspektor sanitarny może, w drodze decyzji, nałożyć na osobę zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną, podejrzaną o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz osobę, która miała styczność ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego, obowiązek poddania się kwarantannie, izolacji lub hospitalizacji.

Co więcej, osoby chore zakaźnie i podejrzane o zachorowanie na chorobę zakaźną mogą podlegać obowiązkowej hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych. Natomiast osoby, które były narażone na chorobę zakaźną lub pozostawały w styczności ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego, a nie wykazują objawów chorobowych, podlegają obowiązkowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu, jeżeli tak postanowią organy inspekcji sanitarnej, przez okres nie dłuższy niż 21 dni, licząc od dnia następującego po ostatnim dniu zarażenia albo styczności.

Decyzja wydana przez organy inspekcji sanitarnej ma rygor natychmiastowej wykonalności. Może być przekazywana w każdy sposób zapewniający jej dotarcie do adresata, w tym ustnie, i nie wymaga uzasadnienia. Decyzje przekazane w sposób inny niż na piśmie są doręczane na piśmie po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie w ten sposób.

Czy uprawnienia do nałożenia wymienionych środków przymusu ma kierownik podmiotu leczniczego?

Wbrew obecnie występującej praktyce prawo nie daje kierownikowi podmiotu leczniczego takiego uprawnienia. Nie może on więc stosować środków przymusu w stosunku do pacjentów i oczywiście także lekarzy.

W tym miejscu trzeba wyjaśnić, że zgodnie z definicjami wynikającymi z omawianej ustawy:

- izolacja – to odosobnienie osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby,
- izolacja w warunkach domowych – to odosobnienie osoby chorej zakaźnie, niewymagającej bezwzględnej hospitalizacji ze względów medycznych, w jej miejscu zamieszkania lub pobytu, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych,
- kwarantanna – to odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

Z definicji tych wynika, że w przypadku kwarantanny mamy do czynienia z osobą zdrową, a w przypadku izolacji z osobą chorą (podejrzaną o zakażenie się). Zamykanie więc osób zdrowych, u których nie stwierdzono zakażenia, z chorymi zupełnie przeczy celowi, dla którego ma być zastosowana kwarantanna czy izolacja, a więc zapobieżeniu szerzenia się choroby. W takiej sytuacji niesłusznie poddani kwarantannie lekarze mogą złożyć zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa z art. 160 kodeksu karnego, który stanowi, że:

„§1. Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech.

§2. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od trzech miesięcy do lat pięciu.

§3. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku".

Ponadto w przypadku wykazania, że wspólne przebywanie z osobami chorymi doprowadziło do zakażenia z winy placówki medycznej, można liczyć na stosowne odszkodowanie, zadośćuczynienie, a nawet rentę.

Jak się zachować w sytuacji, gdy lekarz nie ma zmiennika po zakończonym dyżurze?

Zgodnie z art. 46. ustawy o działalności leczniczej *„odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik”*. Z przepisu tego wynika, że za zarządzanie podmiotem leczniczym odpowiedzialność ponosi kierownik placówki. Zatem kierownik podmiotu leczniczego w przypadku braku lekarzy dyżurnych, których mógłby delegować do pracy na SOR lub w izbie przyjęć, ma instrumenty prawne wynikające z przepisów. Na mocy np. art. 34. ustawy d.l. *„Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne może, w zakresie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na okres nieprzekraczający sześciu miesięcy, zaprzestać działalności leczniczej:*

1) całkowicie,

2) częściowo, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego tego podmiotu związanych bezpośrednio z udzielaniem tych świadczeń”.

Niemniej jednak, zgodnie z art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek udzielać pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Przepis dotyczy sytuacji, kiedy lekarz odmawia pomocy, która w konkretnej sytuacji jest pomocą konieczną.

W czasie pełnienia dyżuru lekarz dyżurny jest gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta. Oznacza to, że do momentu przejęcia tego obowiązku przez innego lekarza odpowiada on za stan zdrowia pacjentów. Pozostawienie chorych przebywających na oddziale bez zabezpieczenia medycznego może być kwalifikowane jako przestępstwo z art. 160 kodeksu karnego.

Oczywiście, w wielu przypadkach lekarz nie będzie w stanie dłużej pełnić dyżuru ze względu na wyczerpanie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Wówczas jest zobowiązany do poinformowania kierownika oddziału i kierownika podmiotu leczniczego o sytuacji, do sporządzenia (dla własnego bezpieczeństwa) notatki opisującej zaistniały stan i fakt narażenia przez kierownictwo pacjentów na utratę zdrowia i życia przez niezapewnienie ciągłości diagnostyczno-terapeutycznej, a w ostateczności – wezwania policji i poinformowania o niemożności kontynuowania dyżuru osobiście ze względu na stan psychofizyczny wywołany zmęczeniem.

Ze względu na realia funkcjonowania placówek medycznych ważne, żeby lekarze znali orzecznictwo Sądu Najwyższego wskazujące na ich odpowiedzialność w sytuacji, gdy nie oponują i zgadzają się na organizację pracy w sposób naruszający zasady bezpieczeństwa.

W postanowieniu z 4 października 2017 r. (sygn. SDI 69/17) Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że *„…odnosić się należy najpierw do tego, jak być powinno, a później do tego, jak w rzeczywistości jest, w często niedoskonałych realiach pracy służby zdrowia. Te realia wpływać mogą na złagodzenie odpowiedzialności, ale z reguły nie mogą od niej uwolnić…”*.

Na jakiej zasadzie wojewoda może kierować do pracy przy zwalczaniu epidemii? Czy lekarz może się nie stawić w przypadku otrzymania wezwania?

Warunki kierowania do pracy lekarzy przy zwalczaniu epidemii na podstawie decyzji wojewody lub ministra określa art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Z przepisów wynika, że pracowników podmiotów leczniczych, osoby wykonujące zawody medyczne oraz osoby, z którymi podpisano umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych, można kierować do pracy przy zwalczaniu epidemii. Można do niej kierować także inne osoby, jeżeli jest to uzasadnione aktualnymi potrzebami podmiotów kierujących zwalczaniem epidemii. Jest jednak pewna grupa osób, która nie powinna być kierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii niosącej ryzyko zakażenia:

- osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat,
- kobiety w ciąży,
- osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat,
- osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat,
- osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego,
- osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy,
- inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi,
- osoby zajmujące kierownicze stanowiska państwowe oraz posłowie i senatorowie.

W przypadku gdy dziecko w wieku powyżej 14 lat jest wychowywane przez dwie osoby, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna.

Wydane decyzje przekazywane mogą być w każdy sposób zapewniający ich dotarcie do adresata. Oznacza to, że mogą być przekazywane nawet ustnie, a następnie – po ustaniu przyczyny uniemożliwiającej wydanie ich na piśmie – doręczane są na piśmie. Decyzje te nie wymagają uzasadnienia. Lekarz ma prawo odwołania się od decyzji do ministra zdrowia w terminie 14 dni od jej doręczenia. Zaznaczyć jednak należy, że wniesienie środka odwoławczego nie wstrzymuje wykonania decyzji. Warto zatem rozważyć złożenie razem z odwołaniem wniosku o wstrzymanie rygoru natychmiastowej jej wykonalności.

Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii stwarza obowiązek pracy przez trzy miesiące w podmiocie leczniczym lub w innej jednostce organizacyjnej wskazanych w decyzji.

Odgórne skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii wiąże się z koniecznością zaprzestania wykonywania dotychczasowej pracy. Podmiot, w którym lekarz dotychczas pracował, udziela mu urlopu bezpłatnego na czas określony w decyzji. Okres tego urlopu zalicza się do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze u tego pracodawcy.

Zaznaczyć trzeba, że z lekarzem skierowanym do pracy przy zwalczaniu epidemii nie można rozwiązać dotychczasowego stosunku pracy ani wypowiedzieć mu umowy o pracę, chyba że istnieje podstawa do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika albo w przypadku zmiany lub uchylenia decyzji. Umowa o pracę może również zostać rozwiązana z pozostałych przyczyn określonych w art. 63–67 kodeksu pracy, m.in. powodu wygaśnięcia umowy, śmierci pracownika lub pracodawcy.

Podmiot leczniczy lub jednostka organizacyjna, do których zostanie skierowany lekarz, zobowiązane są nawiązać z nim stosunek pracy na czas jej wykonywania – na okres nie dłuższy niż wskazany w decyzji. Zatem należy podpisać stosowną umowę określającą wzajemne prawa i obowiązki.

Za pracę w nowym podmiocie lekarzowi przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 150 proc. przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska. Wynagrodzenie nie może być niższe niż to, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Zwrócić należy uwagę, że zgodnie z nowymi przepisami, wynikającymi z art. 47a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, poza wynagrodzeniem zasadniczym do osób wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń przez całą dobę, stosuje się dotychczas obowiązujące przepisy art. 95–99 ustawy o działalności leczniczej. Oznacza to, że nadal stosuje się przepisy dotyczące dyżuru medycznego, zatrudnienia przekraczającego 48 godzin tygodniowo, prawa do nieprzerwanego odpoczynku, pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz dodatku za pracę w porze nocnej i w święta. Lekarzowi, który został skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii, przysługuje również zwrot kosztów przejazdu oraz zwrot kosztów zakwaterowania i wyżywienia, chyba że zostaną zapewnione bezpłatnie.

Warto wiedzieć, że lekarz, który nie wykonuje decyzji, podlega karze pieniężnej w wysokości od 5 tys. do 30 tys. zł wymierzonej decyzją wojewody. Decyzja w sprawie kary pieniężnej podlega natychmiastowemu wykonaniu z dniem jej doręczenia, a doręcza się ją niezwłocznie. W przypadku ponownego popełnienia takiego samego czynu wysokość kary pieniężnej nie może być niższa od wymierzonej poprzednio i ustala się ją, dokonując powiększenia pierwszej kary o 25 proc.

Co więcej, art. 53 stanowi, że *„Kto nie wykonuje decyzji o skierowaniu do pracy przy zapobieganiu oraz zwalczaniu epidemii, wydanej na podstawie art. 47, podlega karze grzywny”*. Kara ta w myśl przepisów kodeksu wykroczeń wynosi od 20 do 5 tys. zł.

Czy pracownicy kontraktowi mogą wykonywać pracę niewynikającą z umowy i być kierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii przez kierownika placówki medycznej?

Art. 42 §4 kodeksu pracy wskazuje, że pracodawca może powierzyć czasowo pracę pracownikowi, jeśli zostaną spełnione łącznie trzy przesłanki:

- wystąpiły uzasadnione potrzeby pracodawcy,
- przeniesienie nie obniży wynagrodzenia pracownika,
- powierzona praca odpowiada kwalifikacjom pracownika.

Na podstawie tego przepisu lekarz zatrudniony w oparciu o umowę o pracę wyjątkowo w drodze polecenia służbowego może zostać skierowany do wykonywania innej pracy niż umówiona. To sytuacja podyktowana uzasadnionymi potrzebami pracodawcy i nie może trwać dłużej niż trzy miesiące. Można przyjąć, że obecnie występujący stan epidemii jest sytuacją, w której potrzeby pracodawcy są uzasadnione.

Art. 42 §4 kodeksu pracy nie wskazuje żadnej szczególnej formy, w jakiej pracodawca może powierzyć czasowo pracę pracownikowi. Pracodawca może wydać polecenie zarówno ustnie, jak i pisemnie. Przyjmuje się bowiem, że okresowe powierzenie innej pracy w trybie wspomnianego artykułu, jako niestanowiące zmiany warunków pracy oraz niebędące umową o pracę ani też wypowiedzeniem, nie wymaga zachowania żadnej szczególnej formy. Tak orzekł Sąd Najwyższy w wyroku z 13.03.1979 r. (sygn. akt I PRN 18/79). Potwierdza to również wyrok Sądu Najwyższego z 25.07.2003 r. (sygn. akt I PK 269/02), w którym orzekł on, że: *„Powierzenie innej pracy nie musi być dokonane na piśmie i zawierać uzasadnienia. Nie wymaga konsultacji zamiar jego dokonania z zakładową organizacją związkową reprezentującą prawa i interesy pracownika. Od polecenia powierzającego inną pracę nie przysługuje odwołanie”*.

Jednak dla własnego bezpieczeństwa lekarz powinien zadbać, aby oddelegowanie na inny oddział wraz z określeniem obowiązków sporządzić na piśmie. Po upływie okresu, na który pracownik został delegowany do pracy (nie dłużej niż na trzy miesiące), pracodawca ma obowiązek przywrócić go na poprzednio zajmowane stanowisko.

Wspomniane uprawnienie pracodawcy nie dotyczy lekarzy, którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o kontrakt. W takiej sytuacji strony umowy korzystają z tzw. swobody umów wyrażonej w art. 353 kodeksu cywilnego. Kierowanie lekarzy na oddziały zakaźne przez kierownictwo placówki medycznej będzie możliwe tylko w przypadku określenia w kontrakcie przez strony takiej możliwości. ■

Oprac.
Aleksandra Powierża i **Karolina Podsiadły-Gęsikowska**

MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA WSPARCIA Z ZUS W ZWIĄZKU Z EPIDEMIĄ KORONAWIRUSA

Z jakich form pomocy w ramach „tarczy antykryzysowej” mogą skorzystać lekarze/lekarze dentyści prowadzący praktykę lekarską?

PODSTAWA PRAWNA

Ustawa z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DzU 2020, poz. 374)

KLAUZULE PRAWNE

Opinia dotyczy wyłącznie kwestii w niej określonych i nie może być interpretowana jako obejmująca, w tym przez domniemanie, inne, niewspomniane w niej kwestie.
W niniejszej opinii prawnej zaprezentowano niezależną, subiektywną ocenę sporządzającego, dotyczącą prawnych aspektów przedmiotu analizy.

ZWOLNIENIE Z ZUS

(czy każdy może skorzystać,
rodzaj zaświadczenia, ścieżka postępowania)

Zgodnie z art. 31 zo. ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DzU 2020 r., poz. 374), ze zwolnienia z opłacania składek ZUS za miesiące marzec, kwiecień i maj 2020 r. mogą skorzystać:

- osoby wykonujące działalność pozarolniczą przed 1 lutego 2020 r. i opłacające składki na własne ubezpieczenia,
- płatnicy składek, którzy prowadzili firmę przed 1 lutego 2020 r. i zgłosili do ubezpieczeń społecznych mniej niż 10 osób na 29 lutego 2020 r.,
- duchowni.

Jakie trzeba spełniać warunki, aby skorzystać ze wsparcia?

- Wykonywało się działalność pozarolniczą przed 1 lutego 2020 r. i opłacało składki na własne ubezpieczenia lub było się płatnikiem składek przed tą datą i zgłosiło się do ubezpieczeń społecznych mniej niż 10 osób na 29 lutego 2020 r.
- Gdy opłaca się składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, a przychód z działalności w pierwszym miesiącu, za który jest składany wniosek, nie przekroczył 15 681 zł, tj. 300 proc. prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia brutto.
- Należy złożyć wniosek do ZUS do 30 czerwca 2020 r.
- Należy złożyć dokumenty rozliczeniowe za okres marzec – maj 2020 r. do 30 czerwca 2020 r., chyba że zgodnie z przepisami jest się zwolnionym z ich składania.

Ze zwolnienia ze składek nie skorzystają firmy, które znajdowały się w trudnej sytuacji w grudniu 2019 r. i nie regulowały należności, w tym składek pobieranych przez ZUS. Wynika to z regulacji UE.

Wniosek o zwolnienie można złożyć:

- drogą elektroniczną przez PUE ZUS,
- drogą elektroniczną przez PUE ZUS, za pośrednictwem strony gov.pl,
- za pośrednictwem poczty,
- osobiście w placówce ZUS – do skrzynki na dokumenty (bez kontaktu z pracownikiem ZUS).

Kiedy trzeba złożyć wniosek do ZUS i US?

- Wniosek do ZUS należy złożyć do 30 czerwca 2020 r.
- Dokumenty rozliczeniowe za okres marzec – maj 2020 r. należy złożyć do 30 czerwca 2020 r., chyba że zgodnie z przepisami jest się zwolnionym z ich składania.

Czy złożenie wniosku np. w maju zwalnia na trzy miesiące, jak mówi ustawa?

Tak, wniosek można złożyć do 30 czerwca 2020 r. i będzie obejmował trzy miesiące wstecz.

Kiedy można uzyskać postojowe?

Świadczenie postojowe przeznaczone jest dla osób prowadzących działalność gospodarczą na podstawie prawa przedsiębiorców lub innych przepisów szczególnych, jeżeli miały przestój w następstwie COVID-19.

Świadczenie postojowe w wysokości 2080 zł należne jest, jeśli:

- Podjęło się działalność gospodarczą przed 1 lutego 2020 r. (nie zawiesiło się działalności) i przychód, który uzyskało się w miesiącu przed miesiącem, w którym złożyło się wniosek o świadczenie postojowe:
  - był o co najmniej 15 proc. niższy od przychodu, który uzyskało się w miesiącu poprzedzającym,
  - nie przekroczył kwoty obliczonej jako 300 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego

kwartału, ogłoszonego przez prezesa GUS na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z FUS, obowiązującego na dzień złożenia wniosku.

- Podjęło się działalność gospodarczą przed 1 lutego 2020 r., ale zawiesiło się ją po 31 stycznia 2020 r. i przychód, który uzyskało się w miesiącu przed miesiącem, w którym złożyło się wniosek o świadczenie postojowe, nie przekroczył kwoty obliczonej jako 300 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału, ogłoszonego przez prezesa GUS na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z FUS, obowiązującego na dzień złożenia wniosku.
- Nie posiada się innego tytułu do ubezpieczeń społecznych.
- Mieszka się na terytorium Polski i jest się obywatelem RP lub ma się prawo czasowego lub stałego pobytu na terytorium RP.

Świadczenie postojowe w wysokości 1300 zł należne jest, jeśli:

- Rozlicza się podatek kartą podatkową oraz jest się zwolnionym z opłacania podatku VAT.
- Nie posiada się innego tytułu do ubezpieczeń społecznych.
- Mieszka się na terytorium Polski i jest się obywatelem RP lub ma się prawo czasowego lub stałego pobytu na terytorium RP.

Wnioski o świadczenie postojowe mogą być złożone w ZUS najpóźniej w terminie trzech miesięcy od miesiąca, w którym został zniesiony stan epidemii.

Wniosek o świadczenie postojowe można złożyć:

- drogą elektroniczną przez PUE ZUS;
- drogą elektroniczną przez PUE ZUS, za pośrednictwem strony gov.pl,
- za pośrednictwem poczty,
- osobiście w placówce ZUS – do skrzynki na dokumenty (bez kontaktu z pracownikiem ZUS).

Czy osoby mające zarejestrowaną praktykę indywidualną (pracujące w swoim gabinecie), a oprócz tego pracujące u kogoś na umowę-zlecenie (kontrakt w innej placówce, gdzie się jest podwykonawcą) oraz posiadające umowę o pracę z innym jeszcze podmiotem, ale nieosiągające limitu finansowego wskazanego w ustawie, mogą korzystać ze zwolnień?

Podstawowym warunkiem korzystania ze zwolnień jest opłacanie składek na własne ubezpieczenia i nieposiadanie innego tytułu do ubezpieczeń społecznych. Jeśli jest się pracownikiem (zatrudnionym na umowę o pracę), płatnikiem składek jest pracodawca, więc wyklucza to skorzystanie ze zwolnień.

Jak uzyskać dofinansowanie do pensji z umowy o pracę swojego pracownika (asystentki)?

Zgodnie z art. 15 zzb. ww. ustawy, starosta może, na podstawie zawartej umowy, przyznać przedsiębiorcy w rozumieniu art. 4 ust. 1 lub 2 ustawy z 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców dofinansowanie części kosztów wynagrodzeń pracowników w rozumieniu art. 15g ust. 4 zdanie pierwsze oraz należnych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenia społeczne w przypadku spadku obrotów gospodarczych w następstwie wystąpienia COVID-19.

Przepis ten stosuje się do osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nakładczą lub umowy-zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z ustawą z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny stosuje się przepisy dotyczące zlecenia. Przez spadek obrotów gospodarczych rozumie się zmniejszenie sprzedaży towarów lub usług w ujęciu ilościowym lub wartościowym obliczone jako stosunek łącznych obrotów w ciągu dowolnie wskazanych dwóch kolejnych miesięcy kalendarzowych, przypadających w okresie po 1 stycznia 2020 r. do dnia poprzedzającego dzień złożenia wniosku o przyznanie dofinansowania, do łącznych obrotów z analogicznych dwóch kolejnych miesięcy kalendarzowych roku poprzedniego; za miesiąc uważa się także 30 kolejno po sobie następujących dni kalendarzowych, w przypadku gdy dwumiesięczny okres porównawczy rozpoczyna się w trakcie miesiąca kalendarzowego, to jest w dniu innym niż pierwszy dzień danego miesiąca kalendarzowego.

Dofinansowanie to, w przypadku spadku obrotów o:

– co najmniej 30 proc. – może być przyznane w wysokości nieprzekraczającej kwoty stanowiącej sumę 50 proc. wynagrodzeń poszczególnych pracowników objętych wnioskiem o dofinansowanie wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne należnymi od tych wynagrodzeń, jednak nie większej niż 50 proc. kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę w rozumieniu ustawy z 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, zwanego dalej „minimalnym wynagrodzeniem", powiększonego o składki na ubezpieczenia społeczne od pracodawcy w odniesieniu do każdego pracownika,
– co najmniej 50 proc. – może być przyznane w wysokości nieprzekraczającej kwoty stanowiącej sumę 70 proc. wynagrodzeń poszczególnych pracowników objętych wnioskiem o dofinansowanie wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne należnymi od tych wynagrodzeń, jednak nie większej niż 70 proc. kwoty minimalnego wynagrodzenia, powiększonego o składki na ubezpieczenia społeczne od pracodawcy, w odniesieniu do każdego pracownika,
– co najmniej 80 proc. – może być przyznane w wysokości nieprzekraczającej kwoty stanowiącej sumę 90 proc. wynagrodzeń poszczególnych pracowników objętych wnioskiem o dofinansowanie wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne należnymi od tych wynagrodzeń, jednak nie większej niż 90 proc. kwoty minimalnego wynagrodzenia, powiększonego o składki na ubezpieczenia społeczne od pracodawcy, w odniesieniu do każdego pracownika.

Dofinansowanie to może być przyznane od dnia złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 10, mikroprzedsiębiorcom, małym oraz średnim przedsiębiorcom w rozumieniu przepisów ustawy z 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, na okres nie dłuższy niż trzy miesiące. Rada Ministrów może, w celu przeciwdziałania COVID-19, w drodze rozporządzenia przedłużyć okres, o którym mowa w ust. 5, mając na względzie okres obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii oraz ich skutki.

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

Dofinansowanie jest wypłacane w okresach miesięcznych, po złożeniu przez przedsiębiorcę oświadczenia o zatrudnianiu w danym miesiącu pracowników objętych umową, o której mowa w ust. 1, oraz kosztach wynagrodzeń każdego z tych pracowników i należnych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenia społeczne, według stanu na ostatni dzień miesiąca, za który dofinansowanie jest wypłacane. Przedsiębiorca jest obowiązany do utrzymania zatrudnienia pracowników objętych umową, o której mowa w ust. 1, przez okres dofinansowania oraz, po zakończeniu dofinansowania, przez okres równy temu okresowi.

W przypadku niedotrzymania tego warunku przedsiębiorca zwraca dofinansowanie bez odsetek, proporcjonalnie do okresu nieutrzymania zatrudnienia pracownika, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.

Wniosek o dofinansowanie przedsiębiorca składa do powiatowego urzędu pracy, właściwego ze względu na swoją siedzibę lub miejsce wykonywania pracy przez pracowników, w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia naboru przez dyrektora powiatowego urzędu pracy. We wniosku o przyznanie dofinansowania przedsiębiorca oświadcza o:

- wystąpieniu u przedsiębiorcy spadku obrotów gospodarczych w wysokości, o której mowa w ust. 4, w związku z zaistnieniem okoliczności, o których mowa w ust. 1,
- braku przesłanek do ogłoszenia upadłości przedsiębiorcy, o których mowa w art. 11 lub art. 13 ust. 3 ustawy z 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe,
- niezaleganiu z opłatą zobowiązań podatkowych, składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Pracy lub Fundusz Solidarnościowy do końca trzeciego kwartału 2019 r.,
- posiadaniu statusu mikroprzedsiębiorcy, małego albo średniego przedsiębiorcy,
- zatrudnianiu pracowników objętych wnioskiem,
- wysokości wynagrodzenia każdego z pracowników objętych wnioskiem i należnych od tego wynagrodzenia składek na ubezpieczenia społeczne,
- numerze rachunku bankowego albo numerze rachunku prowadzonego w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej właściwego dla prowadzonej działalności gospodarczej.

Oświadczenia, o których mowa, są składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: *„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”*. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

Przedsiębiorca nie może otrzymać dofinansowania w części, w której te same koszty zostały albo zostaną sfinansowane z innych środków publicznych. ■

Oprac. **Aleksandra Powierża**, radca prawny,
Katarzyna Smak, prawnik

Jak nisz

Fot. archiwum

Z prof. dr. hab. **Andrzejem Piekarowiczem**, emerytowanym kierownikiem Zakładu Wirusologii UW, rozmawia Małgorzata Skarbek.

Czy na przestrzeni lat pana pracy wzrosły możliwości pokonywania chorób wywoływanych przez wirusy?

W latach 50. ubiegłego wieku, gdy studiowałem na Uniwersytecie Warszawskim, w Polsce wybuchła epidemia choroby Heinego-Medina, wywołanej przez wirusa polio. Jej pokonanie nastąpiło dzięki pomocy udzielonej przez prof. Hilarego Koprowskiego, w postaci dostarczenia ogromnej liczby dawek opracowanej przez niego szczepionki przeciwko wirusowi polio. Szeroko zakrojona akcja szczepień ochronnych zatrzymała dalsze rozprzestrzenianie się epidemii. Utrzymanie przez kolejne lata, aż do dzisiaj, obowiązku szczepień przeciwko polio pozwoliło na zminimalizowanie liczby zachorowań. Dotyczy to nie tylko Polski, ale prawie wszystkich krajów na świecie.

Niedługo po tym, jak ukończyłem studia, w 1963 r., doszło do wybuchu epidemii ospy, która zaczęła się we Wrocławiu. Szczepienia ochronne, prowadzone na świecie od początku XIX w., nie powstrzymały epidemii wywołanej przez wirusa „przywiezionego" do Polski z Indii lub Pakistanu. Rozwój epidemii został zatrzymany dzięki innej strategii – ścisłej kwarantannie wszystkich chorych oraz osób, które się z nimi stykały. Utworzono dla nich specjalne izolatoria, nie mogli spotykać się z nikim, z wyjątkiem pracowników służby zdrowia i ochrony. Być może były to drakońskie metody, ale – jak kiedyś stwierdził jeden z koordynatorów tej akcji, prof. dr Mirosław Kańtoch – jedyne skuteczne w takiej sytuacji.

Do epidemicznych chorób zakaźnych należy też grypa tzw. sezonowa lub wywoływana przez nowo pojawiające się typy wirusa. Były one powodem epidemii w latach 1957–1958 (grypy azjatyckiej), w latach 1968–1969 (grypy Hongkong), grypy „ptasiej" i „świńskiej". Ich zasięg, liczba zakażonych osób (1–1,5 mln w czasie grypy azjatyckiej, 150–180 tys. w czasie grypy „ptasiej") oraz liczba zgonów wykluczały zastosowanie ścisłej kwarantanny, ale zostały opanowane dzięki szczepieniom ochronnym i lekom przeciwko wirusowi grypy w XXI w. Dzięki szczepieniom ochronnym zlikwidowano też epidemie o mniejszej skali, np. odry, różyczki, świnki itp.

W czym leży największa trudność walki z tymi chorobami? Osiągnęliśmy znaczny postęp w leczeniu znanych chorób wirusowych, ale wciąż stajemy przed kolejnymi wyzwaniami. Choroby wywołują nowo pojawiające się (ang. *emerging*) wirusy, np. wirus HIV, wirus ebola, wirus zicca, nowe typy

czyć wirusy?

wirusa grypy czy coronawirusy, przeciwko którym nie udało się stworzyć skutecznej szczepionki i tylko opracowane leki ratują sytuację. Przyczyna leży w rozwoju naszej cywilizacji. Zagęszczenie ludzi na stosunkowo małej powierzchni, bardzo szybkie, masowe przemieszczanie się ich na wielkie odległości – turystyka, stykanie się z dzikimi zwierzętami, także w wyniku ekspansji na tereny zajmowane dotąd tylko przez zwierzęta (wycinania lasów tropikalnych), oraz hodowanymi na ogromną skalę w wielkich fermach zwiększają niebezpieczeństwo powstania hybryd (rekombinantów) wirusowych, ich szybkiego zainfekowania ludzi i rozprzestrzenienia się po całym świecie.

Czy szczepionki mogą być „lekarstwem" na wszystkie wirusy?

To byłoby idealne rozwiązanie, niestety bardzo trudno je wprowadzić w życie. W przypadku nowych wirusów, np. SARS-CoV-2, nie mamy gotowej szczepionki, a jej opracowanie, wdrożenie do masowej produkcji i rozpoczęcie stosowania u ludzi wymaga co najmniej 12–18 miesięcy. Przy obecnym tempie rozprzestrzeniania się pandemii w takim okresie śmierć poniesie bardzo duża liczba ludzi. Jednak pominięcie w procesie opracowywania szczepionki okresu prób przedklinicznych i klinicznych jest nie do zaakceptowania w systemie prawnym większości krajów. Wydaje mi się, że w ekstremalnych sytuacjach, a taką mamy, konieczne jest zdecydowane ograniczenie prób przedklinicznych i klinicznych w celu skrócenia czasu do zastosowania szczepionki.

Szczepionki są skierowane w większości przypadków przeciwko konkretnemu typowi antygenowemu wirusa i obecnie nie potrafimy opracować skutecznej przeciwko nieznanemu typowi wirusa. Potrzebne byłoby opracowanie „linii produkcyjnej", do której można by „podstawiać" nowy typ wirusa i tworzyć „kandydatów" na szczepionkę. Przykładem takich „linii produkcyjnych" są systemy produkcji szczepionek oparte na RNA wirusów, ale konstrukcja podobnych „linii" jest konieczna.

Inną drogą walki z epidemiami chorób wirusowych jest opracowanie skutecznych leków przeciwwirusowych. Mogłyby to być leki blokujące wnikanie wirusów do komórek lub ich replikację wewnątrz komórek, opracowane dla wirusów będących kandydatami na nowe odmiany, atakujące człowieka. Ale i w tym przypadku byłoby konieczne ostateczne sprawdzenie, próby przedkliniczne i kliniczne. Należy więc opracować przepisy w tym zakresie dotyczące sytuacji nadzwyczajnych, tak jak przy wprowadzaniu leków przeciwko wirusowi HIV.

Ponieważ brak szczepionki oraz leków przeciwko SARS-CoV-2, jedyną skuteczną metodą jest ogólna kwarantanna, absolutnie przestrzegana i pilnowana przez służby porządkowe, oraz zabezpieczenie wszystkich pracowników służby zdrowia i innych osób biorących udział w walce z pandemią w niezbędne środki ochrony osobistej: maski, ubrania ochronne itp. Aby to można było przeprowadzać, konieczna jest identyfikacja osób chorych i nosicieli wirusa. To z kolei zależy od intensywności przeprowadzania testów. Pacjentom należy zapewnić nie tylko opiekę ze strony służby zdrowia, ale też odpowiednią aparaturę leczniczą.

Jakie są pana zdaniem perspektywy medycyny w tej dziedzinie?

Rolą współczesnej medycyny, biologii molekularnej, biotechnologii jest intensywna praca nad stworzeniem szczepionki i leków przeciwko COVID-19. Na ten cel powinny być przeznaczone wszystkie dostępne środki finansowe i logistyczne. Osiągnięcia medycyny, wirusologii, biologii molekularnej, wspomagane przez zastosowanie bioinformatyki, modelowania komputerowego itp., mogą znacznie przyspieszyć ten proces i doprowadzić do zatrzymania pandemii. Przestrzegałbym jednak przed bezczynnym czekaniem aż pojawi się skuteczna szczepionka czy lek. Raporty naukowców z Imperial College of Medicine w Londynie dają jednoznaczny obraz tego, co się może stać, jeśli nie podejmiemy wspomnianych, nawet drastycznych kroków.

Jak pan ocenia, z punktu widzenia wirusologa, zmagania z epidemią w Stanach Zjednoczonych?

W Stanach Zjednoczonych, gdzie pracowałem nad szczepionką przeciwko chorobie bakteryjnej z wykorzystaniem wirusów bakteryjnych, i skąd nie mam na razie możliwości powrotu, pandemia zaczęła się bardzo wolno. To prawdopodobnie uśpiło nie tylko władze federalne, ale do pewnego stopnia również stanowe, i spowodowało zlekceważenie sytuacji. Właśnie wtedy okazało się, że jest za mało testów, za mało sprzętu ochronnego. Gdy gwałtowny rozwój pandemii stał się faktem (obecnie w Stanach mamy największą na świecie liczbę zachorowań i zgonów), było trochę za późno na jej powstrzymanie. Problemem jest również prowadzenie walki z pandemią nie tylko przez władze federalne, ale i poszczególnych stanów. Władze te konkurują cenami, zamawiając sprzęt medyczny zagranicą, głównie w Chinach. Nie wszystkie stany wprowadziły zalecenie pozostawania w domu, a swobody demokratyczne sprzyjają jedynie przestrzeganiu zaleceń (a nie nakazów). Brakuje masek ochronnych i innego sprzętu ochrony osobistej, respiratorów. Szpitale zaczynają być przepełnione i mniej zdolne do realizowania swoich zadań. Wydaje się jednak, że amerykańskie społeczeństwo jest zdyscyplinowane i prospołeczne. Słucha zaleceń, szczególnie dr. Antonia Fauciego, dyrektora Narodowego Instytutu Epidemiologii i Chorób Zakaźnych. Prowadził już walkę z HIV, ebolą i grypą. ■

UCHWAŁA NR 19/R-VIII/20
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 26 lutego 2020 r.

w sprawie przyjęcia Regulaminu przyznawania Statuetki św. Apolonii Patronki Lekarzy Dentystów

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965, t.j.) – uchwala się, co następuje:

§1

1. Przyjmuje się Regulamin Statuetki św. Apolonii Patronki Lekarzy Dentystów.
2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Środki finansowe przeznaczone na realizację przyznania Statuetki św. Apolonii Patronki Lekarzy Dentystów zostaną wyasygnowane z budżetu Komisji ds. Lekarzy Dentystów.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Regulamin: www.izba-lekarska.pl

UCHWAŁA NR 22/R-VIII/20
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 26 lutego 2020 r.

w sprawie przyznawania w drodze losowania nagród dla lekarzy, którzy dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego

Działając na podstawie art. 25 pkt 4, w związku z art. 5 pkt 7 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965, t.j.) – uchwala się, co następuje:

§1

1. Ustanawia się nagrody rzeczowe dla lekarzy, którzy zostali wylosowani zgodnie z warunkami zawartymi w Regulaminie losowania nagród, stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.
2. W każdym losowaniu przyznanych zostanie 5 nagród dla lekarzy, którzy w okresach 12-miesięcznych, począwszy od 1.01.2018 r., złożą w Ośrodku Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie dokumenty w celu weryfikacji – wyliczenia punktów edukacyjnych, i dopełnią obowiązku doskonalenia zawodowego, uzyskując minimum 200 punktów w przynajmniej jednym zakończonym okresie rozliczeniowym.

§2

1. Ustala się, że wartość jednej nagrody wynosi do 3000 PLN brutto.
2. Kwoty przeznaczone na nagrody zostaną wyasygnowane ze środków przeznaczonych w budżecie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na organizację szkoleń.

§3

1. Nagrody zostaną przyznane w drodze losowania, zgodnie z Regulaminem losowania nagród dla lekarzy i lekarzy dentystów, stanowiącym załącznik do uchwały.
2. Laureatom, którzy wylosowali nagrody, wręczone zostanie zaświadczenie potwierdzające wygraną wraz z informacją określającą sposób jej przekazania.

§4

1. Nagrody mają charakter rzeczowy, a ich przekazanie następować będzie w formie refundacji w oparciu o dokumenty księgowe (faktury), potwierdzające poniesienie kosztów odbytych szkoleń wybranych przez lekarza, w ciągu 18 miesięcy od dnia wylosowania nagrody.
2. Refundacji podlegają koszty uczestnictwa w szkoleniu oraz koszty zakwaterowania i podróży o łącznej wartości do 3000 PLN brutto.
3. Szkolenia muszą spełniać warunki określone w art. 19 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

§5

Nadzór nad wykonaniem uchwały powierza się kierującemu Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz Sekcji Finansowo-Księgowej Izby.

§6

Regulamin będzie dostępny na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w zakładce Punkty Edukacyjne – Dla Lekarzy.

§7

Traci moc uchwała nr 14/R-VIII/19 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 27 lutego 2019 r. w sprawie przyznania w drodze losowania nagród dla lekarzy, którzy dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego.

§8

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Regulamin: www.izba-lekarska.pl

UCHWAŁA NR 23/R-VIII/20
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 26 lutego 2020 r.

w sprawie przyjęcia Regulaminu działania pełnomocnika do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965, t.j.) – uchwala się, co następuje:

§1

1. Przyjmuje się Regulamin działania pełnomocnika do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza.
2. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§2

Traci moc uchwała nr 37/R-VII/14 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 28 lutego 2014 r. w sprawie powołania pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zmieniona uchwałą nr 18/R-VII/2016 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 15 kwietnia 2016 r.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Regulamin: www.izba-lekarska.pl

UCHWAŁA NR 25/R-VIII/20
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 3 kwietnia 2020 r.

w sprawie odwołania terminu obrad XLI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza

Na podstawie art. 5 pkt 24 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU z 2019 r., poz. 965, j.t.) w związku z §11a ust. 1 oraz §11 ust. 2 Rozporządzenia ministra zdrowia z 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (DzU z 2020 r., poz. 491) oraz w związku ze Stanowiskiem nr 30/20/P-VIII z 20 marca 2020 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie okręgowych zjazdów lekarzy w 2020 r., oraz §8 ust. 1 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, stanowiącego załącznik do Uchwały nr 16/Z-VIII/18 XXXVIII Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – uchwala się, co następuje:

§1

Odwołuje się termin obrad XLI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza zaplanowany na 25 kwietnia 2020 r.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uzasadnienie

Konieczność odwołania terminu obrad XLI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zaplanowanego na 25 kwietnia 2020 r. Uchwałą nr 87/R-VIII/19 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 18 grudnia 2019 r. w sprawie ustalenia terminu obrad XLI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, wynika z ogłoszenia w okresie od 20 marca 2020 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, na podstawie Rozporządzenia ministra zdrowia z 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (dalej: rozporządzenie). Zgodnie bowiem z §11a ust. 1: „*W okresie od 25 marca 2020 r. do 11 kwietnia 2020 r. zakazuje się: 1) organizowania zgromadzeń w rozumieniu art. 3 ustawy z 24 lipca 2015 r. – Prawo o zgromadzeniach, 2) innych niż określone w pkt 1 zgromadzeń organizowanych w ramach działalności kościołów i innych związków wyznaniowych oraz imprez, spotkań i zebrań, niezależnie od ich rodzaju, z wyłączeniem spotkań danej osoby z jej osobami najbliższymi w rozumieniu art. 115 §11 ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub z osobami najbliższymi osobie, z którą pozostaje we wspólnym pożyciu*”. Należy również zauważyć, że zgodnie z rozporządzeniem, aż do odwołania występuje zakaz zgromadzeń uczestników powyżej 50 osób (§11 ust. 2 rozporządzenia).

Nadto wskazuje się, iż zgodnie ze Stanowiskiem nr 30/20/P-VIII z 20 marca 2020 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie okręgowych zjazdów lekarzy w 2020 r., Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zajęło stanowisko, iż „*w obliczu wielkiego wyzwania dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, jakim jest rozszerzająca się epidemia COVID-19, mając na względzie znaczne ryzyko epidemiczne, jakie wiąże się z gromadzeniem się osób w jednym miejscu, a przede wszystkim uwzględniając kluczową rolę lekarzy i lekarzy dentystów w walce z epidemią i zapewnianiu ciągłości opieki medycznej społeczeństwu, **rekomenduje odwołanie wszystkich zaplanowanych na 2020 r. okręgowych zjazdów lekarzy.** Nadzwyczajny charakter sytuacji w kraju i na świecie oraz szczególna odpowiedzialność organów samorządu lekarskiego za zdrowie wszystkich członków samorządu oraz ich gotowość do niesienia pomocy chorym wpływają na organizację pracy kolegialnych organów samorządu lekarskiego i przemawiają jednoznacznie za nieprzeprowadzeniem w 2020 r. okręgowych zjazdów lekarzy*”.

UCHWAŁA NR 492/P-VIII/20
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 23 kwietnia 2020 r.

w sprawie zasad dystrybucji przez Okręgową Izbę Lekarską im. prof. Jana Nielubowicza w Warszawie środków ochrony indywidualnej otrzymanych od Fundacji Lekarze Lekarzom i powołania Komisji do spraw Dystrybucji Środków Ochrony Indywidualnej

Na podstawie art. 26 ust. 3 oraz w nawiązaniu do art. 25 pkt 10 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 2019, poz. 965, t.j.) oraz §1 pkt 15 Uchwały nr 14/R-VIII/18 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 8 czerwca 2018 r. w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do działania w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, w związku z art. 14h Ustawy z 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (DzU poz. 568) zmieniającej Ustawę z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DzU poz. 374 i 567), a także mając na uwadze udzielone Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza przez Fundację Lekarze Lekarzom upoważnienie, uchwala się, co następuje:

§1

1. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie ustala i przyjmuje następujące zasady dystrybucji środków ochrony indywidualnej otrzymanych do tej dystrybucji od Fundacji Lekarze Lekarzom:

   a) środki, o których mowa powyżej, mogą być przydzielane lekarzom i lekarzom dentystom, jak również kierowane do podmiotów zatrudniających lekarzy,

b) kolejność przyznawania środków ochrony indywidualnej dla poszczególnych placówek medycznych ustalana będzie z uwzględnieniem liczby zatrudnionych lekarzy na podstawie danych z okręgowego rejestru lekarzy i danych otrzymanych z Narodowego Funduszu Zdrowia,

c) sposób dystrybucji opracowany zostanie przez powołaną na mocy niniejszej uchwały Komisję do spraw Dystrybucji Środków Ochrony Indywidualnej, z uwzględnieniem rekomendacji zespołu powołanego Uchwałą nr 49/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 19 marca 2020 r.

2. Mając na uwadze liczbę otrzymanych środków ochrony indywidualnej, przeliczając je na liczbę uprawnionych lekarzy, o których mowa w §2, ustala się dla lekarza, zgłaszającego zapotrzebowanie w sposób określony przez komisję powołaną zgodnie z §3, pakiet w postaci:

a) 8 maseczek ffp2 oraz

b) do wyboru: gogli, przyłbicy lub opakowania maseczek chirurgicznych.

3. Ustala się, że otrzymane od Fundacji Lekarze Lekarzom kombinezony zostaną przekazane w pierwszej kolejności do szpitali lub do innych podmiotów leczniczych zatrudniających lekarzy, z uwzględnieniem zasad opisanych w ust. 1 pkt b).

4. Środki ochrony indywidualnej w postaci wskazanego w ust. 2 pakietu będą mogły być przyznawane lekarzowi jednorazowo, w terminie do 15 maja 2020 r.

5. Zobowiązuje się lekarzy do pisemnego potwierdzenia odbioru pakietu wraz ze złożeniem oświadczenia o obowiązku stosowania otrzymanych środków ochrony indywidualnej zgodnie z przeznaczeniem oraz o zobowiązaniu do niedokonywania odpłatnego zbywania pakietu osobom trzecim.

6. Za ustalenie prawidłowego sposobu dokumentowania odpowiedzialna jest komisja.

7. Pozostałe środki ochrony indywidualnej, a także środki ochrony indywidualnej niepodjęte przez lekarza zgłaszającego zapotrzebowanie w formularzu, w terminie do 15 maja 2020 r. zostaną przekazane do szpitali wg faktycznego zapotrzebowania.

§2

1. W razie wątpliwości uznaje się, iż lekarzem uprawnionym do skorzystania z pakietu, o którym mowa w §1 ust. 2, jest każdy lekarz aktywnie wykonujący zawód oraz będący członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, zobowiązany jest do stosowania otrzymanych środków ochrony indywidualnej zgodnie z przeznaczeniem, a także obowiązuje go zakaz odpłatnego przekazania pakietu osobom trzecim.

§3

1. W celu zapewnienia prawidłowego rozdysponowania środków ochrony indywidualnej oraz opracowania sposobu dystrybucji powołuje się Komisję do spraw Dystrybucji Środków Ochrony Indywidualnej (dalej: komisja), w której zasiadać będzie czterech przedstawicieli Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

2. W skład komisji, o której mowa w ust. 1, wchodzą:
   a) kol. Łukasz Paluch,
   b) kol. Artur Drobniak,
   c) dyr. Anna Ścibisz,
   d) kol. Dariusz Paluszek.

3. Każdy członek komisji ma jeden głos, a kwestie sporne i wątpliwe rozstrzygane będą przez prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, który uczestniczy w pracach Komisji do spraw Dystrybucji Środków Ochrony Indywidualnej.

§4

Wykonanie uchwały powierza się prezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz Komisji ds. Dystrybucji Środków Ochrony Indywidualnej.

§5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA NR 493/P-VIII/20
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 23 kwietnia 2020 r.

w sprawie wydatkowania kwoty do 60 000 zł brutto w celu sfinansowania ubezpieczenia określonej liczby lekarzy od skutków wywołanych zakażeniem COVID-19

Na podstawie art. 26 ust. 3 oraz w nawiązaniu do art. 25 pkt 10 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU 2019, poz. 965, t.j.), oraz §1 pkt 15 Uchwały nr 14/R-VIII/18 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 8 czerwca 2018 r. w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie do działania w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, w związku z art. 14h Ustawy z 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (DzU poz. 568) zmieniającej Ustawę z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (DzU, poz. 374 i 567), uchwala się, co następuje:

§1

1. Wyraża się zgodę na wydatkowanie kwoty w wysokości do 60 000 zł (słownie: sześćdziesiąt tysięcy złotych 00/100) brutto w celu sfinansowania ubezpieczenia 1000 lekarzy od skutków wywołanych zakażeniem COVID-19.

2. Zakres ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, oraz wysokość kwoty ubezpieczenia dla poszczególnych lekarzy ustalone zostaną z ubezpieczycielem.

§2

Kwota, o której mowa w §1 ust. 1, wyasygnowana zostanie z bieżących środków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

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

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

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

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, Michał Niepytalski, 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.

Dr. Zbigniewowi Kotlińskiemu
wyrazy współczucia i wsparcia
z powodu śmierci

Żony Krystyny

składają koleżanki i koledzy,
absolwenci Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej w Warszawie,
rocznik 1962

OGŁOSZENIA

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

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.**

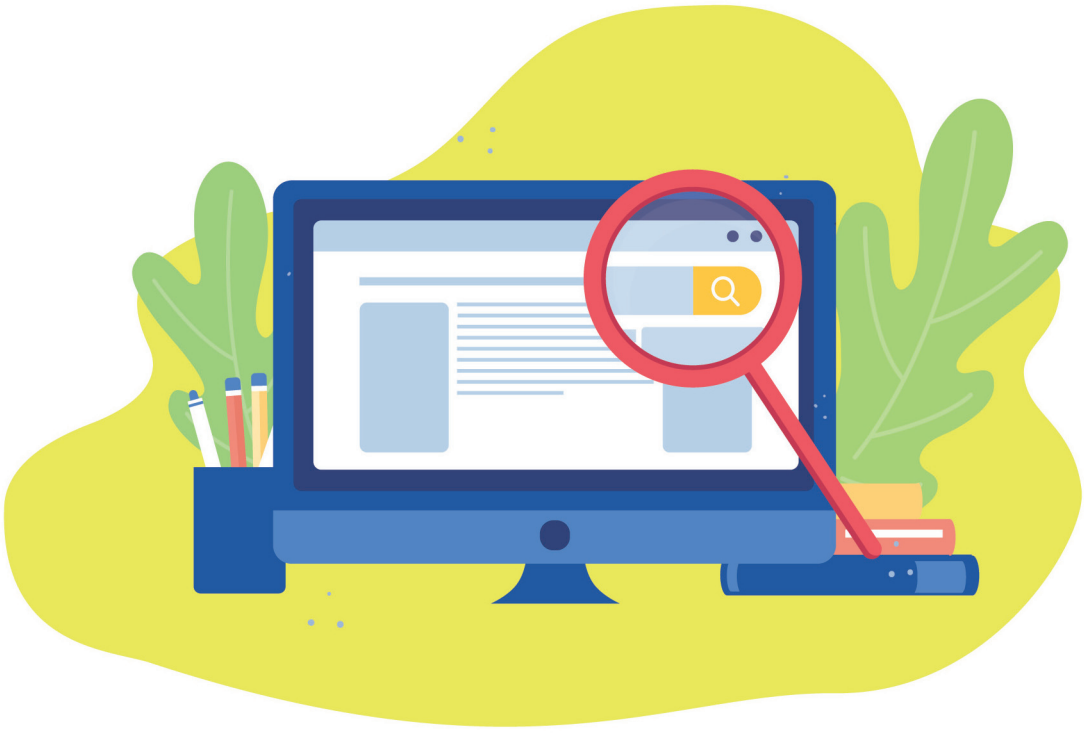
Projekt skierowany jest do lekarzy i lekarzy dentystów, którzy:

- 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

Praca dla lekarzy



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

- na stronie www Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

  www.izba-lekarska.pl → Praca dla lekarzy → Wyszukiwarka ogłoszeń

- na profilu facebookowym Centrum Kariery Lekarza

  www.facebook.pl → @centrumkarierylekarza

- na tablicy ogłoszeń w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Jednocześnie zapraszamy pracodawców do publikacji ogłoszeń. Jeśli chcesz poznać więcej szczegółów, zadzwoń do nas: 22 542 83 53 lub 668 373 100 lub napisz: praca@oilwaw.org.pl

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W WARSZAWIE
im. prof. Jana Nielubowicza

CER MED
CENTRUM ROZWOJU MEDYCYNY

Graf. K. Bryda

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.

PAMIĘTAJ O PONOWNYM ZŁOŻENIU DEKLARACJI

Aby zachować ciągłość ochrony ubezpieczeniowej należy złożyć deklarację przystąpienia na kolejny rok. Lekarze i lekarze dentyści, którym okres ubezpieczenia kończy się 31 maja 2020r. i podali w trakcie rejestracji adres mailowy, otrzymają informację mailową wraz z linkiem, pod którym będzie możliwość zaakceptowania już wstępnie wypełnionej deklaracji. Dane zawsze można zmienić lub uaktualnić.

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

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

program obsługuje:
INS Service
insurance agency

Poznaj nasz nowy pakiet ubezpieczeń
przeznaczony specjalnie dla lekarzy.

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

- ubezpieczenie utraty dochodu, odszkodowanie nawet do 180 tys. zł
- ubezpieczenie ochrony prawnej nawet do 500 tys. zł
- ubezpieczenie OC nadwyżkowe, możliwość rozszerzenia zakresu o medycynę estetyczną lub chirurgię plastyczną
- ubezpieczenie NNW związane z ekspozycją na HIV / WZW
- PZU Wojażer dla lekarzy na cały rok

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

Specjalna oferta ubezpieczeń OC dla podmiotów leczniczych

Gwarantujemy:

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

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

INS 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