

BIULETYN INFORMACYJNY NR 11 (310) • POZNAŃ, LISTOPAD 2020



WIELKOPOLSKA
IZBA LEKARSKA



PRACOWNIK MEDYCZNY A DZIECKO Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I JEGO RODZIC

termin: 28 listopada 2020 roku (sobota) w godzinach 9:00–15:00
bezpłatne szkolenie on-line

Nie wiem w jaki sposób mam powiedzieć tym rodzicom o stanie ich dziecka które będzie niepełnosprawne. [...] Nie mówię im więc całej prawdy. Miałam kiedyś przez to problem, gdyż inny lekarz przedstawił pełne konsekwencje zabiegu

 **LEKARZ**

mam wrażenie że nie jestem kompetentny aby rozmawiać o takich rzeczach (niepełnosprawność dziecka), nikt mnie tego nie uczył i jest to widoczne

 **LEKARZ
STAŻYSTA**

zadają mi często pytania które nie dotyczą kwestii typowo medycznych, nie znam na nie odpowiedzi, ani nie wiem gdzie szukać na nie odpowiedzi

 **PRACOWNIK
MEDYCZNY**

Jeśli kiedykolwiek staniesz przed podobnym dylematem, weź udział w **bezpłatnym szkoleniu on-line**, które obejmuje: kompetencje komunikacyjne pracowników medycznych z rodzicami dzieci niepełnosprawnych i model wsparcia osób niepełnosprawnych w czasie wizyty.

Szkolenie prowadzą **doświadczeni wykładowcy** z zakresu niepełnosprawności i komunikacji Wyższej Szkoły Uni-Terra w Poznaniu: dr Marzena Buchnat, dr Łukasz Kalupa i dr Marek Przybylski.

Osoby które ukończyły szkolenie otrzymają **certifikat** i zdobędą możliwość posługiwania się znakiem „**Wsparcie rodzin**”. Podobny znak przysługują będzie jednostce służby zdrowia, która przeszkoli część kadry.

Szkolenie organizowane jest w ramach międzynarodowego projektu „Opracowanie modelu zintegrowanego pakietu usług w zakresie wsparcia rodzin wychowujących dziecko (dzieci) z niepełnosprawnością” o numerze POWR.04.03.00-00-0006/17.

szczegóły na stronie: wil.org.pl/wsparcie-rodzin-dzieci-niepelnosprawnych/

DIAGNOSTYKA, LECZENIE I PROFILAKTYKA CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA. ZESPÓŁ POZAKRZEPOWY.

BEZPŁATNE SZKOLENIE ON-LINE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW UE

19 listopada 2020 r.	godz. 16.00
26 listopada 2020 r.	godz. 16.00
8 grudnia 2020 r.	godz. 16.00

Szkolenie składa się z 3 części: modułu zagadnień medycznych, modułu kompetencji miękkich oraz testu wiedzy.

Zajęcia z zagadnień medycznych oraz modułu kompetencji miękkich prowadzone są **w czasie rzeczywistym**, dzięki czemu uczestnicy mają kontakt z wykładowcą oraz **możliwość zadawania pytań**. Ponadto każdy z uczestników otrzymuje **dostęp do platformy e-learningowej**, gdzie zgromadzone są materiały edukacyjne, wytyczne oraz filmiki edukacyjne. Kurs zakończony jest **testem wiedzy** dostępnym na platformie.

Szczegółowe informacje na stronie:
wil.org.pl/szkolenia-unijne/

Diagnoza wstępna

Spis treści

Epidemia VII

Stało się. Padł kolejny rekord. Ponad 10 tys. zakażeń potwierdzono w środę. Z powodu COVID-19 zmarło w tym dniu 130 osób.

Pamiętamy, jak w grudniu rząd przekonywał, że epidemia wygasa, nie ma co szerzyć paniki, co tam te kilka czy nawet kilkadziesiąt zakażeń na dobę... Jesteśmy przygotowani na nowy atak epidemii, wszystkiego mamy tyle, ile trzeba – uspakajali prezydent, premier, ministrowie. Teraz codziennie ujawniają się nowe ogniska, nowe zachorowania. To już nie kilkaset, ale nawet kilkadziesiąt tysięcy na dobę. Można zaryzykować twierdzenie, że z wirusem obchodzimy się coraz delikatniej i ostrożniej, a on z całą bezwzględnością pełnie dalej... Nie ma co liczyć na cudowne zwolnienie! Powinniśmy raczej oczekiwać dalszych restrykcji. Najnowsze pomysły to czerwona strefa obejmująca cały kraj – ograniczenie usług gastronomicznych, wesel, konferencji i pogrzebów. Przepisy restrykcyjne ulegają zmianom tak szybko, że nie nadążymy z drukowaniem...

Niby wszystko było przygotowane, ale jak przyszło co do czego, to brakuje szczepionek, respiratorów, łóżek szpitalnych, nie mówiąc już o personelu. Na gwałt przygotowuje się nowe szpitale. W Poznaniu szpital połowy ma powstać na terenach Targów Poznańskich. Ktoś „dowcipny” zgłosił chęć zarezerwowania łóżka w sali pierwotnie zajmowanej przez pawilon amerykański...

To, co się dzieje to nie groza, to czarna rozpacz. Lekarze tracą czas na telefonowanie i szukanie miejsca, gdzie można ulokować pacjenta. Nie ma koordynacji lokowania chorych – zaczyna się wymuszanie ich przyjęć. Kilka miesięcy temu była walka o respiratory. Teraz nawet jak są, to nie zawsze jest miejsce na ich podłączenie, nie mówiąc już o obsługującym je personelu.

Czarna rzeczywistość wygląda tak (zdarzenie z ostatnich dni): kolega zasłabł na ulicy w powiatowym mieście. Szukanie pomocy wyglądało następująco: potrzebny był szpital lub jakaś fachowa pomoc. Szpital był zamknięty, choć przez szklane drzwi widać było, że coś się tam dzieje. Po dłuższym dobijaniu się powiedziano nam, że nie mogą nas wpuścić, bo mają kwarantannę. To co mamy zrobić? Jesteśmy przyjazdem, gdzie mamy iść? Mamy iść na sąsiednią ulicę – tam, gdzie stoją karetki i namiot, to może tam... W namiocie pielęgniarka podejrzliwie zapytała, czy kolega aby nie jest pijany. Nie, on po prostu ledwo trzyma się na nogach, jest po operacji serca. Byłem naprawdę przerażony. W końcu podstawiono wózek i trafiliśmy do lekarza. Lekarz po badaniu ciśnienia i EKG wynikami nie był zachwycony... W końcu wszystko dobrze się skończyło, pacjent uzyskał skuteczną pomoc i szczęśliwie po trzech godzinach wyszliśmy ze szpitala. W poczekalni czekało dziesięciu pacjentów. Wcale nie z wirusem. Po prostu chorzy.

Straszna choroba (nie bójmy się tych słów) jest poza naszym zasięgiem. Póki co do jej zwalczania potrzeba mobilizacji całego społeczeństwa. Potrzeba szczepionki, która niby jest, ale raczej będzie dopiero za kilka miesięcy. Potrzeba miliardów do jej wyprodukowania, ale i nakładów na środki sanitarne, maseczki, rękawiczki, środki higieny. Potrzeba też dyscypliny nas wszystkich: mycia rąk faktycznie 30 sekund, noszenia masek... Poważne traktowanie tych prostych zasad, jak wykazali amerykańscy uczeni, daje zaskakująco korzystne rezultaty. Z kolei nonszalancja w ich przestrzeganiu, nagminna u naszych polityków, jest jawnym lekceważeniem zaleceń specjalistów i traktowaniem z wyższością społeczeństwa.



Andrzej Baszkowski

Wspomnienie o czasie, kiedy można było wychodzić...	4
Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej	5
Poradnik e-skierowania – część druga	7
Klauzula dobrego Samarytana	8
Projekt „ustawy covidowej” a wykonywanie zawodu lekarza	8
O funkcjonowaniu szpitala w czasach COVID-19	11
O COVIDZIE-19 w szczegółach	12
O grypie w czasach COVID-19	13
Wolno nam się bać, nie wolno wycofywać	15
Nie wolno nam tracić rozumu	16
Profesor Jadwiga Koczocik-Przedpelska ukończyła 100 lat	19
PERYSKOP	20
Z medycznej wokandy	20
Zdobywcy Statuetki Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Mentor	22
Dawka informacji	24
SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM	25
SHORT CUTS	27
Wspomnienie o Aleksandrze Książek-Jurkowskiej	29
Wiersze	30

Autor okładki: Mateusz Mańkowski jest absolwentem Wydziału Malarstwa i Rysunku na Uniwersytecie Artystycznym w Poznaniu. W 2017 r. uzyskał dyplom licencjacki z oceną bardzo dobrą w IV pracowni malarstwa prof. zw. UAP Andrzeja Zdanowicza. W 2019 r. ukończył studia magisterskie na Wydziale Malarstwa i Rysunku z oceną bardzo dobrą w wyższej wymienionej pracowni malarskiej. Brał udział w wielu wystawach indywidualnych oraz zbiorowych na terenie Polski. Będzie do działań malarskich był album Sir Gilliesa, w którym zaprezentowane zostały rekonstrukcje twarzy żołnierzy z czasów I wojny światowej. Jego prace są próbą przełożenia tych portretów, przy użyciu materii malarskiej, traktując rozkładającą się farbę jako rodzaj naskórka. Wizerunki, które kształtuje, są jedynie obrysem postaci zacerpniętych z albumu. Deformacje inspirowały go do tworzenia struktur malarskich zamkniętych w portrecie, <https://www.instagram.com/mateusz.mankowski.95/>.



Artur de Rosier
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Okiem prezesa...

Wspomnienie o czasie, kiedy można było wychodzić...

Kiedy spoglądam czasem w ekran telewizora, szukając wytchnienia po trudnym dniu, nie skupiając wzroku na niczym szczególnym ani nie łowiąc dźwięków, rejestruję przemijające obrazy z poczuciem, że to jakiś film *science fiction* czy co najmniej teledysk z podkładem do koncertu muzyki industrialnej. Oto karetka stojąca w kolejce ośmiu innych i emanująca z ekranu złość ratowników medycznych, że nie mogą przekazać pacjenta. Zamykam na chwilę oczy – być może zasnąłem, a kiedy znów je otwieram, widzę przesadnie eleganckie wnętrza, nienaturalną urodę modelki i reklamę perfum czy biżuterii. I jawią się myśli: co tak naprawdę jest teraz ważne? Boimy się o bliskich, od dawna ich nie widzieliśmy, a nawet jeśli są niemalże na wyciągnięcie ręki, to nie chcemy ich niepotrzebnie narażać. Myślimy o sobie, zadając sobie pytania, czy wrócimy jutro do domu, czy też wożona w bagażniku walizka doczeka się bycia potrzebną. Nie sposób planować dalej jak do jutra, choć znajomy notariusz mówi, że coraz więcej pisze testamentów. Weekend – co to takiego? Przelączę kanał na program o podróżach – to wygląda jak nierealny film, choć poznaję, że byłem tam! Jedynie programy przyrodnicze pozwalają odpocząć, wspomnieć dzieciństwo, uciec, a przy głosie Czubówny tak beztrudnie się zasypia. Szybkie ocknięcie, zimno, ciemno, w telefonie kilkadziesiąt nieodebranych wiadomości i połączeń – pora nieważna, trzeba przeczytać, odpowiedzieć, a w telewizji znów ta sama nierealna reklama niepotrzebnych nikomu przedmiotów. Wstaję z fotela – czy mam zdezynfekować ręce po spaniu? Lepiej może tak. I tylko żal, że „sam wiesz kogo” nie stać na wykupienie czasu antenowego, by nieustannie przypominać o dystansie, maseczkach i dezynfekcji. Poza nami już został dzień, kiedy po raz pierwszy przekroczyliśmy liczbę 10 tys. zakażeń. Mamy wrażenie, że wszystko galopuje, tracimy poczucie tego, co prawdziwe, a co nie, a gdy do tego dołożymy stres i zmęczenie, derealizacja przesłania nam obraz świata. Obserwujemy znajomych i siebie, dostrzegamy, jak usilnie próbujemy uszczknąć dla siebie kawałek normalności. Może coś sobie kupić? Kieliszek wina? Obejrzeć zdjęcia? W chwilach wytchnienia budzi się tęsknota za normalnością i nie można tego się wstydić.

No właśnie, normalność – co nią jest dzisiaj? Maseczki, spod których tylko domyślać się można uśmiechu? Dom, nasza oaza spokoju, która nagle stała się miejscem, z którego

chcielibyśmy uciec, bo ktoś kazał nam tu zostać z zapasem ryżu i papieru toaletowego? Zmienił się sposób serwowania dań, podróżowania, uczestniczenia w konferencjach, nawet *savoir-vivre* i *dress code* już nie te same. Przedefiniowaliśmy normalność. Kiedy wchodzę zamaskowany do izby, czystymi rękoma mierzę temperaturę, rozglądam się w poszukiwaniu uśmiechu, a izba znów pracuje zdalnie.

Z dumą można powiedzieć, że wypracowane przez Dyrektora i Kierowników procedury bezpieczeństwa oraz organizacja pracy w izbie zasługują na najwyższą pochwałę, bo dzięki nim (w obu znaczeniach) wszystkie biura pracują nieprzerwanie i sprawnie. Na początku października odbył się Zjazd i delegaci głosowali w trybie obiegowym, przyjmując w tym trybie sprawozdania z działalności w 2019 r.: ORL, OROZ, OSL, OKR, zatwierdzając sprawozdanie z wykonania budżetu, udzielając absolutorium ORL i przyjmując budżet na 2020 r. Komisje nauczyły się spotykać poprzez ekrany laptopów, zdalne prezydium stały się tak zwykłe, jak owoc na śniadanie – i gratulacje dla Okręgowej Rady Lekarskiej za pierwsze w pełni zdalne posiedzenie! Można? Pracujemy na najwyższych obrotach, bo nie tylko wirus zaskakuje nas każdego dnia, ale i coraz to nowe akty prawne przyjmowane na szybko, niedoskonałe, wymuszające niewidoczną dla wszystkich nocną pracę połączonych sił izbowych, prawników, pracowników biur, informatyków po to, by to wszystko skonsultować, sprostować, zawalczyć, i wreszcie działu medialnego, by o tym opowiedzieć, wykrzyczeć w przestrzeni publicznej, wyjaśnić, omówić, napisać... Szukamy wieści, czy ktoś już opracował szczepionkę, potwierdził skuteczność leku w walce z wirusem, reagujemy na hejt, prostujemy niezrozumiałe przez ogół oczywistości. Mnóstwo tego.

Czy tak naprawdę zmieniliśmy się od czasów, kiedy można było wychodzić? A co zrobicie, kiedy już będzie można bezkarnie wyjść bez maseczki, podawać rękę i iść ramię w ramię na spacer?

Wyciągniecie komórki, zrobicie kilka zdjęć i wyślecie je znajomym, pokazując, że właśnie to zrobiliście! Jak łatwo można zapomnieć. Nie wstyďte się więc tęsknoty, a ja życzę Wam, by szybko nastąpił czas, kiedy przysłacie mi zdjęcie ze spaceru... ■

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w dniu 24 października 2020 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w dniu 24 października 2020 r. odbyło się *on-line*, tj. w formie, która w obecnej sytuacji pandemii jest jedyną bezpieczną, możliwą do realizowania, przy zachowaniu ciągłości funkcjonowania Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Obradom przewodniczył prezes ORL WIL dr Artur de Rosier.



ELŻBIETA MARCINKOWSKA
SEKRETARZ ORL WIL

Po wyłonieniu członków i przewodniczących komisji konkursowych na stanowisko ordynatora, zgodnie z propozycją przewodniczącego Komisji ds. Konkursów Wojciecha Waliszewskiego, przystąpiono do przyznania praw wykonywania zawodu lekarzom cudzoziemcom. Po wysłuchaniu przewodniczącego Komisji Rejestru Wojciecha Buxakowskiego i przedstawieniu rekomendacji komisji prawa wykonywania zawodu w drodze uchwały zostały przyjęte.

Przewodniczący Komisji Rejestru zapoznał także członków ORL z wynikami kontroli rejestru lekarzy przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli. Poza pojedynczymi, drobnymi, formalnymi uchybieniami opinia wydana przez NIK była pozytywna.

W wystąpieniu pokontrolnym Najwyższa Izba Kontroli uznała, że co do zasady zgodnie z obowiązującymi przepisami i regulacjami wewnętrznymi realizowano proces przyznawania prawa wykonywaniu zawodu, pomimo że środki przekazywane ze Skarbu Państwa nie wystarczały na pokrycie wszystkich kosztów ponoszonych przez WIL na realizację ww. zadania, zapewniono prawidłową realizację oraz nie stwierdzono przypadków niegospodarnego wydatkowania środków otrzymanych z budżetu państwa.

Prezes ORL WIL podziękował przewodniczącemu komisji i jej członkom oraz wyraził uznanie dla ich pracy.

W związku z planowanym zakupem siedziby dla Delegatury WIL w Lesznie, zgodnie z uchwałą Okręgowego Zjazdu Lekarzy, wyłoniono komisję, która dokona oceny oferty zakupu i przedstawi ją członkom ORL na kolejnej radzie. Przewodniczącą komisji została Lidia Dymalska-Kubasik – przewodnicząca Delegatury WIL w Lesznie.

Następną część posiedzenia ORL zdominował temat funkcjonowania placówek ochrony zdrowia w okresie pandemii i masowych zachorowań oraz dyskusja związana z proponowanymi zmianami w ustawie „covidowej” i zapisem, że samorządy zawodów medycznych mają przekazywać wojewodom wykaz osób, które mogą być kierowane do pracy. Jak Państwo pamiętają, WIL już w pierwszym okresie pandemii przekazała Wojewodzie Wielkopolskiemu listę osób, które spełniają kryteria wykluczenia, ale wobec obecnego projektu zaostrzonymi kryteriami (podniesienie granicy wieku do 65 lat u mężczyzn i inne) oraz toczącym się procesem legislacyjnym prezes ORL WIL poinformował, że udaje się na spotkanie z wojewodą 26 października 2020 r. i zarządza tym samym posiedzenie Prezydium w dniu 27 października 2020 r.

W toku dyskusji nad obecną sytuacją głos zabierali lekarze wszystkich zakresów – pracujący w szpitalu, dyrektorzy szpitala, lekarze POZ, lekarze dentyści. Podkreślano dramatyczną sytuację funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia – brak personelu i brak miejsc w szpitalach, zamknięte oddziały z powodu kwarantanny i izolacji personelu, problemy z transportem chorych, niedostatek stanowisk respiratorów niezbędnych do leczenia chorych z niewydolnością oddechową, a przede wszystkim brak doświadczonego personelu do prowadzenia leczenia ciężko chorych na COVID-19. Podkreślano, że w organizowanych szpitalach polowych, na halach, stadionach nie mogą być leczeni chorzy z ciężkimi objawami, gdyż w tych przypadkach – oprócz oczywiście fachowego personelu – niezbędna jest infrastruktura szpitalna.

Lekarze rodzinni diagnozujący pacjentów, leczący chorych na COVID-19 skąpoobjawowych w warunkach izolacji domowej zwracali uwagę na zamykanie placówek z powodu kwarantanny czy izolacji personelu, trudności z umieszczeniem pacjentów chorych na inne choroby przewlekłe, wymagających już leczenia w warunkach szpitalnych.

Podkreślano konieczność wyposażenia pacjentów pozostających w izolacji domowej w pulsoksymetry, pozwalające na monitorowanie stanu chorych i jak najszybsze uchwycenie progresji choroby. Profesor Jacek Wysocki poinformował, że podjęto już odpowiednie kroki w tym zakresie.

Omówiono również kwestię dostępności do testów na wirusa SARS-CoV-2 dla lekarzy i lekarzy dentyistów oraz podjęto uchwałę finansową w tym zakresie tak, by Wielkopolska Izba Lekarska mogła pomóc środowisku lekarskiemu WIL.

To obszerny temat i głosów w dyskusji było tak wiele, że nie sposób ująć ich w ograniczonych ramach tego omówienia. Zachęcamy Państwa do podzielenia się swoimi doświadczeniami i przemyśleniami.



- ▶ Kolejną ze spraw, którymi zajęła się WIL w ostatnim okresie, jest kwestia obsługi prawnej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, jej organów, biur i członków WIL w związku z wygaśnięciem umowy w końcu tego roku. Powołana na poprzedniej ORL komisja pod przewodnictwem Elżbiety Marcinkowskiej, po zapoznaniu się z zestawieniem sprawozdań kancelarii prawnych, wynikami ankiety rozesełanej do członków WIL oraz nadesłaną ofertą, przedstawiła swoje rekomendacje do rozważenia przez ORL oraz kierunek zmian. Rekomendacje zostały przyjęte. Komisja pracy nie kończy – decyzją ORL upoważniono ją do opracowania zasad postępowania konkursowego na obsługę prawną WIL.

W punkcie dotyczącym wolnych głosów i wniosków oprócz licznych głosów nawiązujących do poprzedniej obszernej dyskusji o sytuacji w ochronie zdrowia wysłuchano informacji wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Cisko na temat zagadnień, którymi – oprócz oczywiście problemu pandemii – zajmowała się NIL. Kolega zwracał m.in. uwagę na problem tzw. medycyny estetycznej i świadczeń realizowanych przez nieuprawnione podmioty, funkcjonowanie serwisów internetowych dla lekarzy, umożliwiających umawianie wizyt, a także na publikowanie opinii o lekarzach i nieprawidłowości z tym związane oraz na problemy lekarzy dentyków.

Na tym obrady zakończono. O sytuacji w ochronie zdrowia będziemy Państwa informować na bieżąco na stronie www.wil.org.pl. ■



LEKARZ W OBLICZU PANDEMII

SPRAWDŹ
Z JAKIEJ POMOCY MOŻESZ
SKORZYSTAĆ!

wil.org.pl/lekarzwobliczupandemii/



ANKIETA WSPARCIE PRAWNE DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW WIL

Zachęcamy wszystkich Lekarzy i Lekarzy WIL do wypełnienia **anonimowej**, 5-minutowej **ankiety on-line**, mającej na celu identyfikację potrzeb prawnych wielkopolskiego środowiska lekarskiego.

Zależy nam na jak najlepszym dopasowaniu proponowanych przez nas rozwiązań do Państwa oczekiwań.

Im więcej opinii poznamy, tym skuteczniejsze mogą być nasze działania, dlatego **prosimy o podzielenie się z nami swoją opinią.**

Ankieta dostępna jest na stronie:
www.wil.org.pl/ankieta-prawna/



Artykuł sponsorowany

Poradnik e-skierowania – część druga

E-skierowanie w pytaniach i odpowiedziach

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

■ Jak w praktyce wygląda wystawienie e-skierowania?

Lekarz kierujący pacjenta wystawia i podpisuje e-skierowanie. Może do tego wykorzystać swój system gabinetowy lub bezpłatną aplikację przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia i dostępną w internecie pod adresem:

www.gabinet.gov.pl. Czynność ta przebiega analogicznie jak wystawienie e-recepty. Wystawione e-skierowanie musi zostać podpisane (podpisem elektronicznym), po czym trafia do ogólnokrajowego systemu e-zdrowie (P1). Pacjent otrzymuje dane dostępne e-skierowania drogą elektroniczną – jako SMS lub e-mail z 4-cyfrowym kodem, pod warunkiem że podał swoje dane kontaktowe w Internetowym Koncie Pacjenta w serwisie pacjent.gov.pl. Pacjent może też otrzymać wydruk informacyjny. Wydanie wydruku jest wymagane, jeśli pacjent nie wskazał swoich danych na IKP lub jeśli po prostu o to poprosił.

■ Gdzie pacjent może zrealizować e-skierowanie?

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

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

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

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

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

Producenci oprogramowania przygotowali lub przygotowują odpowiednie zmiany lub rozszerzenia pozwalające na obsługę e-skierowań. Na stronie www.ezdrowie.gov.pl w sekcji poświęconej e-skierowaniu znajdują się aktualizo-

wane informacje o oprogramowaniu poszczególnych dostawców – czy już umożliwiała ono wystawianie lub realizację e-skierowania lub w jakim terminie to będzie możliwe.

■ Czy e-skierowanie można wystawiać zdalnie?

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

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

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

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

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

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

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

Centrum e-Zdrowia zaprasza wszystkich lekarzy do kontaktu i zadawania pytań za pośrednictwem infolinii: numer 19 457 – lub mailowo: e-skierowanie@csioz.gov.pl.

Klauzula dobrego Samarytanina

W artykule „Sprzeciw całego środowiska” (BIWIL, nr 7–8) pisałem m.in.: „W piątkowy (19 czerwca 2020) wieczór Sejm przyjął antykrzysową «Tarczę 4.0» dedykowaną przedsiębiorcom. Ale nie tylko im. Wprowadzone zostały doń i zmiany w Kodeksie karnym. Chodzi o artykuł 37a zaostrzający kary za wiele przestępstw. Po wprowadzeniu nowelizacji grozić będzie tylko kara więzienia. Sejm odrzucił senacką poprawkę. Tak więc, aby ustawa weszła w życie, potrzebny jest podpis prezydenta. Nowelizacja art. 37a Kodeksu karnego budzi olbrzymi sprzeciw całego środowiska lekarskiego, ponieważ przepis ten może znaleźć zastosowanie także w sprawach dotyczących tzw. błędów medycznych. Z uwagi na charakter czynności zawodowych podejmowanych w celu ratowania życia i zdrowia swoich pacjentów lekarze są grupą zawodową, która nie jest wolna od ryzyka ponoszenia odpowiedzialności karnej. Lekarz, który dopuścił się błędu medycznego, musi wprawdzie liczyć się z poniesieniem konsekwencji swego czynu, wymierzana sankcja powinna być jednak sprawiedliwa, adekwatna do stopnia zawinienia, okoliczności, w jakich doszło do popełnienia czynu, i postawy lekarza. Sąd orzekający musi mieć zatem pozostawioną szerszą swobodę wymiaru kary wolnościowej”.

I oto, gdy ze stanu epidemicznego przeszliśmy do stanu epidemii, jest szansa na zmianę sytuacji. *Pracujemy nad stworzeniem tzw. klauzuli dobrego Samarytanina, która zakłada, że w ramach walki z COVID-19 błędy popełniane nieumyślnie nie będą karane. To pozwoli lekarzom poczuć się bezpiecznie. Przedłożymy [na posiedzeniu Sejmu – przyp. red.] projekt rozwiązania legislacyjnego z uregulowaniami, które poprawią ich sytuację, zwłaszcza zaś zdejmą pewne ryzyka związane z walką z COVID-19. Projekt dostrzega, że zaangażowani w nią są i będą nie*

Projekt „ustawy covidowej” a wykonywanie zawodu lekarza

ALERT PRAWNY

19 października 2020 r. do Sejmu RP wpłynął poselski projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Pierwsze czytanie do poselskich projektów ustaw (druki nr 683, 684, 685, 686 i 698) odbyło się 20 października, a drugie czytanie 22 października 2020 r. W czasie zamykania tego numeru biuletynu projekt został przekazany do Senatu RP. Cykl wydawniczy nie pozwala na oczekiwanie na głosowanie w Sejmie RP, ale znaczenie tego dokumentu dla środowiska lekarskiego jest duże, więc publikujemy analizę prawną projektu przed uchwaleniem.

Do najważniejszych projektowanych zmian należy m.in. **modyfikacja reguł skierowania do pracy osób wykonujących zawody medyczne, a także zmiana zasad ponoszenia odpowiedzialności karnej. Dnia 20 października 2020 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej opublikowało stanowisko względem projektowanych zmian.**

Uproszczona procedura przyznawania prawa do wykonywania zawodu lekarza

Jednym z rozwiązań mających na celu usprawnienie działalności służby zdrowia jest **wprowadzenie uproszczonej procedury przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza cudzoziemcom spoza Unii Europejskiej z myślą o lekarzach zza wschodniej granicy.** Projektowana procedura nie określa jednak precyzyjnie warunków niezbędnych do przyznania uprawnień (m.in. nie wskazuje, że warunkiem niezbędnym jest ukończenie studiów lekarskich trwających co najmniej 5 lat), a także *de facto* pozbawia samorząd lekarski kontroli nad ich spełnieniem. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oceniło powyższą zmianę negatywnie – zarówno jako próbę nieetycznego przejęcia personelu medycznego z innych krajów, jak również jako niezasadne dywersyfikowanie warunków, które zależnie od pochodzenia powinny zostać spełnione w celu wykonywania w Polsce zawodu lekarza.

NAJWIĘCEJ KONTROWERSJI Obowiązki samorządów zawodowych, uczelni medycznych

Istotne wątpliwości praktyczne wzbudza szereg regulacji dotyczących skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Po pierwsze, na wniosek wojewody lub ministra zdrowia samorządy zawodów medycznych są zobowiązane do przekazania w terminie 7 dni wykazu osób wykonujących zawody medyczne, które mogą być skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazało, że obowiązek ten jest niemożliwy do realizacji z uwagi na sposób ukształtowania przesłanek zwalniających od skierowania do pracy do pracy (m.in. osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat – kobiety, 65 lat – mężczyźni; kobiety w ciąży; osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 10 lat; w przypadku gdy dziecko w wieku powyżej 10 lat jest wychowywane przez dwie osoby, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich; osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności; osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy; inwalidzi; osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie; posłowie; senatorowie) **i niedysponowanie**



Fot. istockphoto

przez samorządy zawodowe danymi pozwalającymi na weryfikację takich osób (w prowadzonych rejestrach samorządy posiadają informacje pozwalające na zweryfikowanie wyłącznie jednej przesłanki, tj. wieku).

Po drugie, projektowane zmiany poszerzają katalog osób, które mogą zostać skierowane do pracy. Projektowana ustawa zarówno podnosi wiek mężczyzn, którzy mogą być skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii z 60 do 65 lat, jak również uchyla obowiązujące do tej pory wyłączenie, zgodnie z którym do pracy nie mogła zostać skierowana osoba wychowująca dziecko do 14. roku życia.

W przypadku gdy dziecko w wieku do 10 lat jest wychowywane przez dwie osoby, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może być skierowana wyłącznie jedna z nich. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej postuluje poszerzenie przesłanek negatywnych skierowania do pracy o sytuację sprawowania przez osobę wykonującą zawód medyczny samodzielnej opieki nad osobą starszą, schorowaną itp., której pozostawienie bez opieki może zagrozić jej zdrowiu lub życiu.

Co istotne, decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii może dotyczyć również m.in. studentów kierunków przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego, doktorantów w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, osób kształcących się w zawodzie medycznym, osób posiadających wykształcenie w zawodzie medycznym, które ukończyły kształcenie w zawodzie w okresie ostatnich 5 lat oraz ratowników medycznych.

Do przekazania danych o ww. osobach zostali zobowiązani m.in. rek-

torzy uczelni. Świadczenia zdrowotne tych osób mają być wykonywane zawsze pod nadzorem osoby wykonującej zawód medyczny, zaś zlecane zadania powinny zostać dostosowane do ich wiedzy i umiejętności. Okres pracy przy zwalczaniu epidemii będzie zaliczony na poczet zajęć i praktyk zawodowych.

Kto może zostać skierowany do pracy przy zwalczaniu COVID-19

Najistotniejsza jest zmiana przesłanek do wyłączenia z obowiązku wykonywania pracy przy zwalczaniu epidemii. Według nowych regulacji podwyższony został wiek mężczyzn, obniżona została granica wieku dzieci podlegających opiece rodzicielskiej, zaproponowano w projekcie obowiązek uzyskania zaświadczenia o chorobie przewlekłej przez lekarza orzecznika ZUS, a nie jak dotąd lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny, której dotyczy choroba przewlekła, lub lekarza specjalisty w dziedzinie chorób zakaźnych.

Proponowane zmiany obejmują art. 47 ust,

1) osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat w przypadku kobiet, a 65 lat w przypadku mężczyzn;

Ustawodawca zamierza uchylić pkt 2b – wyłączenie stanowiące, że nie podlegają skierowaniu osoby, które wychowują dziecko w wieku do 14 lat.

Ust. 3a i 3b mają stanowić, że w przypadku gdy dziecko w wieku do 10 lat (w pierwotnym projekcie do 18 lat, zmiana wieku po drugim czytaniu) jest wychowywane przez dwie osoby, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich.

tylko specjaliści chorób zakaźnych, ale i lekarze innych specjalności „być może bardzo odległych od tego, z czym mamy w tej chwili do czynienia” – mówił na konferencji prasowej (15 października 2020 r.) minister zdrowia Adam Niedzielski.

Szef resortu poinformował także, iż planowane jest zwiększenie dodatku, który wynika z pracy przy COVID dla medyków skierowanych do tej pracy. „Tu będziemy chcieli – informuje PAP – płacić 175 proc. wynagrodzenia. Również wszyscy medycy, którzy z powodu walki z COVID będą narażeni na konieczność odbycia izolacji, kwarantanny, będą mieli refinansowanie wynagrodzenia nie na standardowych zasadach dla zwolnień lekarskich, tylko będą mieli pełną płatność. Będziemy chcieli też uregulować kilka kompetencji, które dotyczą koordynacji, szczególnie w ratownictwie medycznym”.

Czy sprawa trafi na tzw. szybką ścieżkę legislacyjną? Jeszcze tego samego dnia wicemarszałek Ryszard Terlecki mówił o możliwości zwołania dodatkowego posiedzenia Sejmu. Nazajutrz potwierdził, że jest ono planowane na wtorek, 20 października 2020 r. Na stronie internetowej Sejmu w piątek w godzinach popołudniowych opublikowany został porządek obrad 19. posiedzenia:

- Informacja Prezesa Rady Ministrów na temat stanu przygotowania państwa na rosnącą falę zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 i wywoływanej nim choroby COVID-19, a także wirusa grypy w czasie pandemii koronawirusa.
- Powołanie Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Pytania w sprawach bieżących.
- Informacja bieżąca.

Klauzula dobrego Samarytanina i inne równie ważne sprawy dla wszystkich osób pracujących w systemie ochrony zdrowia, zaangażowanych w walkę z COVID-19 będą procedowane podczas tego posiedzenia Sejmu – oficjalnie poinformował minister zdrowia. (ap)

- ▶ Najbardziej kontrowersyjna zmiana dotyczy orzeczenia w sprawie choroby przewlekłej, które ma być wydane przez lekarza orzecznika ZUS. Wiadomym jest, iż na komisję i wydanie orzeczenia oczekuje się kilka tygodni – czy zatem lekarze, którzy cierpią na choroby przewlekłe mieliby uzyskiwać orzeczenie niejako „zawczasu”, czy też wszczęcie postępowania o wydanie orzeczenia będzie zawieszanie wykonania obowiązku. Na te pytania trudno odpowiedzieć na ten moment.

Istotną zmianą jest także nadanie uprawnień lekarzom podlegającym wyłączeniu na mocy art. 47 ust. 3 pkt 1, 2a i 2b ustawy w nowym brzmieniu do złożenia wniosku do wojewody o skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii. Jest to szczególnie ważne dla lekarzy, których szpitale zostały przekształcone w jednoimienne i chcą wykonywać pracę. Tę zmianę należy ocenić pozytywnie.

Warunki pracy przy zwalczaniu COVID-19

Osobom skierowanym do pracy na podstawie decyzji przysługiwać będzie wynagrodzenie zasadnicze w wysokości **nie niższej niż 200 proc. przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w decyzji lub innym podobnym zakładzie**, jeżeli w zakładzie wskazanym takiego stanowiska nie było, z tym zastrzeżeniem, że wynagrodzenie to nie może być niższe niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczeniu epidemii otrzymywała w miejscu poprzedzającym

miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy. **W tym zakresie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej postuluje zmianę podstawy wyliczenia wynagrodzenia, tak aby wynagrodzenie zasadnicze było nie niższe niż 200 proc. wynagrodzenia otrzymanego przez daną osobę w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydano decyzję.** Prezydium argumentuje, że w ten sposób lekarze pracujący na kontraktach nie doznają istotnego pogorszenia sytuacji finansowej pomimo znacząco zwiększonego ryzyka i natężenia pracy.

Modyfikacja zasad odpowiedzialności karnej

Na pozytywną ocenę zasługuje projektowane rozwiązanie zakładające złagodzenie reżimu odpowiedzialności karnej osób wykonujących zawody medyczne podczas udzielania świadczeń medycznych w celu zwalczania epidemii COVID-19 poprzez **wyłączenie odpowiedzialności karnej** za działania podejmowane w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii pod warunkiem działania w szczególnych okolicznościach, chyba że spowodowany skutek był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach (tzw. klauzula dobrego Samarytanina). Wyłączenie odpowiedzialności karnej dotyczy następujących przestępstw:

- art. 155 kk – nieumyślne spowodowanie śmierci;
- art. 156 § 2 kk – nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu;

- art. 157 § 3 kk – nieumyślne spowodowanie średniego i lekkiego uszczerbku na zdrowiu;
- art. 160 § 3 kk – nieumyślne narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej co do zasady **zaaprobowало** projektowaną zmianę, wskazując na konieczność stworzenia lekarzom warunków pozwalających na niesienie pomocy pacjentom bez strachu przed odpowiedzialnością. W ocenie Prezydium wsparcie dla lekarzy powinno mieć charakter realny, a nie wyłącznie pozorny – w konsekwencji sformułowano postulat jednoczesnego ograniczenia odpowiedzialności cywilnej i zawodowej lekarzy.

Zawieszenie kierowników podmiotów leczniczych prowadzących szpital

Szczególne zaniepokojenie środowisk medycznych wzbudzają regulacje dotyczące dyrektorów szpitali. W szczególności uzasadnionych przypadkach związanych z koniecznością zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym w przypadku odmowy wykonania lub nienależytego wykonania obowiązku lub polecenia przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, **minister zdrowia może w drodze decyzji zawiesić kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital w wykonywaniu praw i obowiązków oraz wyznaczyć w jego miejsce pełnomocnika, a decyzja ta podlega natychmiastowemu wykonaniu.** Szczególne zaniepokojenie wzbudza fakt, że odwołany dyrektor nie ma możliwości podjęcia jakiegokolwiek polemiki z decyzją ministra, albowiem **nie przewidziano procedury odwoławczej.** Ponadto projektowana ustawa zawiera **wyłącznie ogólne kryteria, które potencjalny pełnomocnik musiałby spełnić** (wyższe wykształcenie, niekaralność, doświadczenie w pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe z zarządzania, trzyletni staż pracy, wiedza i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika), a jego wynagrodzenie ustala minister zdrowia.

DR LUCYNA STANISZEWSKA

APL. RADC. NATALIA MIELCARSKA

KANCELARIA PRAWNA FILIPIAK&BABCZ



COVID-19 – Rozmowy

Rozmowa z Marcinem Karolewskim – przewodniczącym Komisji ds. Szpitalnictwa Okręgowej Rady Lekarskiej i zastępcą dyrektora ds. medycznych Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance.

O funkcjonowaniu szpitala w czasach COVID-19

■ **Katarzyna Strzałkowska:** Jak wygląda obecnie sytuacja w wielkopolskich szpitalach?

Marcin Karolewski: Sytuacja w szpitalach jest dramatyczna. Każdy szpital ma chorych na różnych oddziałach i tym chorym z różnymi schorzeniami trzeba pomóc. Do tego w każdym szpitalu pojawiają się chorzy z podejrzeniem wirusa SARS-CoV-2. Są przyjmowani na SOR i tam badani pod kątem obecności wirusa. Badanie trwa i zanim przyjdzie wynik testu, chorzy pozostają w szpitalu. Potem bardzo trudno znaleźć miejsce w tzw. szpitalu covidowym, bo wszystkie miejsca są zajęte, co potwierdza koordynator, więc chorzy zostają. Sam transport pacjenta do szpitala covidowego staje się problemem, bo na przeznaczoną do tego celu karetkę trzeba czasem czekać nawet dobę. Łóżka „obserwacyjno-diagnostyczne”, stworzone przy SOR-ach, stają się łózkami „lecniczymi”. Można powiedzieć, że szpitale już teraz wszystkie muszą być szpitalami częściowo covidowymi, bo nie ma gdzie odesłać chorych na COVID-19. Co więcej, nawet jeśli stan ich zdrowia pozwala na izolację w warunkach domowych, to rodzina często odmawia ich przyjęcia. Sytuacja jest trudna do opanowania.

■ **KS:** Dodatkowo wirus wdziera się na inne oddziały.

MK: Niestety tak. Wirus przychodzi z pacjentami na SOR, ale potem pojawia się wśród chorych na innych oddziałach. A pacjentów na tych oddziałach, np. w moim szpitalu na oddziałach internistyczno-kardiologicznym, chirurgicznym czy położniczo-ginekologicznym, jest o wiele więcej niż zwykle. To spowodowane jest sytuacją, że jesteśmy jedyną interną i ginekologią w promieniu 80 km. Wszystkie oddziały o tych profilach – w Czarnkowie, Drezdenku, Wąlczu zostały przekształcone na oddziały covidowe. Najgorsza sytuacja jest wtedy, gdy na oddział trafia pacjent w okienku serologicznym, gdy pierwszy test nie potwierdza zakażenia SARS-CoV-2, a dopiero wykrywa to drugi test, wykonany na oddziale.

■ **KS:** Na jaki czas zostaje zamknięty oddział z przyczyn „covidowych”? Czy u Państwa była taka sytuacja?

MK: Tak. W połowie października nasz oddział internistyczno-kardiologiczny został nagle zamknięty, kiedy okazało się, że mamy na oddziale pacjenta zakażonego wirusem SARS-CoV-2, który w pierwszym teście miał wynik ujemny. Zarówno personel tego oddziału, w tym ja jako lekarz, jak i chorzy musieliśmy pozostać wspólnie w zamknięciu dzie więć dni. Tak zdecydował sanepid. Podobną sytuację mieliśmy na oddziale ginekologiczno-położniczym.

■ **KS:** Pan jest również dyrektorem ds. lecznictwa. Czy i te obowiązki były przez Pana wykonywane?

MK: Dla mnie jako lekarza był to – można powiedzieć – dziesięćdniowy dyżur. Cały ten czas pracowałem również



Fot. Monika Bączek

poprzez kontakt telefoniczny jako dyrektor ds. lecznictwa. Właściwie prawie przez całą dobę. To był bardzo trudny czas, bo to, że byłem w zamknięciu, nie powodowało, że bym czuł się zwolniony z obowiązków. Mój wynik testu był negatywny, ale nawet jeśli byłby pozytywny, to moje lekarskie powołanie nakazywałoby mi pomagać, więc pomagałbym, gdyby mi stan zdrowia na to pozwolił. Na szczęście, po odbyciu kwarantanny, wszyscy wyszliśmy z tego cało. To pokazuje również, jak ważne jest stosowanie środków ochrony indywidualnej. Pomimo tego, że na oddziale przebywał przez tydzień pacjent, u którego wykonywane były codzienne czynności pielęgnacyjne, nebulizacje, tlenoterapia, nikt z personelu się nie zaraził.

■ **KS:** Czy kiedy skończyła się kwarantanna na tym oddziale, sytuacja się uspokoiła?

MK: Niestety nie. Teraz musieliśmy zamknąć oddział rehabilitacji i dział rehabilitacji, bo prawie wszyscy pacjenci na tym oddziale mieli potwierdzone zakażenie SARS-CoV-2. Co ciekawe, nie ucierpiał na tym zespół fizjoterapeutów, którzy poza oddziałem też zajmowali się tymi pacjentami. Rzeczywiście zadziałało dobre użycie środków indywidualnej ochrony i ciągła dezynfekcja.

■ **KS:** Czy w szpitalu wykonuje się pacjentom testy na bieżąco?

MK: Tak. Zarówno pacjentom z objawami, jak i personelowi z objawami lub z kontaktu. Wyniki sprawdzamy rano i po południu, i zastanawiamy się, czy z powodu braku personelu będzie trzeba zamknąć kolejny oddział. W obecnej sytuacji mamy około 40 osób „dodatnich” lub na kwarantannie i codziennie ta liczba się zwiększa. Zaczyna brakować pracowników medycznych na większości oddziałów. Przy takim tempie można powiedzieć, że stoimy na granicy możliwości. ■

COVID-19 – Rozmowy

Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Magdaleną Figlerowicz – konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chorób zakaźnych w Wielkopolsce, kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera w Poznaniu. Wywiad został przeprowadzony 13 października 2020 r., przed objęciem całej Polski strefą czerwoną.

O COVIDZIE-19 w szczegółach

- **Katarzyna Strzałkowska:** Mamy nową falę zakażeń SARS-CoV-2. Czy to ten sam wirus co w marcu, czy być może zmutowany?

Magdalena Figlerowicz: Wiadomo, że RNA wirusów mają możliwości zmian, mutacji. Natomiast nie mamy pewnych dowodów na to, że jest to wirus inny niż ten, z którym mieliśmy do czynienia wiosną. Nowa fala zakażeń wynika po pierwsze z pory roku, a po drugie mamy dużo więcej kontaktów między sobą, dzieci poszły do szkół, ludzie wrócili do pracy.

- **KS:** Czy gdybyśmy utrzymali lockdown, byłoby mniej zakażonych?

MF: Na pewno możemy powiedzieć, że od powrotu ludzi z wakacji mamy więcej zakażeń, natomiast bardzo trudno jest mi powiedzieć, że gdybyśmy trzymali lockdown, to teraz generalnie byłoby lepiej. Wszyscy mielibyśmy problem z utrzymaniem się, pracą, gospodarką. Tu nie ma dobrego wyjścia. Mamy pandemię i niełatwo jest tak jednoznacznie to oceniać. Podstawową sprawą jest ograniczanie kontaktów – tych, które nie są bezwzględnie konieczne. Dzieci powinny pójść do szkoły, ale ja byłabym za tym, żeby starać się przesunąć godziny rozpoczęcia zajęć, żeby nie wszystkie klasy rozpoczynały o tej samej godzinie. Trzeba też organizować przerwy w salach, wietrzyć pomieszczenia.

- **KS:** Dzieci i osoby młodsze podobno chorują łagodniej.

MF: Dzieci rzeczywiście chorują łagodniej, często leczą się w domu, nie wymagają hospitalizacji, ale wiele z nich jest zakażonych. Taka statystyka nie oznacza jednak, że wśród młodych ludzi nie zdarzają się ciężkie przebiegi, poważne powikłania, a nawet śmierć.

- **KS:** Jakie są powikłania po COVID-19?

MF: Nie możemy dzisiaj powiedzieć, jakie będą powikłania, nie znamy tego wirusa jeszcze tak dobrze. Natomiast już widzimy pewne odległe następstwa przebytego zakażenia u niektórych dzieci. Jest to na przykład zespół podobny do choroby Kawasaki (Kawasaki-like), pojawiający się po około 6 tygodniach od przechorowania fazy ostrej. Jeżeli spojrzymy na inne wirusy SARS, np. SARS-CoV-1, to wiemy, że po ich przechorowaniu były powikłania neurologiczne, kardiologiczne, psychiatryczne. Nie możemy wykluczyć, że w przypadku tego wirusa będą także inne następstwa, ale niektóre z nich pojawiają się po roku czy dwóch od zachorowania, więc mamy jeszcze za krótki czas obserwacji.



Fot. A. Grzesiak

- **KS:** Czy zdarzają się zachorowania na dwie choroby zakaźne w tym samym czasie?

MF: Mamy takich pacjentów, którzy chorują równocześnie na dwie choroby zakaźne. Niedawno mieliśmy na oddziale dziecko, które miało salmonellozę i COVID-19. Kiedyś uważaliśmy, że jak ktoś choruje na jedną chorobę zakaźną, to raczej nie zachoruje na drugą. Teraz wiemy, że nie zawsze tak jest. W przypadku grypy nie mamy takich dowodów, żeby np. szczepienie przeciwko grypie mogło chronić przed zachorowaniem na COVID-19. Natomiast ułatwia to lekarzom diagnostykę – jeżeli ktoś był szczepiony na grype, to jest małe prawdopodobieństwo, że jeśli przychodzi z gorączką, to że jest to grypa.

- **KS:** Jaki test jest najlepszy na COVID-19?

MF: Jedynym wiarygodnym testem potwierdzającym zakażenie jest ten wykonany metodą RT-PCR. W tej chwili lekarze w szpitalach i lekarze rodzinni mają możliwość zlecenia takiego testu na specjalnej platformie.

- **KS:** Co ma zrobić lekarz, jeśli stwierdzi u siebie podejrzenie zakażenia wirusem SARS-CoV-2?

MF: My, lekarze, najchętniej leczymy się sami, natomiast w tej sytuacji lepiej zdać się na pomoc kolegów. W szpitalach to się rozwiązuje inaczej, ale jeżeli lekarz POZ ma wątpliwości co do stanu swojego zdrowia, kontaktował się z osobą chorą, gorączkuje, to również może wykonać test metodą RT-PCR i najlepiej, by skierował go na to badanie jego lekarz rodzinny.

- **KS:** Jak lekarz powinien się chronić przed SARS-CoV-2?

MF: Na pewno powinien starać się mieć jak najkrótszy kontakt z pacjentem. Ale koniecznie powinien go mieć. To, ►

COVID-19 – Rozmowy

► co możemy zrobić poprzez telemedycynę, to należy zastosować. Nawet pacjent, który się zgłasza do poradni, może być najpierw przepytany. Można przeprowadzić wywiad przez telefon, w tym epidemiologiczny, czyli dotyczący ewentualnego kontaktu z osobą chorą, upewnić się, czy pacjent nie jest w trakcie kwarantanny, spisać uzyskane informacje. Badanie powinno się odbywać w maseczce chirurgicznej, dobrze jak do tego jest przyłbica, rękawiczki, fartuch, ale nie musi to być koniecznie kombinezon. Ważne jest, by bezpośredni kontakt trwał nie dłużej niż 15 minut. Jeżeli przebywamy z chorym w maseczce poniżej 15 minut, to

ryzyko zakażenia jest małe. Pacjent również powinien mieć maseczkę.

■ KS: Praca w środkach ochrony nie jest łatwa...

MF: Tak. Lekarze są bardzo zmęczeni, szczególnie ci, którzy pracują bezpośrednio z pacjentami z COVID-19. Mają bardzo dużo pracy, dużo dyżurów i do tego muszą pracować w środkach ochrony, co utrudnia również oddychanie. Jeśli się przebywa w maseczce cały dzień, to to również wpływa na komfort lekarzy. No i do tego poczucie zagrożenia – im dłużej trwa epidemia, tym ono jest większe. ■

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Jackiem Wysockim – lekarzem chorób zakaźnych i pediatrą, wiceprzewodniczącym Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, kierownikiem Katedry i Zakładu Profilaktyki Zdrowotnej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

O grypie w czasach COVID-19

■ Katarzyna Strzałkowska: Mamy trudną sytuację z wirusem SARS-CoV-2.

Jacek Wysocki: Tak. Wielu ludzi uwierzyło latem, że wirus już odchodzi. Pamiętam w marcu opowiadania, że jak będzie lato, to COVID-19 zniknie. Pojawiało się powątpiewanie, czy naprawdę trzeba zakładać maseczki? Czy to ma sens? Od tego czasu ludzie się trochę oswoili i jakby przestali się bać. Spadła samodyscyplina.

Do tego przez wiele lat słyszeliśmy, jak to oddziały zakaźne są niepotrzebne. Likwidowano je. Dzisiaj mogę z całą odpowiedzialnością powiedzieć, że to był wielki błąd. Jeżeli one nie były potrzebne 10 lat temu, to należało budować oddziały w standardzie oddziałów zakaźnych i zapełnić je neurologią czy interną. I takie oddziały mogłyby być w takiej sytuacji jak dziś przekwalifikowane. Od strony bazy jesteśmy nieprzygotowani. Proszę zauważyć, że prowadzi się wiele działań doraźnych. Przystawia się ściany, przebudowuje korytarze, stawia ścianki działowe. Tak nie powinno być. Służba zdrowia powinna mieć odpowiednią bazę, nawet wykorzystywaną w innym celu, ale gotową na wypadek epidemii. Co więcej, skurczyła się kadra.

W całej Polsce mamy 462 lekarzy zakaźników i wielu z nich to są osoby starsze, które dobrze byłoby odsunąć od chorych z COVID-19, ale nie można tego zrobić, bo nie będzie miał kto



Fot. A. Grzesiak

pracować. Do tego, kiedy kadra pracuje w kombinezonie 12 godzin, to musi się zmieniać, po 4 godzinach robić przerwę. Z dobrych zjawisk można podkreślić, że nasze władze regionalne i samorządowe starają się nas doposażyć w sprzęt. Przyznam, że sam mam telefony, w czym można jeszcze pomóc. Mamy propozycje pulsoksymetrów, kardiomonitatorów, respiratorów. Ale sam respirator nie leczy. Respirator wymaga lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej. Jeśli ich nie ma, to będzie ozdobą na półce.

■ KS: A jak wygląda grypa w tym wszystkim?

JW: Grypa może bardzo skomplikować diagnostykę. Wyobraźmy sobie, że mamy człowieka, który ma 39 stopni gorączki, zaczyna kaszleć, bolą go mięśnie. Zacznie się od teleporady.

Lekarz rodzinny będzie miał duże trudności w ustaleniu, czy to jest grypa czy COVID-19. Będzie musiał zacząć od testu, na który będzie czekał około 12 godzin, a w wielu wypadkach znacznie dłużej. I dopiero po wyniku będzie można powiedzieć, że to nie jest COVID-19, lecz grypa i będzie można podać choremu właściwe leki. Tam, gdzie grypa ma ciężki przebieg, możemy zastosować specyficzne leki, ale one powinny być podane bardzo szybko. Uważa się, że po 48 godzinach leki te już prawie nie działają, to znaczy nie łagodzą przebiegu choroby. Sytuacja pacjenta bardzo się skomplikuje, jeżeli na pandemię COVID-19 nałoży się grypa. Stąd też apele, żeby szczepić się przeciwko grypie. My, jako służba zdrowia, musimy jeszcze inaczej myśleć. Co się stanie, jeśli przy tym całym napięciu kadrowym kilka osób pójdzie na zwolnienie? Dlatego my się grypy boimy, bo ona może sparaliżować służbę zdrowia, pogorszyć sytuację pacjentów i wywołać dodatkowy chaos.

■ KS: Czy śmiertelność przy grypie może być większa?

JW: Niektórzy wyliczają, że śmiertelność przy grypie może być jeszcze większa, tylko że jest znaczna różnica biologiczna. My się z grypą spotykamy każdego roku. Część osób ma mniej przeciwciał, część więcej, wirus mutuje, co roku jest trochę inny, ale nie ►

COVID-19 – Rozmowy

▶ jest nowy. A SARS-CoV-2 to jest nowość, która do tej pory krążyła między zwierzętami. Większość osób nie ma żadnych przeciwciał. Zresztą były takie próby, żeby po pierwszych miesiącach pandemii przetestować tysiąc, dwa tysiące osób i zobaczyć, czy mają przeciwciała – stwierdzano ich obecność u 1–2 proc. badanych. Widać, że wirus SARS-CoV-2 atakuje osoby o słabszej odporności, starsze, z cukrzycą, ma swoją specyfikę i przebiega inaczej niż grypa. W części przypadków dochodzi do masywnego zniszczenia płuc i kończy się to śmiercią. W przypadku grypy mamy dzisiaj przynajmniej dwa leki o udowodnionej skuteczności wobec tego wirusa, a przeciwko SARS-CoV-2 prowadzi się liczne badania w poszukiwaniu skutecznych metod leczenia – od leków przeciwwirusowych przez leki biologiczne aż po osocze ozdrowieńców. Próbuje się i speramy się na łamach czasopism naukowych – co działa, a co nie.

■ **KS: Czy nie jest lepiej najpierw wykluczyć grypę?**

JW: W szpitalach na pewno będziemy się posługiwać szybkimi testami w kierunku grypy, a w przypadku dzieci jeszcze w kierunku wirusa RSV. Mamy szybkie testy, które izba przyjęć czy SOR może wykonać w ciągu 10 minut. Natomiast w przypadku SARS-CoV-2 próbujemy szybkich testów antygenowych, ale nie jesteśmy nimi zachwycony. Kiedy robimy test szybki i następnie test PCR, to zgodność jest na poziomie 30 proc. – czyli nie mamy szybkiego narzędzia do zdiagnozowania. Jeżeli wynik jest dodatni, to prawdopodobnie pacjent jest zakażony, jeśli ujemny – to w dalszym ciągu nie wiemy nic, bo czułość tego testu jest za niska.

■ **KS: Nie lepiej odrzucić szybkie testy antygenowe?**

JW: Pamiętajmy, że PCR jest bardzo pracochłonny. Mogę powiedzieć, że w uczelnianym laboratorium, które robi badania dla Poznania i okolic i prowadzi punkt *drive-thru* na Rokietnickiej, pracuje 70 osób. Personel ten pracuje całodobowo na dyżurach dwunastogodzinnych. Ponadto taki test jest kosztowny – kosztuje 400–500 zł. No i się czeka. Kiedy pacjent oczekuje na

SORze, nie wiadomo, co z nim zrobić. Na jakim oddziale ma leżeć: covidowym czy zwykłym. Są ogromne problemy organizacyjne. Wprowadzono pododdziały wstępnego przesiewu, ale ile takich łóżek można mieć? Pacjenci leżą około 12 godzin, a dzisiaj nawet ponad 24 godziny w oczekiwaniu na wynik.

■ **KS: A testy na grypę?**

JW: W przypadku grypy mamy testy szybkie – realizowane w *point of care*, czyli w miejscu udzielania świadczeń, stwierdzające obecność antygenów tego wirusa, oraz badania oparte o metodę PCR – droższe, dłużej trwające, ale dokładniejsze. Testy antygenowe przydają się w izbach przyjęć i SOR-ach, bo pomagają w podejmowaniu szybkich decyzji. Ale już w przypadku POZ to jest utrudnione. Materiał trzeba dobrze, głęboko pobrać. No i kwestia finansowa – NFZ nie zapłaci za ten test.

■ **KS: Do tego dochodzi problem ze szczepionkami na grypę... Czy będzie szansa na szczepionkę dla wszystkich?**

JW: Wiele osób chciałoby się w tej chwili zaszczepić, ale podstawowy problem jest taki, czy szczepionek wystarczy dla wszystkich. To, że one docierają do placówek służby zdrowia, mogą potwierdzić, bo w moim szpitalu pojawiły się dla pracowników i sam z tego skorzystałem. Mamy specjalne listy, kwalifikacje i zapewnienie, że NFZ będzie pokrywał koszt naszego szczepienia. Przyszło 350 dawek. Ale pamiętajmy, że Polska należała przez długie lata do krajów o bardzo niskim zużyciu szczepionki. I nie możemy się dziwić, że nie byliśmy na listach dostaw na wysokim miejscu, skoro producenci każdego roku musieli niszczyć ileś dawek szczepionki. Są kraje, gdzie ten odsetek zaszczepionych, przynajmniej w grupie ryzyka, jest wyższy, np. w Wielkiej Brytanii, gdzie za cel postawiono sobie, że osoby powyżej 60. roku życia mają być zaszczepione corocznie w 75 proc. My zaszczepiliśmy w zeszłym roku 3–4 proc. populacji ogólnej i 14–16 proc. wśród seniorów w niektórych regionach, gdzie korzystano z darmowej szczepionki w ramach programów miejskich. Poza tym seniorzy poważniej do tego podchodzili, bardziej się grypy bali.

■ **KS: Jaki będzie Pana zdaniem przewidywalny procent wyszczepialności w tym roku?**

JW: Mamy dwa miliony dawek, więc będzie lepiej niż w poprzednich latach, ale niewiele lepiej z powodu braku szczepionki.

■ **Nie można jej wyprodukować?**

JW: Moce produkcyjne wszystkich producentów są ograniczone. Tłumaczyliśmy te ograniczenia w 2009 r., kiedy pojawiła się grypa pandemiczna A(H1N1)pdm2009. Musi minąć sporo czasu, zanim producenci wyprodukują dawki dla całej ludności globu czy nawet dla połowy tej ludności. To są miliardy dawek. Na razie mogę powiedzieć, że jeżeli tylko producenci będą nadal dostarczać szczepionkę, to należałoby zachować spokój. Nie zaszczepiliśmy się we wrześniu, ale cały październik i listopad będzie też dobrym momentem do zaszczepienia. Można to zrobić nawet w grudniu. Potem ta szczepionka znika, bo producenci muszą się skoncentrować na południowej półkuli, gdzie zbliża się jesień. I tam trzeba kierować szczepionkę.

■ **KS: Wracając do aktualności – czy wiadomo kto doradza władzom państwowym przy podejmowaniu kolejnych decyzji przeciwepidemicznych?**

JW: Pracuje nad tym szeroki sztab ludzi związanych z Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny i z wieloma innymi instytucjami. Wczoraj – 23 października – odbyło się pierwsze spotkanie *on-line* Rady Medycznej ds. Epidemii powołanej przez premiera Mateusza Morawieckiego. Pracami rady kieruje prof. dr hab. Andrzej Horban – krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych. Mam przyjemność być członkiem tej rady i muszę przyznać, że dyskusja była bardzo otwarta, a eksperci odwoływali się do doświadczeń z różnych stron świata, poszukując najlepszych rozwiązań. Otwarcie też wskazywano Panu Premierowi, w jakich obszarach walki z epidemią muszą nastąpić szybkie i istotne zmiany. ■

Wolno nam się bać, nie wolno wycofywać

Wolno nam się bać. Wolno łączyć się o siebie i bliskich, wolno analizować, czy nasze miejsca pracy są bezpieczne, czy otrzymujemy odpowiednie środki ochrony osobistej, czy *triage* przy wejściu do szpitala lub poradni jest prowadzony rzetelnie.



SZCZEPAN COFTA

Możemy być nieufni w stosunku do osób nieprzestrzegających obostrzeń. Pozwólmy sobie na strach, lecz nie pozwólmy na panikę. Nasz lęk powinien działać na nas motywująco. Jesteśmy odpowiedzialni za siebie, a także za innych. W czasach epidemii – gdy nie ma utartych dróg działania, gdy brakuje wytycznych – musimy uczyć

się nieść swoją postawą poczucie bezpieczeństwa, którym możemy obdarzyć naszych współpracowników, pacjentów, a także domowników czy osoby robiące z nami zakupy w aptece lub supermarkecie.

Nośmy oczywiście maski, dezynfekujmy ręce, zachowujmy właściwy dystans, nie bójmy się – uprzejmie i z szacunkiem – zwracać uwagę tym, którzy tych zaleceń nie przestrzegają. Nawet jeśli z lękiem, nawet jeśli onieśmieleni sytuacją, którą przeżywamy pierwszy raz, wykonujemy swoją pracę z oddaniem i uważnością na drugiego.

Nie przyczyniamy się do tego, by ponad lękiem o zachowanie na koronawirusa był lęk o opóźnione diagnozowanie chorób nowotworowych, naczyniowych czy każdego innego, o utrudniony dostęp do specjalistów, o pękające tętniaki aorty bez możliwości uzyskania pomocy chirurgicznej na czas...

Jedna z młodych lekarek napisała: „Czy wolno nam wymagać od innych, by odpowiadali na wezwanie do pracy w szpitalach jednoimiennych?”. Nie wiem. Chciałbym wierzyć, że

te wezwania nie są potrzebne, że jako medycy w sytuacji skrajnej – choćby i będącej do przewidzenia, choćby takiej, o której wiedzieliśmy, że się wydarzy – staniemy na wysokości zadania i każdy z nas, w zgodzie z swoimi przekonaniami i możliwościami, da z siebie wszystko, by przeciwstawić się epidemii. Dawajmy przykład sobą, choćby nie wiem jak duży drzymał w nas strach... To jest czas sprawdzianu.

Powinniśmy uczyć się reagować właściwie, bez bagatelizowania zagrożenia, ale też bez prowokowania działań nadmiernych. Sytuacja jest wyjątkowa, szczególna, jedyna w swoim rodzaju. Jeśli w marcu–kwietniu przeżywaliliśmy w dużej mierze „epidemię paniki”, tak teraz osaczyła nas opresja faktyczna.

Zachowując staranność, nie bądźmy zogniskowani wyłącznie na samej epidemii. Rozeznając właściwe procedury, ucząc się ich i nabywając doświadczenia, utrzymujmy właściwe proporcje, spoglądając na stojące przed nami wyzwania – na ile można – w szerszej perspektywie.

Ta szersza perspektywa to ryzyko długofalowych negatywnych skutków gospodarczych w skali kraju, których wczesne ujawnienie mogłoby spowodować niezwykle trudne perturbacje ekonomiczne związane z finansowaniem naszej służby zdrowia. Ta szersza perspektywa to skutki społeczne związane z nadwyrężeniem wzajemnych więzi, powstaniem wzajemnej podejrzliwości. Ta szersza perspektywa to rozbitcie tradycyjnego systemu edukacji. Powinno to stać się już teraz przedmiotem szczególnej refleksji, a dotyczy zarówno kształcenia przeddyplomowego, jak i podyplomowego. Ta szersza perspektywa to także skutki izolacji. Powinniśmy próbować – mimo opresji – w codziennym działaniu pomóc odnajdywać się osobom izolowanym, okazując gesty zrozumienia, niesienia faktycznej pomocy, bliskości i sympatii.

Musimy przewidywać to, co pewnie stanie się naszą cywilizacyjną rzeczywistością, teraz jeszcze nierozeznaną. ■

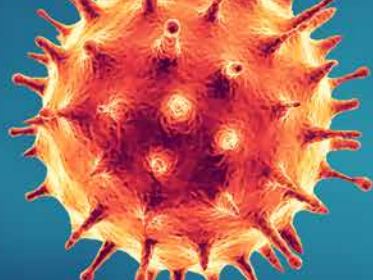


SZCZEPIENIA OCHRONNE

termin: 20 - 21 listopada 2020 roku
szkolenie bezpłatne, 8 punktów edukacyjnych

W programie m.in. realizacja szczepień w okresie pandemii, szczepienia obowiązkowe i zalecane, podstawy immunologii, PSO, indywidualny kalendarz szczepień zasady kwalifikacji do szczepień, szczepienia ochronne pacjentów z grup ryzyka i wiele innych.

Szczegóły oraz zapisy na stronie: wil.org.pl/szkolenie-szczepienia/



Nie wolno nam tracić rozumu

SARS-CoV-2 galopuje i coraz trudniej go dogonić, a co dopiero zatrzymać. Wokół słyszymy, że sytuacja jest poważna. Niepokój przybiera na sile. Strach coraz natarczywiej zagląda nam w oczy. Liczba zakażonych na świecie przekroczyła 39 mln, a w Polsce – 150 tys. Faza badań klinicznych eliminuje nadzieje na to, że szczepionka dostępna będzie jeszcze w tym roku. Ponoć najbliżsi jej są Chińczycy. Czy wygrają wyścig z amerykańskimi laboratoriami?



Fot. istockphoto

Au nas ktoś mówi: jesteśmy na progu wydolności systemu ochrony zdrowia. Ktoś mówi: już przekroczyliśmy ten próg. Jest zalecenie, aby przejmować kolejne łóżka szpitalne i adaptować do walki z koronawirusem. Jest wniosek, aby wojsko stawiało szpitale polowe. W czerwonej strefie od 17 października 2020 r. są 152 powiaty z 16 województw, w tym 11 miast wojewódzkich: Białystok, Bydgoszcz, Gdańsk, Kielce, Kraków, Lublin, Łódź, Olsztyn, Poznań, Rzeszów i Warszawa.

Ostatni tydzień września przynosi dynamiczny wzrost liczby zakażeń. Zdaniem ministra zdrowia to konsekwencja przywracania normalności, powrotu do szkół, do pracy, a w następstwie tego zdecydowanie większej liczby interakcji społecznych. Adam Niedzielski, mówiąc o statystyce COVID-19, stwierdza, że najważniejszym wskaźnikiem dotyczącym pandemii są dwie liczby: zajętych łóżek i pacjentów pod respiratorami. 30 września ministerstwo informowało o 1552 nowych przypadkach zakażenia SARS-CoV-2. To trzeci najwyższy bilans od początku epidemii w Polsce. Zmarło 30 osób, w tym pięć z powodu COVID-19, a 25 z powodu współistnienia COVID-19 z innymi schorzeniami. Łącznie do tej pory w naszym kraju infekcję koronawirusem potwierdzono u 91 514 osób, spośród których 2513 zmarło. W ciągu doby wykonano ponad 28 tys. testów.

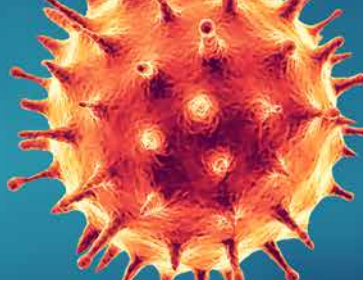
Inaczej niż wiosną

Jest zapowiedź strefowej walki z epidemią, sygnalizuje się ewentualność wyłączenia poszczególnych gmin, powia-

tów, ale nie całego kraju, jak wiosną. Lockdown nie wchodzi w grę, byłby zbyt wielkim obciążeniem gospodarki. Zmienia się regulacja dotycząca rozporządzenia w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny. Mówi ona, że tylko w przypadku wystąpienia czterech objawów koronawirusa lekarz może skierować pacjenta na badania. „Sprzeciwiamy się stanowczo decyzji, aby zlecenie na badania w kierunku SARS-CoV-2, w następstwie teleporady, dostawał wyłącznie pacjent, który spełnia wszystkie cztery kryteria: gorączka, kaszel, duszność, utrata węchu lub smaku. Takich pacjentów jest stosunkowo niewiele w porównaniu z pacjentami skąpoobjawowymi” – protestują lekarze POZ.

1 października 2020 r. liczba zakażonych wynosi 1967, pod respiratorem jest 159 pacjentów, kwarantanną objęto 133 981 osób, a nadzorem sanitarno-epidemiologicznym 16 891. Minister zdrowia mówi: *Mamy do czynienia z eskalacją pandemii. W najbliższym czasie należy spodziewać się nawet powyżej 2 tys. nowych przypadków koronawirusa dziennie. Z naszych prognoz, które cały czas monitorujemy w Ministerstwie Zdrowia, wynika, że w najbliższym czasie – mówię o okresie dwóch tygodni – ta liczba będzie utrzymywała się w przedziale, w okolicach 1500, nawet powyżej 2 tys. zachorowań dziennie.*

Tymczasem już następnego dnia notuje się kolejny rekord dobowego przyrostu zachorowań. Koronawirusa stwierdza się u 2292 osób. Rośnie liczba zajętych łóżek covidowych



i respiratorów. W szpitalach przebywa ponad 2700 osób, z których 166 jest w stanie ciężkim. Media po raz pierwszy informują, korzystając z danych resortu zdrowia udostępnionych Polskiej Agencji Prasowej, że od początku trwania epidemii do 20 września w Polsce „zakażenie koronawirusem potwierdzono u 1389 lekarzy, 3276 pielęgniarek, 268 położnych, 103 diagnostów, 113 dentystów, 83 farmaceutów i 312 ratowników medycznych. Kwarantanną objętych było w tym czasie 10 192 lekarzy, 21 263 pielęgniarki, 1864 położne, 1035 dentystów, 571 diagnostów laboratoryjnych, 857 farmaceutów i 2635 ratowników. Hospitalizowanych było – od początku epidemii do 20 września – 212 lekarzy, 433 pielęgniarki, 27 położnych, 13 dentystów, 7 diagnostów, 115 farmaceutów i 36 ratowników”.

Epidemia ruszyła z kopyta

Taki tytuł pojawia się w mediach elektronicznych. W ciągu kilkunastu dni podwaja się bowiem liczba zakażonych. Eksperci uważają, że wirus zmutował, stał się bardziej zakaźny, jednakże mniej niebezpieczny. Nie zgadza się z tą opinią wybitny polski wirusolog prof. Krzysztof Pyrc, który bada koronawirusy od 20 lat. Jego zdaniem brakuje dowodów na poparcie tej tezy. *W Małopolskim Centrum Biotechnologii – mówi portalowi WP.pl – na bieżąco badamy próbki koronawirusa, a nasze wyniki porównujemy z wynikami z innych laboratoriów na świecie.*

Niestety w tej chwili nie mamy żadnych dowodów na to, że wirus SARS-CoV-2 się zmienił i dlatego teraz przechodzimy zakażenie łagodniej. Faktycznie, wirusy mają tendencję do ograniczania swojej agresywności, ale ma to miejsce głównie w przypadku chorób o bardzo wysokiej śmiertelności. Moim zdaniem zahamowanie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 było zjawiskiem sezonowym. Prawdopodobnie wraz z jesienią gwałtownie zaczną rosnać nie tylko liczba zakażonych, ale i odsetek śmiertelnych przypadków.

Przybierają na sile głosy, że najgorsze przed nami. Niektórzy przywołują dramatyczne wydarzenia we Włoszech, prognozują dobowe liczby zakażeń na poziomie kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu tysięcy osób. Ministerstwo zapowiada wprowadzenie polityki zero tolerancji dla nieprzestrzegania obostrzeń. Bez maseczki – tam, gdzie to jest konieczne – może przebywać tylko osoba posiadająca odpowiednie zaświadczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzający brak możliwości jej noszenia.

7 października 2020 r. mamy 3003 nowe przypadki zakażenia koronawirusem, zmarło 75 osób. Liczba zakażonych koronawirusem od początku epidemii wynosi 107 319, a zmarłych 2792. Do respiratorów podłączonych jest 283 pacjentów. *Tracimy w tej chwili trochę kontrolę nad rozwojem epidemii. W dwóch na trzy przypadki nie znamy źródła zakażenia cho-*

rego. Wiemy jednak, że w dużej mierze są nimi dzieci w szkołach – powiedział PAP dr Jakub Zieliński z Zespołu Modelu Epidemiologicznego ICM Uniwersytetu Warszawskiego.

Należało się spodziewać

*Wydaje mi się, że my nie mamy drugiej fali, tylko jest cały czas ciągnąca się pierwsza fala – powiedział w programie „Newsroom” prezes Naczelnej Izby Lekarskiej prof. Andrzej Matyja. Jego zdaniem drastycznego wzrostu liczby zakażeń „należało się spodziewać”. Wskazał, że w Polsce nigdy nie było „znaczącego spadku zachorowań”. Prowadząca program Agnieszka Kopacz zapytała, czy jest możliwe, że w ciągu miesiąca lub dwóch będziemy mieć kilkadziesiąt tysięcy zakażeń dziennie. *Myszę, że tak* – odpowiedział prof. Matyja, zaznaczając, że dojdzie do tego, jeśli ludzie nie zastosują się do przestrzegania podstawowych zasad bezpieczeństwa. Wtedy może się okazać, że dojdzie do tragedii (...), cały system opieki zdrowotnej zostanie sparaliżowany.*

Następnego dnia ministerstwo informuje o 4280 nowych i potwierdzonych przypadkach zakażenia koronawirusem z województw: mazowieckiego (598), małopolskiego (548),

Ministerstwo zapowiada wprowadzenie polityki zero tolerancji dla nieprzestrzegania obostrzeń. Bez maseczki – tam, gdzie to jest konieczne – może przebywać tylko osoba posiadająca odpowiednie zaświadczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzający brak możliwości jej noszenia.

wielkopolskiego (505), śląskiego (375), pomorskiego (313), kujawsko-pomorskiego (311), łódzkiego (279), dolnośląskiego (258), podkarpackiego (256), lubelskiego (204), świętokrzyskiego (159), zachodniopomorskiego (116), warmińsko-mazurskie-

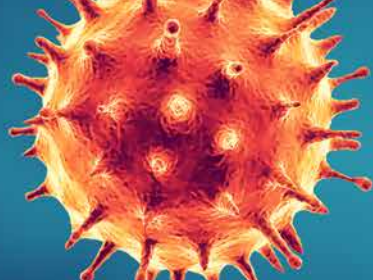
go (105), podlaskiego (94), opolskiego (90), lubuskiego (69). Liczba zajętych łóżek COVID wynosi 4138, a zajętych respiratorów – 296, 171 251 osób objętych jest kwarantanną, a 22 747 nadzorem epidemiologicznym, wyzdrowiało 76 490 osób.

Powrót wielu obostrzeń

Od 10 października wprowadzamy zasady ze strefy żółtej na terenie całego kraju, cały kraj znajdzie się w strefie żółtej – oświadczył premier Mateusz Morawiecki na wspólnej konferencji prasowej z ministrem zdrowia Adamem Niedzielskim. To oznacza powrót wielu obostrzeń, m.in. nakaz noszenia maseczek w przestrzeni publicznej.

*Sytuacja jest dramatyczna, dlatego że zakażenia koronawirusem są bardzo rozproszone po całej Polsce. To może najbardziej martwić – mówił w rozmowie z Interią dr Łukasz Durajski, członek WHO w Polsce. Ale też postawił ostrą diagnozę: *Osoba, która nie zakłada maseczki jest egoistą i świadomie naraża kogoś, kto jest chory na śmierć. Trzeba to wyraźnie powiedzieć.**

Przedstawiciele rządu apelują o zainstalowanie aplikacji STOP COVID – ProteGO Safe. Ma ona pomóc w walce z pandemią koronawirusa. Mówią: telefon zapamięta, kogo spotkaliście i nikogo o tym nie poinformuje. W przypadku kontaktu z osobą zakażoną od razu nas o tym poinformuje. ►



Fot. istockphoto

Podważanie zaufania społecznego do osób wykonujących zawód lekarza w okresie pandemii jest krzywdzące i skrajnie nieodpowiedzialne.

- ▶ Ważna zmiana: lekarz POZ może zlecić badanie w kierunku wirusa SARS-CoV-2, gdy w jego przekonaniu są ku temu wskazania. Pacjent nie musi mieć czterech objawów jednocześnie. Rozporządzenie zostało opublikowane w czwartek (8 października) późnym wieczorem i zaczyna obowiązywać z dniem następującym. Określa ono „standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2”.

Wydolny do pewnych granic

Myślę, że jeżeli utrzymamy poziom 4–5 tys. zakażeń dziennie, to nie byłoby źle. Służba zdrowia sobie z tym poradzi – mówił 12 października 2020 r. w Radiu Plus wiceminister zdrowia Waldemar Kraska. Najważniejsze, żeby zakażenia nie przyrastały lawinowo. Wyraził nadzieję, że „liczby nie będą rosły w bardzo drastyczny sposób, bo każdy system zdrowotny jest wydolny do pewnych granic”.

Nazajutrz prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. dr hab. n. med. Andrzej Matyja wyraża oburzenie słowami wicepremiera Jacka Sasina: *W swojej wypowiedzi* – czytamy w piśmie publikowanym na stronie internetowej samorządu lekarskiego – *zarzucił Pan części środowiska lekarskiego niechęć do wykonywania obowiązków lekarza. Podważanie zaufania społecznego do osób wykonujących zawód lekarza w okresie pandemii jest krzywdzące i skrajnie nieodpowiedzialne.*

Tego dnia, w środę, 14 października 2020 r., liczba osób zakażonych wynosi 6526, zmarłych – 116. W czwartek ta pierwsza liczba wzrasta do 8099, najwięcej w województwach: mazowieckim, małopolskim i wielkopolskim. Tego dnia wykonano 64 500 testów. Od początku pandemii przeba-

dano 3 835 329 próbek pobranych od 3 682 787 osób. Liczba zakażonych w Polsce od początku pandemii sięga 149 903, zmarłych – 3308, a ozdrowiałych – 85 588.

Dotychczas powszechna była opinia, że podstawowymi objawami zakażenia wirusem SARS-CoV-2 są kaszel i gorączka. Tymczasem wyniki badań brytyjskich naukowców z *University College London* wskazują na to, że najbardziej wiarygodnym symptomem COVID-19 jest utrata węchu i smaku, który, jak stwierdzono, występuje u 4 na 5 osób z pozytywnym wynikiem testów na obecność koronawirusa.

Polska czarna strefą?

Ministerstwo Zdrowia ogłasza listę 152 powiatów w 16 województwach, w których od 17 października 2020 r. mają obowiązywać największe ograniczenia. W czerwonej strefie mieszka łącznie 19 mln osób. W szkołach ponadpodstawowych i wyższych trzeba przejść na nauczanie zdalne.

Sytuację epidemiologiczną w Polsce skomentował w rozmowie z *Medexpressem* dr Michał Sutkowski, prezes Warszawskich Lekarzy Rodzinnych: *Dzisiejsza liczba nie jest zaskoczeniem. Przewidywaliśmy, że może dojść do tylu zachorowań. Ostatnio wykonujemy testy u wielu pacjentów objawowych. Lekarze rodzinni starają się dokładnie diagnozować chorych. Poza tym nieodpowiednie zachowanie społeczne determinuje dwie trzecie przypadków zakażeń. Jeśli ludzie będą zachowywać się odpowiedzialnie, to za 2–3 tygodnie nastąpi poprawa. Państwo powinno wprowadzić zdalne nauczanie dla dzieci od 12. roku życia. Spotkania powinny zostać ograniczone do kilku osób. Miejsca, które nie wpływają na rozwój gospodarki, powinny zostać zamknięte. Jeśli MZ wprowadzi te zalecenia, to społeczeństwo powinno ich przestrzegać. Jeśli tego nie robi, to Polska stanie się czarną strefą.* Media zamieszczają wypowiedź dr Bożeny Janickiej, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, dotyczącą osób, które masowo przychodzą do przychodni, bo nie chcą nosić maseczek: *Lawina ruszyła, kiedy rząd wprowadził żółtą strefę w całym kraju. Lekarze zalamują ręce. Nie wystawiamy takich zaświadczeń.* Jak przyznała w rozmowie z *Money.pl*, czasem brakuje jej już sił, by tłumaczyć, że astma, choroby płuc czy serca nie tylko nie zwalniają od noszenia maseczki, ale wręcz są wskazaniem do ich noszenia.

Stanowcze „nie” dla postaw, które mówią, że pandemii nie ma, że maska nie jest potrzebna. To nieodpowiedzialna głupota. Jako obywatel Polski proszę, żeby takie osoby były izolowane i przetrzymywane albo w zakładach psychiatrycznych, albo w izolatoriach – oświadczył były minister zdrowia prof. Marian Zembala, kardiochirurg. Na antenie TVP Info ocenił, że pandemia jest wojną i że „nie wolno nam tracić rozumu”. Informuje o tym Rzeczpospolita.pl.

To bardzo ważne wskazanie. Tym bardziej że w internecie nie brakuje opinii o celowym wyniszczeniu ludzkości, o niecnym spisku możliwych tego świata, o pacjentach, którzy są oszukiwani i podłączani do respiratora, który ich zabija.

Profesor Jadwiga Koczocik-Przedpelska ukończyła 100 lat

Profesor Jadwiga Koczocik-Przedpelska obchodziła 27 września 2020 r. swoje 100. urodziny. Z uwagi na sytuację epidemiologiczną trudno było dotrzeć z odwiedzinami, więc drogą szybkiej poczty w dniu urodzin otrzymała m.in. kwiaty, gratulacje i życzenia od prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Artura de Rosier i od przewodniczącego Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów ORL WIL Stanisława Macieja Dzieciuchowicza. Do Pani Profesor wpłynął także list od Premiera RP Mateusza Morawieckiego. Wiele ciepłych słów o Jubilatce powiedział też wieloletni kierownik Kliniki Ortopedii Dziecięcej w Instytucie Ortopedii prof. Witold Marciniak: „Było to w latach 50. Pan prof. Wiktor Dega szukał doktora, który miałby w sobie potrzebę związania swojej wiedzy z pracą kliniczną i potrafiłby zdiagnozować przebieg chorób ortopedycznych. I Pani Profesor Koczocik-Przedpelska to miała! A potem powstała pracownia patofizjologii narządu ruchu i mieliśmy jeden z pierwszych elektrotomografów, który zrewolucjonizował nasze badania. Klinika zdobyła nową bazę



Fot. Elżbieta Przedpelska-Ober

do pracy naukowej. Poliomyelitis – jakże się rozszerzyła gama zagadnień! Robiliśmy badania, omawialiśmy wyniki. Profesor Jadwiga Koczocik-Przedpelska miała tę potrzebę współpracy z klinicystami, udzielała się bardzo, pomagała. Cechowała ją zawsze niezwykła życzliwość i serdeczność. Wielu z nas sporo jej zawdzięcza. Co ją – oprócz pracy naukowej – łączy z prof. Degą? Długowieczność!” ■

Jadwiga Koczocik-Przedpelska urodziła się 27 września 1920 r. w Gnieźnie. W 1938 r. rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. W sierpniu 1939 r. odbyła kurs dla młodszych studentów w zakresie udzielania pierwszej pomocy medycznej w warunkach wojennych. Po wkroczeniu Niemców do Poznania gestapo aresztowało jej ojca, Józefa Koczocika, profesora Gimnazjum im. Karola Marcinkowskiego. Osadzony wraz z grupą poznańskiej inteligencji w Forcie VII, został rozstrzelany w styczniu 1940 r.

Jadwiga Koczocik razem z matką znalazły się w obozie na ul. Głównej, a następnie zostały deportowane do Generalnego Gubernatorstwa, do Przeworska. Tam Jadwiga zatrudniła się w składnicy Spółdzielni Kółek Rolniczych i prowadziła działalność konspiracyjną. W grudniu 1942 r. została zaprzysiężona w NOW, scalonej z AK. Powierzono jej obowiązki instruktorki sanitariuszek i łączniczki. W wolnych chwilach zgłębiała na własną rękę tajniki medycyny. Kiedy otrzymała polecenie zorganizowania przeszkolenia sanitarnego dla najmłodszych dziewcząt z konspiracji, zaopatrzona w tom „Podoficera sanitarnego”, wyruszyła w teren. Kiedy w wyniku przesuwania się frontu w Przeworsku i okolicach zaczęło przybywać rannych, wspólnie z dr. Jankowskim zorganizowała punkt sanitarny, który w niedługim czasie przetrwał się w szpital miejski.

20 grudnia 1944 r. została aresztowana przez UB w miejscu pracy. Żądano od niej wydania archiwum okręgu AK. Ukryła dokumenty. W styczniu została przekazana NKWD. Po krótkim pobycie w obozie w Bakoń-

czycach odbyła trwającą dwa tygodnie podróż, w nieogrzewanych wagonach bydłych, do Stalinogorska w okręgu moskiewskim. Stamtąd została doprowadzona do łagru.

Powróciła do Poznania 10 września 1945 r. i już w październiku kontynuowała przerwane studia medyczne na Uniwersytecie Poznańskim. Ponownie aresztowana przez UB w styczniu 1946 r., sześć tygodni spędziła w poznańskim więzieniu UB przy ul. Kochanowskiego. Po serii przesłuchań i obowiązkowym podpisaniu oświadczenia o dochowaniu tajemnicy zeznań wyszła na wolność.

W 1948 r. rozpoczęła pracę naukową na Wydziale Lekarskim UP, specjalizowała się w fizjologii stosowanej.

Prof. dr hab. Jadwiga Koczocik-Przedpelska była przez 22 lata kierownikiem Zakładu Patofizjologii Narządów Ruchu Instytutu Ortopedii i Rehabilitacji Akademii Medycznej w Poznaniu oraz przez 10 lat zastępcą dyrektora Instytutu ds. nauki i dydaktyki. Ma na koncie 165 publikacji naukowych. Jest ponadto autorką dwóch książek – „Marzenia i spełnienia” oraz „Między więzieniem a uniwersytetem”, w których opisała swe niezwykle przeżycia z okresu wojny.

Odznaczona została m.in. Krzyżem Armii Krajowej i Krzyżem Partyzanckim.

Opracowano na podstawie dokumentu
Fundacji Generał Elżbiety Zawadzkiej w Toruniu w zasobach
Kujawsko-Pomorskiej Biblioteki Cyfrowej, 3753/WSK.
OPRAC. KS

PERYSKOP

(doniesienia opracowane na podstawie serwisów internetowych pap.pl, wprost.pl i national-geographic.pl)

Algorytm, który rozpoznaje guzy nerek

Guzy nerek pojawiają się często u seniorów, dla których operacja bywa ryzykowna – zwracają uwagę naukowcy z Politechniki Gdańskiej. Aby pomóc lekarzom i pacjentom, naukowcy z PG opracowali oparty na technologii uczenia maszynowego i sztucznej inteligencji system TITAN (*Technology In Tumor ANalysis*). Potrafi on określić prawdopodobieństwo złośliwości guza nerki na podstawie samych zdjęć tomografii komputerowej jamy brzusznej. Badacze użyli ponad 15 tys. zdjęć tomograficznych pochodzących od prawie 400 pacjentów. System jest skutecznym w 87 proc., jednak szczególnie dobrze rozpoznaje łagodne guzy, a to jego główne zadanie.

Już w najbliższym czasie system TITAN będzie wprowadzany do praktyki klinicznej. Ma zostać wdrożony w Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku, aby pomagać lekarzom w diagnostyce bieżących przypadków. Jak zwracają uwagę twórcy, będzie to pierwszy tego typu system w Polsce wykorzystywany w praktyce. (pap.pl, mat/zan)

Polscy naukowcy a nowe leki dla chorych na COVID-19

Związki, które potencjalnie mogą stać się lekami dla chorych na COVID-19 udało się zidentyfikować naukowcom pod kierunkiem prof. Marcina Drąga z Politechniki Wrocławskiej we współpracy z kolegami z Belgii i Niemiec. Ich odkrycie zostało opublikowane na łamach prestiżowego czasopisma „Nature Chemical Biology”.

Związki silnie hamujące działanie jednego z enzymów koronawirusa SARS-CoV-2 – proteazy Mpro, a w konsekwencji – powielanie się (replikację) wirusa, zostały przetestowane w laboratorium na ludzkich komórkach wątroby zainfekowanych koronawirusem. *Okazało się, że inhibitor proteazy, który zidentyfikowaliśmy, działa praktycznie z taką samą mocą, jak remdesivir, ale jest mniej*

Z MEDYCZNEJ WOKANDY**O pewnej skardze na orzeczenie NSL**

Tytuł brzmi może nieco tajemniczo. Zaraz postaramy się wyjaśnić, o co chodzi. W świecie prawniczym jest takie powiedzenie, że zawsze rację ma sąd ostatniej instancji, czyli ten, od którego decyzji nie można się odwołać. W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w pierwszej instancji orzekają co do zasady okręgowe sądy lekarskie, a odwołania rozpatruje Naczelny Sąd Lekarski, który może podjąć różne decyzje, np. o utrzymaniu w mocy orzeczenia sądu pierwszej instancji albo jego uchyleniu i przekazaniu sprawy do ponownego rozpatrzenia OSL-owi.

W przypadku tego pierwszego rozstrzygnięcia strony mogą skorzystać z nadzwyczajnego środka zaskarżenia, a mianowicie kasacji do Sądu Najwyższego. Natomiast w przypadku tego drugiego pojawiała się w przeszłości wątpliwość, czy taka decyzja NSL może być kontrolowana przez Sąd Najwyższy. Warto tu przypomnieć, że w postępowaniu karnym taka możliwość jest dopuszczalna. Zgodnie z art. 539a § 1 kpk od wyroku sądu odwoławczego, uchylającego wyrok sądu pierwszej instancji i przekazującego sprawę do ponownego rozpoznania, stronom przysługuje skarga do Sądu Najwyższego. Tylko czy taka skarga przysługuje stronom w „naszym” postępowaniu? Na to pytanie próbowano znaleźć odpowiedź w sprawie o sygn. akt I KZ 1/18. Stan faktyczny przedstawiał się tu następująco:

Zarządzeniem z dnia 19 czerwca 2018 r. przewodniczący NSL odmówił przyjęcia skargi na orzeczenie NSL uchylające orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w X. i przekazującego sprawę do ponownego rozpoznania, uznając, że taka skarga jest niedopuszczalna z mocy ustawy. W uzasadnieniu wskazał, że w ustawie o izbach lekarskich uregulowana została instytucja kasacji i wznowienia postępowania, przez co „milszenie” ustawodawcy w kwestii skargi na uchylenie orzeczenia sądu pierwszej instancji wskazuje jednoznacznie na wyłączenie stosowania tegoż środka



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

prawnego w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Zażalenie na to zarządzenie wniósł obrońca obwinionego lekarza P.J., zaskarżając je w całości. Odnosząc się do uwag obrońcy, Sąd Najwyższy rozstrzygnął, iż odesłanie zawarte w art. 112 pkt 1 u.i.l., nakazujące „odpowiednie” stosowanie przepisów kodeksu postępowania karnego do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, dotyczy również przepisów rozdziału 55a kpk, regulującego właśnie instytucję wspomnianej w tytule skargi. Jak wskazał SN przemawiały za tym następujące argumenty. Pierwszy – opierający się na wykładni językowej art. 112 pkt 1 u.i.l. – prowadził do stwierdzenia, że zakres stosowania przepisów kodeksu postępowania karnego do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest całościowy z dwoma ustawowymi ograniczeniami. Po pierwsze, nie stosuje się przepisów procedury karnej, gdy ustawa o izbach lekarskich daną kwestię reguluje odrębnie. Po drugie, nie stosuje się wymienionych w art. 112 pkt 1 *in fine* u.i.l. instytucji karnoprocesowych. Jak stwierdził SN, w konsekwencji, skoro instytucja skargi nie została uregulowana w przepisach analizowanej ustawy i nie jest wymieniona jako wyłączona w przepisach o odpowiedzialności zawodowej, to ma „odpowiednie” zastosowanie. Drugi argument – w ocenie SN – wynikał z wykładni funkcjonalnej i systemowej. Jak podkreślono w uzasadnieniu decyzji SN ustawa o izbach lekarskich reguluje dwa nadzwyczajne środki zaskarżenia, tj. kasację i wznowienie postępowania, a nie czyni tego w stosunku do skargi. Jednak z tego faktu nie można wyprowadzić wniosku, że jest to celowe rozwiązanie ustawodaw-

cy, którego zamiarem było wyłączenie w tym postępowaniu instytucji skargi. Taki argument, który wskazany został w zaskarżonym zarządzeniu, mógłby zostać uznany za trafny, gdyby w czasie uchwalania ustawy o izbach lekarskich obowiązywała w kodeksie postępowania karnego instytucja skargi. Wówczas jej pominięcie, a uregulowanie dwóch innych nadzwyczajnych środków zaskarżenia, mogłoby wskazywać na celowe postępowanie, będące formą regulacji negatywnej. Jednak instytucja skargi została wprowadzona do porządku prawnego, gdy obowiązywała już ustawa o izbach lekarskich. W żadnej ustawie regulującej postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie dokonano zmiany związanej ze skargą. Wynikało to z przyjętej techniki legislacyjnej, gdyż w każdej z tych ustaw znajduje się odesłanie do „odpowiedniego” stosowania przepisów kodeksu

postępowania dyscyplinarnych kontroli pod względem prawidłowości kasatoryjnego orzekania. Wreszcie trzeci argument, który przytoczył w swym uzasadnieniu SN, przemawiający za odpowiednim stosowaniem przepisów o skardze, dotyczy *stricte* postępowania odwoławczego w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Ma ono obecnie inny charakter niż dotychczas w związku z odpowiednim stosowaniem znowelizowanych przepisów kodeksu postępowania karnego o postępowaniu odwoławczym. Aktualnie, po reformie przeprowadzonej w latach 2015 i 2016, jest to postępowanie kontrolno-reformatoryjne. Taki model kontroli odwoławczej oznacza, że sąd odwoławczy – odpowiednio Naczelny Sąd Lekarski – ma bardzo szerokie uprawnienia do merytorycznego orzekania, a wąskie pole orzekania kasatoryjnego. Wynika to z nowego brzmienia art. 452 § 2 kpk,

Po pierwsze, nie stosuje się przepisów procedury karnej, gdy ustawa o izbach lekarskich daną kwestię reguluje odrębnie. Po drugie, nie stosuje się wymienionych w art. 112 pkt 1 in fine u.i.l. instytucji karnoprocesowych. Jak stwierdził SN, w konsekwencji, skoro instytucja skargi nie została uregulowana w przepisach analizowanej ustawy i nie jest wymieniona jako wyłączona w przepisach o odpowiedzialności zawodowej, to ma „odpowiednie” zastosowanie.

postępowania karnego. Jak wyjaśnił SN instytucja skargi jest szczególnym rodzajem nadzwyczajnego środka zaskarżenia, gdyż dotyczy spraw, które nie zostały prawomocnie zakończone. Wniesienie skargi powoduje wszczęcie dodatkowego postępowania, obok toczącego się postępowania głównego. Ponadto, w przeciwieństwie do pozostałych nadzwyczajnych środków zaskarżenia, celem skargi nie jest kontrola prawidłowości merytorycznego zakończenia sprawy, ale kontrola zasadności uchylenia orzeczenia z punktu widzenia podstaw do wydania takiego rozstrzygnięcia. Trudno wobec tego uznać, że takie zadanie instytucji skargi nie powinno być realizowane w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, gdyż nie przemawiają za tym żadne merytoryczne argumenty. Takie wyłączenie stanowiłoby natomiast wyłom w spójności systemu prawnego, którego widoczną obecnie cechą jest poddawanie także

który zobowiązuje sąd odwoławczy, czyli właśnie Naczelny Sąd Lekarski, do przeprowadzania postępowania dowodowego w instancji odwoławczej, oraz z art. 437 § 2 kpk, który zawiera podstawy uchylenia zaskarżonego orzeczenia i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania. Ten ostatni przepis ma bowiem także odpowiednie zastosowanie w postępowaniu odwoławczym w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Wszystkie te argumenty – zdaniem SN – prowadziły do wniosku, że instytucja skargi na wyrok sądu odwoławczego, uregulowana w rozdziale 55a kodeksu postępowania karnego, ma odpowiednie zastosowanie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, a właściwy do jej rozpoznania jest Sąd Najwyższy. Dlatego też zaskarżone zarządzenie NSL zostało uchylone, a skardze nadano stosowny bieg. I może teraz tajemnicza skarga, o której mowa w tytule, stała się bardziej przystępna... ■

PERYSKOP

OKM-WIL

toksyczny dla komórek ludzkich – powiedział PAP prof. Marcin Drąg z Katedry Chemii Biologicznej i Bioobrazowania Politechniki Wrocławskiej. Jego zdaniem rodzi to nadzieję, że w przyszłości można będzie stosować skutecznie koktajl leków w terapii chorych na COVID-19. Remdesivir ma bowiem inny mechanizm działania (jest inhibitorem enzymu o nazwie polimeraza RNA zależna od RNA). *Gdybyśmy mogli podawać koktajl kilku leków, jak w terapii osób z HIV, to na pewno dużo szybciej moglibyśmy leczyć pacjentów z COVID-19* – ocenił badacz.

(pap.pl)

Nowy organ w gardle człowieka?

Holenderscy badacze ogłosili odkrycie nowego organu w gardle człowieka – to para gruczołów znajdujących się w czaszce – w miejscu, gdzie spotykają się jama nosowa i gardło. Naukowcy proponują, by tę część ciała nazwać gruczołami rurkowymi.

Badacze zaobserwowali gruczoły podczas dokonywania skanu mającego na celu stwierdzenie, czy u pacjenta chorego na raka prostaty wystąpiły przerzuty. Postanowili więc przyjrzeć się także innym pacjentom. Najpierw przejrzeni badania 100 mężczyzn walczących z tym samym nowotworem, a następnie zbadali zwłoki – jedne mężczyzn, drugie kobiety i wyniki były jednoznaczne – u wszystkich zaobserwowano gruczoły rurkowe.

Mimo to jeden z odkrywców nowych narządów, Matthijs H. Valstar – chirurg z Oddziału Onkologii i Chirurgii Głowy i Szyi z The Netherlands Cancer Institute – dodaje, że razem z innymi lekarzami byli początkowo sceptyczni wobec swojego odkrycia. Holendrzy sami zaznaczają, że potrzebne są kolejne badania, by je potwierdzić. Tym bardziej że dotychczasowe przeprowadzono jedynie u mężczyzn (i na jednych zwłokach kobiety). Poszukiwania nowego narządu należy więc powtórzyć przede wszystkim u większej liczby kobiet i pacjentów zdrowych.

(wprost.pl)

Zdobywcy Statuetki Wielkopolskiej

W tej rubryce prezentujemy rozmowy z osobami, które młodzi lekarze wyróżnili tytułem „Mentora”. W bieżącym numerze zamieszczamy rozmowy z wyróżnionymi w 2020 r. Lidią Gil i Pawłem Kurzawą.

Prof. Lidia Gil – lekarz hematolog i transplantolog. Obecnie pełni funkcję kierownika Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Konsultant wojewódzki ds. hematologii. Zawodową i naukową pasją Pani Profesor jest transplantacja komórek krwiotwórczych, a ostatnio także terapia komórkowa. Kieruje zespołem, który jako pierwszy w Polsce wprowadził do praktyki klinicznej nowatorską metodę leczenia z zastosowaniem genetycznie zmodyfikowanych autologicznych limfocytów T (CAR T; *chimeric antigen receptor T cell*). Jako nauczyciel akademicki i Prodziekan ds. Nauki UMP miała i ma wpływ na kształtowanie zawodowe i naukowe wielu młodych lekarzy, co – jak sama podkreśla – daje jej olbrzymią satysfakcję.



Fot. Archiwum prywatne

Rozmowa z prof. Lidią Gil

■ **Anna Grzesiak:** Czy przyznana przez studentów medycyny statuetka jest dużym wyróżnieniem?

Lidia Gil: Tytuł Mentora to prawdziwy zaszczyt. To olbrzymie wyróżnienie, które nadaje sens mojej pracy. Myślę, że w zawodzie lekarza kształcenie młodych lekarzy i studentów jest tak naprawdę częścią naszej codziennej aktywności i nie wolno o tym zapominać w żadnym momencie. Mam to szczęście, że jestem nauczycielem akademickim od wielu lat, pracuję ze studentami w kole naukowym, kieruję ścieżkami zawodowymi i naukowymi wielu młodych lekarzy. Nieustannie zarażają mnie swoją energią, a ja – mam nadzieję – zarażam ich pasją.

■ **AG:** Dlaczego została Pani Profesor lekarzem? Co Panią skłoniło do wybrania medycyny?

LG: Decyzję o tym, aby być lekarzem podjęłam w liceum. Jako dziecko miałam inne pomysły na przyszłość, które dzisiaj realizuję jako hobby. Moja decyzja była dość dojrzała, wynikała z absolutnej fascynacji biologią i życiem w ogóle. Nigdy nie żałowałam tej decyzji i jestem bardzo wdzięczna moim rodzicom i nauczycielom, że mnie w niej podtrzymywali. Na studiach niemal od początku wiedziałam, że chcę zajmować się medycyną cho-

rób wewnętrznych. Hematologię wybrałam dlatego, że zawsze pociągały mnie sprawy trudne. Dzisiaj uważam, że jest to jedna z najbardziej fascynujących dziedzin medycyny, niezwykle dynamicznie rozwijająca się naukowo.

■ **AG:** Co dla Pani dziś znaczy mentor? Czy spotkała Pani w swoim życiu zawodowym taką osobę? Kto to był? Jaki wpływ wywarła ta postać na życiowe wybory?

LG: Na różnych etapach mojego życia spotkałam kilka wspaniałych osób, które zaważyły na moich wyborach. I ciągle spotykam. Uważnie słucham. Z perspektywy czasu muszę jednak przyznać, że największy wpływ na moje zainteresowania zawodowe miał prof. John Goldmann z Hammersmith Hospital w Londynie. To dzięki niemu zafascynowała mnie transplantacja szpiku, a w konsekwencji terapia komórkowa. Zajmuję się tymi zagadnieniami od ponad 20 lat i mam zamiar je rozwijać. Szczególne miejsce zajmuje prof. Jan Styczyński z *Collegium Medicum* w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, który pokazał mi, co to jest nauka i co znaczy nauka w medycynie oraz który wspiera mnie nieustannie w realizacji moich naukowych celów i zamierzeń. Wreszcie prof. Stefan Grajek z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Dla mnie to

nie tylko doskonały kardiolog, ale także filozof, który nauczył mnie innego, szerokiego spojrzenia na medycynę i człowieka.

■ **AG:** Czym się Pani kieruje w swojej pracy zawodowej? Co jest dla Pani najważniejsze?

LG: Moje życiowe motto brzmi: Jeśli leczysz chorobę, możesz wygrać, możesz przegrać. Jeśli leczysz człowieka, zawsze wygrywasz. W mojej pracy skupiam się na człowieku. Rozmawiając o leczeniu w tej trudnej dziedzinie, jaką jest hematologia, zawsze jestem uczciwa, staram się być bardzo merytoryczna, ale też uważnie słucham moich pacjentów.

■ **AG:** Dlaczego warto kierować się w życiu wartościami, naśladować autorytety? Czy zachęca Pani młodych ludzi do ich szukania, naśladowania?

LG: Wartości są szczególnie ważne w zawodzie lekarza. Codziennie. W każdym kontakcie z drugim człowiekiem. Podążanie za autorytetami pomaga podejmować decyzje, wybierać. To istotne tak w życiu, jak i w naszej pracy. To ważne, aby młodym ludziom – lekarzom, studentom – wskazywać autorytety, które w wielu sytuacjach zastępują doświadczenie. Warto podawać przykłady postaw, zachowań i decyzji dotyczących nawet prostych spraw. ■

Izby Lekarskiej Mentor

Dr n. med. Paweł Kurzawa – specjalista patomorfolog. Obecnie obejmuje stanowisko kierownika Zakładu Patologii Onkologicznej Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu oraz kierownika Pracowni Patomorfologii Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Wieloletni nauczyciel akademicki oraz adiunkt na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Inicjator i współtwórca wielu międzynarodowych kursów podyplomowych w Polsce z udziałem uznanych autorytetów z całego świata. Pasjonuje się guzami tkanek miękkich i kości, hematopatologią, muzyką oraz wędkarstwem morskim.



Fot. Archiwum prywatne

Rozmowa z Pawłem Kurzawą

■ **Anna Grzesiak:** Czy przyznana statuetka była zaskoczeniem? Czy jest dużym wyróżnieniem dla Pana Doktora i motywacją do dalszej pracy?

Paweł Kurzawa: Przyznanie statuetki było dla mnie ogromnym zaskoczeniem. Od wielu lat prowadzę zajęcia ze studentami. Zdarza się, że pochlebnie oceniają moje zajęcia w ankietach, ale przyznanie tak zaszczytnego tytułu jak „Mentor” jest wielkim wyróżnieniem. Zwłaszcza że umieszcza się mnie w gronie znacznych lekarzy, którzy ten tytuł także otrzymali. Chciałbym powiedzieć, że będzie on dla mnie motywacją. Prawda jest jednak taka, że zawsze staram się dać z siebie wiele, nie oglądając się na pochwały i zaszczyty. Trzeba coś zrobić bardzo dobrze albo wcale. Takiego podejścia do życia uczy syna.

■ **AG:** Dlaczego Pan został lekarzem? Co Pana skłoniło do wyboru tej trudnej i wymagającej dziedziny?

PK: W szkole interesowało mnie mnóstwo rzeczy. Interesowałem się historią, literaturą, muzyką i wędkarstwem. Uczęszczałem do szkoły muzycznej i nawet grałem koncerty na akordeonie. Chciałem jednak w życiu robić coś bardzo ważnego i potrzebnego, i chyba dlatego zdecydowałem się na studia medyczne. A dlaczego patomorfologia? Podobno najtrudniej jest postawić trafną diagnozę, a trudności nigdy mnie nie zniechęcają lecz motywują do pracy. Dziś muzyka i wędkarstwo nadal są moją wielką pasją.

■ **AG:** Jak wspomina Pan swoją pierwszą pracę i ludzi, od których uczył się Pan tajemniczek zawodu?

PK: Pierwszą pracę podjąłem w Kolinie. Miałem zaszczyt poznać tam Jana Barańczaka – ojca Stanisława, po-

ety i znakomitego tłumacza Szekspira na polski. Dziś to już rzadko spotykane w medycynie zjawisko: lekarz-humanista. Pracowałem tam krótko. Niestety ani ja, ani ówczesny kierownik nie widział dla mnie miejsca na rozwój, jakiego oczekiwałem.

■ **AG:** Jakimi wartościami kieruje się Pan w swojej pracy zawodowej? Co jest dla Pana najważniejsze?

PK: Nie chciałbym, żeby zabrzmiało to patetycznie, ale wciąż jest to uczciwość, szczerłość i sprawiedliwość. Z całą pewnością jestem całkowicie zaangażowany w pracę i nie kieruje mną motto: „Ku chwale ojczyzny”, lecz zdrowie pacjenta jako najwyższa wartość. Niczego nie robię na „pół gwizdka”. Jestem samodzielny i decyzyjny, co według mnie w pracy na stanowisku kierownika Zakładu Patologii Onkologicznej jest niezbędne. Jestem też otwarty na krytykę i nie obrażam się za nią, czego nauczyłem się podczas mojej nauki w szpitalu MGH w USA. Poza pracą zawodową bardzo ważna jest dla mnie rodzina. Pozwała mi ona zachować równowagę.

■ **AG:** Co oznacza dla Pana osobiście pojęcie „mentor”? Czy spotkał Pan na swojej drodze takie osoby, które odcisnęły piętno na Pańskim życiu?

PK: Słowo „mentor” wywodzi się, o ile pamiętam, z języka greckiego i dosłownie oznacza myśliciela. Obecnie używane jest raczej w znaczeniu doświadczonego, mądrego doradcy, nauczyciela. Tak też i ja je pojmuję. Uważam, że na drodze kształcenia każdy potrzebuje mentora, a w szczególności w zawodzie lekarza. Co do moich mentorów, to spory udział w moim kształceniu odegrał kierownik specjalizacji, a także promotor przewodu doktorskiego prof. Jan Bręborowicz.

Profesor przekazał mi solidne podstawy z patomorfologii, które posłużyły mi za fundament do dalszego rozwoju, za co jestem mu wdzięczny. Ukłony kieruję także w stronę dr n. med. Danuty Bręborowicz, której czasami krytyczna postawa motywowała mnie do ciężkiej pracy. W dalszym kształceniu duży udział muszę przyznać prof. Andrew Rosenbergowi z harwardzkiego szpitala MGH w Bostonie. Inny, amerykański styl i wymagania kosztowały mnie dużo poświęcenia i niejednokrotnie zwątpienia we własne umiejętności. Wielokrotne pobyty u prof. Rosenberga nauczyły mnie innego spojrzenia na patologię oraz tego, że cechą prawdziwego mentora jest zdobywanie szacunku, a nie stanowisk. Chcę także wspomnieć o prof. Sami Shousha z Imperial College London w Hammersmith Hospital. Spotkałem go w czasie mojego pierwszego kursu zagranicznego. To on tak naprawdę pokazał mi, jak można dobrze uczyć innych i czerpać z tego wiele radości. Niestety odszedł w tym roku po zachorowaniu na COVID-19.

AG: Czy dziś można mówić jeszcze o relacji mistrz–uczeń?

PK: Tak, choć w medycynie, a zwłaszcza w patologii, jest ona bezcenna, to obecnie wartość tej relacji uległa znacznej deprecjacji. Nauka teoretyczna, tzw. książkowa, jest niezbędna, ale potrzebny jest ktoś, kto pokaże, jak ją zastosować w praktyce. Ważne jest znaleźć mistrza, który chce nauczać i ucznia, który darzy go szacunkiem, który umie zaufać i słuchać, przy zachowaniu jednak pewnej dozy krytyki. Nikt bowiem nie jest nieomylny. Trzeba być otwartym na pytania i często wspólnie szukać na nie odpowiedzi. Przy współczesnym rozwoju medycyny to jedyna możliwa relacja mistrz–uczeń. ■

DAWKA INFORMACJI

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne, z ostatniej chwili. Fascynujące, nieprawdopodobne, sensoryjne. Głównym składnikiem dawki informacji są fragmenty wiadomości rzeczowych. Pochodzą one z różnych mediów.

Chyba najnowocześniejszy

25 września rozpoczął się finał siódmej edycji Dni Otwartych Funduszy Europejskich (DOFE). To ogólnopolska akcja mająca na celu promocję projektów realizowanych przy wsparciu Funduszy Europejskich. Akcję zainaugurowano wizytą na budowie Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Poznaniu. *Jesteśmy już na takim etapie, który pozwala powiedzieć, że będzie to piękny, nowoczesny, chyba najnowocześniejszy szpital w Polsce, jeśli chodzi o szpitale pediatryczne – powiedział Marszałek Marek Woźniak. Pokoje dla pacjentów to najwyższy europejski standard. Powstaje tu także pierwszy w Wielkopolsce oddział ratunkowy dedykowany małym pacjentom. Pierwsi z nich będą mogli być przyjęci do Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka pod koniec 2021 r.*

WWW.UMWW.PL

Tradycyjna wiecha

Budowa *Collegium Pharmaceuticum* osiągnęła właśnie etap stanu surowego zamkniętego. Z tej okazji 22 września 2020 r. zawieszono na budynku tradycyjną wiechę. Jak podkreślił w swoim wystąpieniu Rektor, prof. Andrzej Tykarski, to symboliczne zawieszenie wiechy oznacza ukoronowanie 70-letnich wysiłków władz naszej Uczelni o stworzenie godnego miejsca dla Wydziału Farmaceutycznego.

Budowę *Collegium Pharmaceuticum* rozpoczęto rok temu, a obecnie budynek jest już gotowy w stanie surowym zamkniętym. Pozostają teraz prace montażowe i wykończeniowe. To pierwszy etap budowy, na który składają się obiekty dydaktyczny i Centrum Innowacyjnej Technologii Farmaceutycznej. Wiosną przyszłego roku, jeśli nic nie stanie na przeszkodzie, będziemy uczestniczyć w uroczystym otwarciu, a pracownicy Wydziału Farmaceutycznego zaczną się wprowadzać do nowych pomieszczeń.

HELENA CZECHOWSKA, „FAKTY UMP”, WWW.UMPEDU.PL

Niezastąpieni profesjonaliści

Z okazji Dnia Ratownictwa Medycznego Wojewoda Wielkopolski Łukasz Mikołajczyk przekazał najserdeczniejsze życzenia i wyrazy uznania wszystkim wielkopolskim ratownikom i ratownikom medycznym, lekarzom i pielęgniarkom, dyspozytorom medycznym oraz pracownikom pionów transportowych. *Państwa pełna zaangażowania praca, empatia i nieustanna gotowość do niesienia pomocy sprawiają, że ratownicy medyczni postrzegani są jako niezastąpieni profesjonaliści – napisał w liście wojewoda.* WWW.POZNAN.UW.GOV.PL

Warsztaty on-line

6 października 2020 r. w Międzynarodowym Centrum Minimalnie Inwazyjnej Chirurgii Miednicy Mniejszej Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu przy ul. Polnej odbywały się kolejne

praktyczne warsztaty pt. „Minimalnie Inwazyjna Chirurgia Miednicy Mniejszej – «krok po kroku» – ON-LINE”.

Po raz pierwszy w Polsce zdecydowaliśmy się zorganizować praktyczne warsztaty operacyjne on-line, umożliwiając w ten sposób uczestnictwo w nich nieograniczonej wręcz liczbie lekarzy zainteresowanych operacjami z zakresu minimalnie inwazyjnej chirurgii ginekologicznej miednicy mniejszej – mówił prof. Maciej Wilczak. Zamysłem naszym jest, aby warsztaty były dedykowane lekarzom ginekologom, którzy opanowali już podstawowe techniki w laparoskopii ginekologicznej oraz wszystkim tym Koleżankom i Kolegom, którzy w swej pracy zawodowej planują stosowanie technik mało-inwazyjnej chirurgii ginekologicznej miednicy mniejszej.

Warsztaty te zorganizowane zostały po raz kolejny z inicjatywy prof. Macieja Wilczaka – kierownika Kliniki Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

WWW.UMPEDU.PL

Rak nie czeka

21 września rozpoczął się kolejny Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w ramach kampanii „Zrozumieć nowotwory głowy i szyi”. W wybranych krajach Europy, w tym w Polsce, po raz ósmy odbyły się działania edukacyjno-zdrowotne podnoszące świadomość na temat zachorowalności na nowotwory głowy i szyi, ich leczenia oraz profilaktyki. Tegorocznej edycji przyświecało hasło: „Rak głowy i szyi nie czeka, zgłoś się do specjalisty!”.

VIII Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi rozpoczęło się kampanią medialną, w której specjaliści Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu, angażujący się w leczenie tej grupy nowotworów, przekonywali o istocie profilaktyki i zapraszali do udziału w bezpłatnych badaniach. Kolejne dni objęły m.in. debatę z decydentami mającymi wpływ na ochronę zdrowia w Wielkopolsce czy wykłady dla młodzieży, podczas których uczniowie zgłębiali temat profilaktyki nowotworów głowy i szyi. Swoją obecność zaznaczyło również Stowarzyszenie Osób z Nowotworami Głowy i Szyi, organizując spotkanie rekreacyjno-ruchowe dla osób po leczeniu onkologicznym w rejonie głowy i szyi, realizowane w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi.

WWW.WCO.PL

Stygmatyzują i ranią

Psychopata, wariat, świr, czubek – takie określenia odnoszące się do osób z zaburzeniami psychicznymi są powszechnie używane w potocznym języku, ale równie często przewijają się w social mediach, internecie, a nawet w publicznej debacie. *Takie słowa stygmatyzują i ranią tych ludzi – podkreśla dr hab. Katarzyna Kłosińska z Rady Języka Polskiego PAN.*

Mimo że z zaburzeniami psychicznymi zmagają się prawie 25 proc. Polaków, wciąż pozostają one tematem tabu,

przedmiotem drwin i stygmatyzacji. Dlatego też przy okazji Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego, ustanowionego przez WHO 10 października, ruszyła kampania edukacyjna „Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi”, która ma zwracać uwagę na obraźliwe wyrażenia. *Wzrasta świadomość dotycząca zaburzeń psychicznych. Wciąż mamy do czynienia z wielowiekowymi zaległościami, które prowadziły do społecznego odrzucenia, stygmatyzowania osób z tymi zaburzeniami. Z drugiej strony działania edukacyjne prowadzone w ostatnich latach powodują, że z coraz większym zrozumieniem mówi się o zaburzeniach psychicznych. Depresja jest tego dobrym przykładem – powiedział dr n. med. Sławomir Murawiec, członek zarządu i rzecznik prasowy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.*

WWW.MPPL

Istotne zagrożenie

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2021 r. zakłada spadek wydatków na refundację o ponad miliard złotych w porównaniu z obecnym planem na 2020 r. Dodatkowo to NFZ sfinansuje program bezpłatnych leków dla seniorów i kobiet w ciąży. Czy stanowi to zagrożenie dla pacjentów z chorobami przewlekłymi? Warto pamiętać, że będą też dodatkowe środki dla systemu, czyli Fundusz Medyczny, z którego część trafi na terapie lekowe. Jaki będzie ostateczny bilans? Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA podziela głębokie zaniepokojenie ekspertów, klinicystów i parlamentarzystów sytuacją w systemie ochrony zdrowia w dobie COVID-19 i planowanym zmniejszeniem wydatków na refundację o kwotę ponad miliarda złotych w porównaniu z obecnym planem NFZ na 2020 r. „Taka sytuacja stwarza istotne zagrożenie zdrowia i życia pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe. To właśnie ci pacjenci są najbardziej narażeni na zakażenie wirusem SARS-CoV-2” – wskazuje INFARMA w wydanym stanowisku i podkreśla, że istotne cięcia w budżecie refun-

dacyjnym wpływają z jednej strony na znaczące ograniczenia w dostępie do nowoczesnego leczenia, zgodnego z wytycznymi klinicznymi, a z drugiej na coraz silniejsze uzależnienie od leków z Azji w obszarze leków generycznych.

WWW.POLITYKAZDROWOTNA.PL

2 mln pacjentów dziennie

Farmaceuci i apteki są jednym z mocnych filarów systemu ochrony zdrowia w Polsce. Odwiedzane przez 2 mln pacjentów dziennie, zapewniają bezpieczeństwo lekowe nie tylko w dobie pandemii. Z uwagi na sygnalizowane od wielu lat problemy, ograniczenia czy zjawiska patologiczne Ministerstwo Zdrowia oraz Naczelna Izba Aptekarska zdecydowały o podpisaniu 5 października 2020 r. strategicznego dokumentu ramowego, który definiuje te negatywne elementy, jednocześnie określając ramy czasowe potrzebne do ich rozwiązania i naprawy. Porozumienie obejmuje swoim zakresem propozycje dotyczące rozwiązania palących problemów, takich jak łamanie podstawowych zapisów prawa farmaceutycznego, kwestie pełnienia przez apteki obowiązkowych dyżurów nocnych czy prawo równego dostępu aptek i pacjentów do leków ratujących życie i zdrowie. Ponadto porusza temat wynagrodzeń farmaceutów pracujących w szpitalach i konieczność wprowadzania przepisów regulujących funkcjonowanie obrotu lekami na rynku pozaaptecznym.

Najważniejsze ustalenia dotyczą jednak wprowadzenia długo oczekiwanej ustawy o zawodzie farmaceuty, gdzie wykonywanie tego zawodu oparte jest na szeroko rozumianej niezależności farmaceutów i surowych sankcjach za jej naruszanie.

Wspólnie opracowana strategia jest jednocześnie pierwszym krokiem w kierunku wprowadzenia w naszym kraju refundowanej opieki farmaceutycznej i aktywnego włączenia do systemu kilkudziesięciu tysięcy dobrze wykształconych fachowców.

WWW.NIA.GOV.PL

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Silva rerum, z łac. las rzeczy, zbiór rozmaitych wiadomości albo utworów różnej treści; dawniej księga domowa albo rodzinna, w której zapisywano dorywczo różne wydarzenia, czasem ciekawostki.

WOALKI JAKO PRZYCZYNA CZERWONOŚCI NOSA. Według Rosenbacha noszenie woalki powoduje nie rzadko zaczerwienienie nosa skutkiem mocnego jej napięcia jakoteż skutkiem noszenia jej bez przerwy przez kilka godzin. Tworzeniu się czerwonoci sprzyja 1) tkanka woalki, której nitki trą tem mocniej skórę przekrwioną i wilgotną, im bardziej skóra wciśnięta jest w otwory woalki, 2) delikatna cera łącząca się z wielką wrażliwością nerwów skórnych i 3) nieżyty nosa. Zaniechanie używania woalki usuwa przykre objawy. „Nowiny Lekarskie” 1900, XII, 387

CHIŃSCY LEKARZE CESARSCY CHEN, CHOW, FO, HSI I TSCHEN zostali zdegradowani o dwie klasy za to, że nie zdołali uratować życia cesarza i cesarzowej; dyrektor zaś szpitala TEHENY i lekarze THING, UN i TAL usunięci zostali ze służby za niedostateczną znajomość swego fachu. „Gazeta Lekarska” 1909, XXIX, 194

W TOW. LEK. SZWAJCARSKICH DEMONSTROWANO TERMOMETR ŚLEPY. Składa się on ze zwykłego termometru oraz futerału ze skalą. Ma on tę wyższość, że chory nie może odczytać sam stopnia ciepłoty aż po włożeniu do futerału. Dla chorych wrażliwych jest to dobry nabytek, gdyż bez pomocy lekarza nie mogą mierzyć ciepłoty i niepokoić się swym stanem. „Kronika Lekarska” 1896, XVII, 478



BIURO WIL



CZĘŚCIOWA ZMIANA FUNKCJONOWANIA ZE WZGLĘDU NA SYTUACJĘ EPIDEMICZNĄ*

Od 21 października 2020 roku pracownicy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dostępni są od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 16:00 poprzez następujące formy kontaktu:

Sekretariat

dyżur w godzinach 10:00 – 14:00,
w pozostałych godzinach praca zdalna
izba@wil.org.pl, poznan@hipokrates.org
tel. 783 993 901

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego

praca zdalna, kontakt mailowy, telefoniczny
odz@wil.org.pl
tel. 510 147 754 lub 601 799 706

Dział Obsługi Lekarza – Rejestr Lekarza

praca zdalna, kontakt mailowy, telefoniczny
rejestr@wil.org.pl
tel. 783 993 902 lub 501 134 815

Księgowość

praca zdalna, kontakt mailowy, telefoniczny
skladki@wil.org.pl
tel. 783 993 904

Dział Obsługi Lekarza – Rejestr Praktyk

praca zdalna, kontakt mailowy, telefoniczny
praktyki@wil.org.pl
tel. 783 993 997 lub 501 134 781

Kancelaria Okręgowego Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej, Kancelaria
Okręgowego Sądu Lekarskiego i Delegatury
pracują w trybie stacjonarym.

Dokumenty w formie papierowej należy składać w zaklejonych, podpisanych nazwą działu kopertach poprzez skrzynkę podawczą umieszczoną przed wejściem do budynku A siedziby WIL przy ul. Nowowiejskiego 51.

*zasady funkcjonowania Biura i Delegatur WIL mogą ulec zmianie w zależności od sytuacji epidemicznej, aktualizowane informacje na temat pracy Biura w Poznaniu oraz Delegatur dostępne są na stronie wil.org.pl/praca-biura/

Październik w izbie

30 września	kurs specjalizacyjny z prawa medycznego – I dzień	17 października	wynajem sali na szkolenie zewnętrzne dla lekarzy dentystów w Centrum Konferencyjnym EDU WIL
1 października	kurs specjalizacyjny z prawa medycznego – II dzień		kurs w formie wideokonferencji
2 października	kurs specjalizacyjny z prawa medycznego – III dzień		„Ochrona radiologiczna pacjenta” współorganizowany z firmą Pozyttron
7 października	posiedzenie Komisji ds. Obsługi Prawnej WIL w formie wideokonferencji	21 października	posiedzenie Komisji Bioetycznej w formie wideokonferencji
	kurs w formie wideokonferencji „Ochrona radiologiczna pacjenta” współorganizowany z firmą Pozyttron		posiedzenie Komisji ds. Kształcenia Medycznego w formie wideokonferencji
9 października	spotkanie szkoleniowe OROZ i jego zastępców	24 października	posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie wideokonferencji
10 października	wynajem sali na szkolenie zewnętrzne dla lekarzy dentystów		posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej WIL w formie wideokonferencji
	w Centrum Konferencyjnym EDU WIL	27 października	posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie wideokonferencji
12 października	posiedzenie Komisji Stomatologicznej		posiedzenie Komisji ds. Obsługi Prawnej WIL w formie wideokonferencji
13 października	kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – I dzień	28 października	kurs specjalizacyjny z prawa medycznego – I dzień w formie wideokonferencji
	posiedzenie Prezydium ORL WIL		kurs specjalizacyjny z prawa medycznego – II dzień w formie wideokonferencji
14 października	posiedzenie Komisji ds. Obsługi Prawnej WIL w formie wideokonferencji	29 października	kurs specjalizacyjny z prawa medycznego – III dzień w formie wideokonferencji
	posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy		kurs specjalizacyjny z prawa medycznego – III dzień w formie wideokonferencji
15 października	kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – II dzień		
	posiedzenie Prezydium ORL WIL	poniedziałki	kursy językowe
16 października	kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – III dzień	wtorki, czwartki	próby Chóru Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – do połowy października
	posiedzenie Komisji ds. Obsługi Prawnej WIL w formie wideokonferencji	środy	spotkania Zespołu Kameralnego Operacja Muzyka – do połowy października
	kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – IV dzień		
	kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – V dzień		
	wynajem sali na szkolenie zewnętrzne dla lekarzy dentystów w Centrum Konferencyjnym EDU WIL		



Autor zniknął
w czarnej dziurze*

SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI
PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE
Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL
PAN KRZYSZTOF...*



Autor przed zniknięciem
w czarnej dziurze

*Pierwsze zdjęcie przedstawiające czarną dziurę, znajdującą się w centrum galaktyki Panny A (Messier 87), wykonane w ramach programu Teleskopu Horyzontu Zdarzeń

„Listopadowe pytania” – fragment (całość na s. 30)

*Nasze ciało-materia tu, na Ziemi pozostaje,
A co z naszym „ego”, z naszym „ja” się dzieje?
Jest energią? Falą? Czy w kosmos się udaje?
Kto mi te listopadowe wątpliwości rozwieje?*

*Czasem ludzie po reanimacji albo hibernacji
Przygodnej bądź też wymuszonej medycznie
Anabiozy, wracają STAMTĄD, z konstelacji
Gwiezdných. Ale jak to jest faktycznie...?*

Pierwsze dni listopada, a szczególnie ten pierwszy, kierują nasze myśli ku naszym bliskim, którzy zmarli. Nie tylko ku tym najbliższym, ale także tym nieco dalszym, a nawet tym zupełnie obcym, ale znanym z różnych powodów. Ci, którzy wierzą w życie pozagrobowe, zastanawiają się, gdzie powędrowała dusza ich najbliższych. W naszym kręgu kulturowym mówi się, że dusze wędrują do nieba, czyśćca lub piekła. Przy czym ten ostatni kierunek nie jest najpopularniejszy, a biorąc pod uwagę miłosierdzie Boskie, niekoniecznie wszyscy tam trafią (no może poza Judaszem, choć i w jego przypadku decyzja może nie być ostateczna). No dobrze, wędrują tam, ale gdzie to „tam” jest? Ciekawy zbieg okoliczności sprawił, że pojawiła się u mnie śmiała koncepcja, gdzie jest miejsce, do którego wędrują dusze. No może nie ostatecznie, ale przynajmniej do czasu Sądu Ostatecznego. Tymi okolicznościami były dwie ostatnie zwrotki listopadowego wiersza doktora Krawca oraz laureaci tegorocznej Nagrody Nobla w dziedzinie fizyki, a ściślej mówiąc temat, którym się zajmowali i za który otrzymali tę nagrodę. Doktor Krawiec, oprócz napisania wiersza, który zainspirował moją teorię, przyczynił się jeszcze do tego, że Państwo ją poznać, gdyż w mailach, które wymienialiśmy zasugerował, bym temat nieco rozwinął, co niniejszym czynię.

Tegoroczny Nobel z fizyki a dusza ludzka

Ego – Ja, a nawet w pewnym aspekcie freudowskie Id to synonimy duszy. Ta ostatnia nazywana jest także czasami ciałem astralnym. Czasami zastanawiałem się – dlaczego? Tegoroczną Nagrodę Nobla z fizyki otrzymało trzech naukowców: Brytyjczyk Roger Penrose, Niemiec Reinhard Genzel i Amerykanka Andrea Ghez – za badania nad czarnymi dziurami. Penrose udowodnił, że tworzenie i istnienie czarnych dziur jest solidnie przewidziane w ogólnej teorii względności. Z kolei Genzel i Ghez dokonali odkrycia kompaktowego masywnego obiektu w centrum naszej galaktyki, w obrębie Drogi Mlecznej. Jedynym znanym wyjaśnieniem tego, czym ten obiekt jest, jak do tej pory jest to, że jest to supermasywna czarna dziura o masie odpowiadającej czterem milionom mas Słońca, a zajmująca obszar odpowiadający wielkością naszemu Układowi Słonecznemu.

Skojarzenie tych dwóch elementów: wiersza i tematu prac tegorocznych noblistów, zaowocowało śmiałą koncepcją, że nasze dusze – ego – czy jak tam zwał, udają się w kosmos i lądują w czarnej dziurze, być może w tej z Drogi Mlecznej. W efekcie dusza przepada, bo, jak wiadomo – co do takiej dziury wleci, to już potem nie wyleci. Pozostaje pytanie, co widzieli powracający po reanimacjach, mówiący, że widzieli światłość i/lub błyski światła. Opierając się na mojej koncepcji, odpowiedź nasuwa się sama – po prostu ich dusze/ego nie doleciały do czarnej dziury, a zapamiętany obraz światła czy też błysków to blask mijanych gwiazd.

Oczywiście w takiej astralnej koncepcji pojawia się pytanie: to w takim razie gdzie jest piekło? I na to też jest odpowiedź. Piekło to tzw. czarny karzeł. No dobrze, powie ktoś, ale przecież czarny karzeł to co prawda zdegenerowana gwiazda, co mogłoby odpowiadać piekłu jako przeciwności raju, ale jest to gwiazda zupełnie zimna, nie emitująca żadnego promieniowania elektromagnetycznego, przez co jest niewidoczna. A jak powszechnie wiadomo, w piekle czekają na dusze ognie piekielne. To także da się wytłumaczyć. Naj-

bardziej złośliwym tłumaczeniem jest to, że czarny karzeł to polskie piekło, gdyż nie ma w nim kto napalić. Bardziej kosmologicznym tłumaczeniem wyjaśniającym i ogień piekielny, i późniejszy ziąb jest ewolucja zdegenerowanych gwiazd. Po prostu dusze, które mają trafić do piekła, trafiają do zdegenerowanej gwiazdy określanej mianem czerwonego olbrzyma, ta z kolei, dalej degenerując się, przechodzi poprzez stadium białego karła do ostatecznej postaci czarnego karła.

Pozostaje pytanie o czyściec. Tu odpowiedź jest najtrudniejsza, ale i to da się wytłumaczyć. Otóż dusza, wędrując albo do nieba, czyli najbardziej skoncentrowanej przyjemności, albo do piekła, może osiągnąć punkt, z którego już nie ma powrotu. I wtedy znajduje się w czyśćcu, czyli przestrzeni pomiędzy tym punktem a punktem docelowym, czyli piekłem – czarnym karłem, lub niebem – czarną dziurą. Bo czarna dziura to prawdopodobnie niebo. A dusze, które nie osiągnęły punktu, z którego nie ma powrotu, to dusze błąkające się, czyli duchy, które co poniektórzy spotykają*. Zapewne by te duchy odstraszyć, niektóre ludy zamieszkujące Europę, szczególnie północną, miały zwyczaj przebierania się w dziwaczne stroje i maski. Pierwotnie obrzędy te były odprawiane wiosną. Dopiero w średniowieczu, pod wpływem chrześcijaństwa, zaczęto je obchodzić 31 października – w przeddzień Wszystkich Świętych, ponieważ to święto przeniesiono na 1 listopada. Stąd też zapewne wzięła się nazwa święta Halloween, która jest najprawdopodobniej skróconym *All Hallows' E'en*, czyli wcześniejszym *All Hallows' Eve* – wigilia Wszystkich Świętych. By dopełnić obrazu, trzeba jeszcze zauważyć, że w 998 r. francuski benedyktyn św. Odylon wprowadził dzień zaduszny obchodzony 2 listopada.

*Niestety ten ostatni element mojej koncepcji wymaga jeszcze dalszych badań i być może ostateczne wnioski będą inne.

*KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

LEKARZU, LEKARZU DENTYSTO PO STAŻU PODYPLOMOWYM!

Zamierzasz podjąć pracę w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/dentystycznej? Oto co powinieneś zrobić:



Krok 1

Zarejestruj działalność gospodarczą w CEIDG w nazwie działalności wpisując: „indywidualna praktyka lekarska/dentystyczna, imię i nazwisko”. Działalność można zarejestrować wcześniej, jednak data rozpoczęcia działalności dla lekarza dentysty to 14 października 2020 roku, a dla lekarza 12 listopada 2020 roku.

Krok 2 (do wyboru forma papierowa LUB elektroniczna)

<ul style="list-style-type: none">• ZGŁOŚ SIĘ DO WIL I ZŁÓŻ PAPIEROWY WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU PRAKTYK• ZABIERZ ZE SOBĄ KARTĘ PŁATNICZĄ LUB GOTÓWKĘ W CELU DOKONANIA OPŁATY 104 ZŁ ZA WPIS DO REJESTRU PRAKTYK	<ul style="list-style-type: none">• ZAŁÓŻ KONTO NA STRONIE RPWDL.CSIOZ.GOV.PL JAKO „PRAKTYKA ZAWODOWA” (KONIECZNE JEST POSIADANIE• E-PUAPU LUB PODPISU KWALIFIKOWANEGO PRZEZ BANK)• ZŁÓŻ WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU PODPINAJĄC W „ZAŁĄCZNIKACH” POTWIERDZENIE DOKONANIA OPŁATY NA KWOTĘ 104 ZŁ ZA WPIS DO REJESTRU PRAKTYK
---	--

!!! Lekarzu dentysto pamiętaj, że zarejestrować praktykę w Izbie Lekarskiej możesz dopiero od 14 października 2020 roku

!!! Lekarzu pamiętaj, że zarejestrować praktykę w Izbie Lekarskiej możesz dopiero od 12 listopada 2020 roku

Uwaga lekarzu, lekarzu dentysto!

- Jeśli rejestrujesz gabinet (kod praktyki 98) to znaczy że posiadasz własną kasę fiskalną, swoje kartoteki, swoje RODO, a pomieszczenie gabinetowe jest Twoją własnością lub jest wynajmowane.
- Jeśli co miesiąc wystawiasz rachunki za usługę PODMIOTOWI LECZNICZEMU (Podmiot posiada wpis do Rejestru Wojewody), nie posiadasz swojej kasy fiskalnej, a wszystkie druki wystawiasz z pieczętką PODMIOTU LECZNICZEGO, rejestrujesz praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (kod praktyki 93). **Pamiętaj, aby przy rejestracji przygotować numery REGON podmiotów, którym będą wystawiane rachunki.**
- Jeśli wykonujesz tylko i wyłącznie wizyty domowe w domu pacjenta (dotyczy tylko i wyłącznie LEKARZY!), posiadasz swoją kasę fiskalną - to rejestrujesz praktykę wyłącznie w miejscu wezwania (kod praktyki 95).

**PO ZAREJESTROWANIU PRAKTYKI I OTRZYMANIU NUMERU KSIĘGI REJESTROWEJ
NALEŻY ZAWRZEĆ UMOWĘ UBEZPIECZENIOWĄ OC W DOWOLNIE WYBRANYM
TOWARZYSTWIE UBEZPIECZENIOWYM**

Zapraszamy także do zapoznania się z informacjami na stronie wil.org.pl/praktyka-lekarska/

Wspomnienie o Aleksandrze Książek-Jurkowskiej

Z wielkim smutkiem pożegnaliśmy Panią Doktor Aleksandrę Książek-Jurkowską, specjalistkę chorób dzieci.

Pani Doktor Książek-Jurkowska urodziła się 28 listopada 1941 r. w Ojcowie.

Dyplom lekarza Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze Rokitnicy otrzymała 18 stycznia 1968 r. Staż podyplomowy odbyła w Szpitalu Miejskim w Chorzowie. Od sierpnia 1968 r. do maja 1969 r. pracowała w Spółdzielni Zdrowia w miejscowości Trzeszczany jako kierownik tej placówki. Od czerwca 1969 r. do maja 1978 r. pełniła obowiązki ordynatora Oddziału Noworodków w Jaworze. W tym czasie uzyskała specjalizację z pediatrii – I stopnia w listopadzie 1973 r., a II stopnia w kwietniu 1978 r.

W czerwcu 1978 r. wraz z mężem, również lekarzem, dr. Jerzym Jurkowskim – ginekologiem, przeniosła się do Leszna. Początkowo przez dwa lata pracowała w Sanatorium Dziecięcym MSW w Górninie. Następnie podjęła pracę w WSZZ w Lesznie w Przychodni Skarbowa,



gdzie była jej kierownikiem przez 19 lat. Po reorganizacji służby zdrowia nadal pracowała w NZOZ Skarbowa. W czasie pracy przy ul. Skarbowej pełniła dyżury na Oddziale Noworodkowym i na Oddziale Dziecięcym oraz pracowała w higienie szkolnej.

Odeszła na emeryturę w grudniu 1999 r. Będąc na emeryturze, dwa razy w tygodniu dojeżdżała do NZOZ w Rydzynie oraz jeden raz w tygodniu do NZOZ w Osiecznej.

Była bardzo dobrym lekarzem. Zawsze spokojna, opowiedziana, sumienna i dokładna. Lubiła swoją pracę. Ratowała zdrowie, a nieraz i życie małych pacjentów. Chętnie dzieliła się swoją wiedzą i doświadczeniem z młodszymi koleżankami. Dobrze układała się jej współpraca z innymi lekarzami. Zmarła po ciężkiej chorobie w niedzielę 13 września 2020 r.

Niech spoczywa w pokoju wiecznym.

Cześć Jej pamięci!

Monika Jakuszkowiak



Z ogromnym żalem żegnamy

śp.

RYSZARDA LERACZA

lekarza medycyny

Był bardzo dobrym lekarzem, niezawodnym przyjacielem, przez wiele lat zmagał się dzielnie z przewlekłą chorobą

Koleżanki i koledzy
z III i IV grupy w A.M. w Poznaniu
studia w latach 1961–1967



Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiam,
że 14 września 2020 roku odeszła od nas
moja żona, lekarka dentystka

MARIA GNIATKOWSKA-NIEMIEC

Marek Niemiec

Wyrazy współczucia z powodu śmierci



TATY

dla Pani dr Anny Jaszewskiej
od lekarzy i współpracowników
Zespołu Poradni Specjalistycznych Wielkopolskiego
Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii
im. Eugenii i Janusza Zeylandów w Poznaniu

Pełne serdeczności i miłości wyrazy współczucia
z powodu śmierci



MAMY

lek. Małgorzacie Sobisz-Błachowiak

składają

członkowie Orkiestry Kameralnej Operacja Muzyka
przy WIL oraz członkowie Komisji ds. Kultury,
Sportu i Rekreacji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Pełne serdeczności wyrazy współczucia
z powodu śmierci



MAMY

Dr Barbarze Żyle

składają

koleżanki z Koła Malujących Lekarzy

WIELKIM NA POŻEGNANIE

*Życiem godnym Wielkich
Ślad po sobie znacząc,
Odchodzą zbyt pośpiesznie,
Nikomu nie wadząc.
I w ptaki się zmieniają,
Co to gubią pióra
W niebiańskich przestworzach,
... Gdzieś w błękitu chmurach.
Gdzieś tam, gdzie dla Wielkich
Miejsce zastrzeżone,
Z fantasmagoriami
Euterpe splecione.
Przywołani z nagłą
Jej fletu muzyką,
W marszu agonialnym
Cichuteńko, cicho
... Idą, idą, idą...*

Aleksandra Petruszewicz

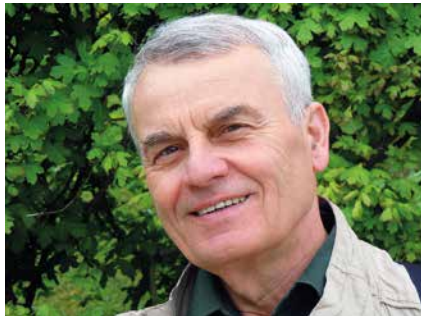
Na nieoczekiwaną nagłą śmierć

śp. **WOJCIECHA SŁUŻEWSKIEGO**

19 września 2020 r.

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.

LISTOPADOWE PYTANIA

Apoptoza

Co rok w listopadzie wycisza się wszystko –
A gdy alejami szeleszczących liści chodzisz,
To wiedz, że to coroczne, cykliczne zjawisko
W greckim języku nazywa się *apoptosis*.

Czyli „jesienne opadanie liści”, zamieranie,
Rodzaj wyciszania życia. To krótka anabioza
W przyrodzie. Na wiosnę będzie odradzanie.
Czy nas, ludzi, też dotyczy taka apoptoza?

To zaprogramowana (w sensie naukowym)
Śmierć komórki, podlegająca stałej kontroli
I tylko w organizmach wielokomórkowych
Występuje. Może to dzieje się z czyjejs Woli?

I jeszcze pytania o znaczeniu kluczowym:
Czyż ta cała ludzka światowa populacja
Nie jest organizmem wielokomórkowym?
Czy śmierć ludzkiej jednostki to anihilacja?

Nasze ciało-materia tu, na Ziemi pozostaje,
A co z naszym „ego”, z naszym „ja” się dzieje?
Jest energią? Falą? Czy w kosmos się udaje?
Kto mi te listopadowe wątpliwości rozwieje?

Czasem ludzie po reanimacji albo hibernacji
Przygodnej bądź też wymuszonej medycznie
Anabiozy, wracają STAMTĄD, z konstelacji
Gwiazdnych. Ale jak to jest faktycznie...?

Listopad 2020



**Konto WIL: PKO BP SA 4. Oddział w Poznaniu
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501**

Kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL
redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski
członkowie redakcji: Krzysztof Ożegowski, Dariusz Tuleja, Mikołaj Sinica,
Jakub Bajer, Andrzej Piechocki, Krzysztof Tuszyński
rzecznik prasowy: Katarzyna Strzałkowska

Na zlecenie WIL wydany przez
TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: termedia@termedia.pl
<http://www.termedia.pl>

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów w nadesłanych tekstach.
Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca.



Szpital im. Św. Jana Pawła II w Centrum
Medycznym HCP Sp. z o.o. w Poznaniu



**zatrudni LEKARZY specjalistów:
ANESTEZJOLOGII
I INTENSYWNEJ TERAPII,
RADIOLOGÓW, INTERNISTÓW**

Oferujemy również zatrudnienie bez specjalizacji
w trybie rezydenckim i pozarezydenckim.

Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie CV.

rekrutacja@cmhcp.pl
+48 882 565 243

**Pragniemy poinformować, że od 2 listopada 2020 r.
WZNAWIAMY SWOJĄ DZIAŁALNOŚĆ MEDYCZNĄ W PRZYCHODNI SAR-MED
W POZNANIU NA UL. POKRZYWNO 26 B.**

Tworzymy grupę lekarzy specjalistów i lekarzy P.O.Z. Czekają na Ciebie komfortowe warunki
w nowoczesnej placówce, 5 min. od Ronda Rataje. Posiadamy własne laboratorium medyczne.

UWAGA!

- Wchodzisz, rejestrujesz się i jesteś badany. Przyjdziesz, sprawdź a przede wszystkim zapisz się do lekarza rodzinnego. Miła i sympatyczna obsługa pomoże Ci wypełnić deklarację zgłoszeniową do lekarza P.O.Z. (w ramach NFZ, czyli za darmo).
- Lekarze medycyny rodzinnej tzw. interniści, pediatra, radiolog (pełen panel badań), okulista (specjalizujący się w badaniu wad wzroku u dzieci), ortopeda to tylko część specjalistów, których pragniemy polecić.
- W naszej przychodni w listopadzie zamierzamy uruchomić pomoc doraźną (godz. 18:00–22:00).

Przyjdziesz i przekonaj się osobiście.

Serdecznie zapraszamy do współpracy lekarzy specjalistów.

Pozdrawiamy życząc zdrowia

Zarząd Przychodni SAR-MED
KONTAKT DO NAS: 666 254 250 oraz 663 254 661
sekretariat@sarmed.pl lub biuro@sarmed.pl

Sprzedam nowoczesny,
dobrze prosperujący od 18 lat

GABINET STOMATOLOGICZNY

25 km od Poznania

Tel. 533 721 703

OD 01.01.2021 – WE WŁASNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM

SPRZEDAM – WYNAJMĘ
dobrze prosperujący 2-pokojowy gabinet,
fotel KaVo, rtg, sterylizatornia

W centrum Nowego Tomysła – przy A-2, 60 km od Poznania.

Gabinet funkcjonuje od 2015,

spełnia wszystkie wymogi ustawy o działalności leczniczej.

Pow. 100 m², parter, budynek wolnostojący, działka 600 m².

Tel. 722 303 206

Praca w POZ. Wielkopolska, Powiat Kolski

W pełnym wymiarze, godzinowo lub na zastępstwa

Mieszkanie służbowe. **Tel. 509 779 124**

SZPITAL POWIATOWY

im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o.

ZATRUDNI LEKARZY

w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

Rodzaj umowy i warunki pracy do uzgodnienia

Osoby zainteresowane proszone są

o kontakt osobisty lub telefoniczny

Tel. 61 281 54 43

e-mail: sekretariat@szpital-srem.pl

**PRZYCHODNIA LEKARSKA „MEDICUS” W SZAMOTUŁACH
PRZYJMIE DO PRACY LEKARZY:**

- medycyny rodzinnej i internistę
- oraz lekarzy w trakcie specjalizacji

Warunki finansowe i formy zatrudnienia do uzgodnienia

tel. 602 137 296; 604 421 363

NOWO WYBUDOWANA PRZYCHODNIA (dotąd nieotwarta)
przyjmie do pracy lekarzy rodzinnych, pediatrów i internistów
chcących tworzyć aktywne listy pacjentów

Tel. 512 533 813

WYNAJMĘ GABINETY LEKARSKIE w Poznaniu
do specjalizacji zabiegowych i niezabiegowych

Oddział Dziecięcy Szpitala Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie

szuka od zaraz **LEKARZY REZYDENTÓW**

i **SPECJALISTÓW PEDIATRII** na dyżury (bez noworodków)

Stawka godzinowa w dni powszednie 100 zł/h, w weekendy i święta 110 zł/h.

Kontakt tel.: 608 068 671

Zatrudnię
Lek. OKULISTĘ
Kontrakt z NFZ – Oddz. Wlkp.
Jarocin, tel. 606 492 603



VI OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA
PUŁAPKI W NEUROLOGII
ONLINE

12-14 LISTOPADA 2020 R.

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



XIV WIELKOPOLSKIE
DNI HIPERTENSJOLOGII
ONLINE

20-21 LISTOPADA 2020 R.

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



FORUM
MEDYCYNY
PALIATYWNEJ
NA BIS

ONLINE
24-26 LISTOPADA 2020 R.

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR

