

BIULETYN INFORMACYJNY NR 5 (316) • POZNAŃ, MAJ 2021



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA





WYPELNIANIE KANAŁÓW BEZ TAJEMNIC

15 maja 2021 (sobota) godz. 10:00 – 14:30

Centrum Konferencyjne EDU WIL, ul. Szyperska 14, piętro 6, wejście E

Prowadzący: lek. dent. Monika Łądowska



4 punkty edukacyjne, preferencyjne ceny dla Lekarzy Dentystów WIL

W programie m.in. prawidłowa ocena jakości wypełnień kanałów korzeniowych, wypełnienie kanałów metodą płynnej fali ciepłej gutaperki oraz wypełnienie kanałów metodą "squirt".

Szczegóły na stronie: wil.org.pl/stomatologiczne-wydarzenia-edukacyjne/

Zapisy: Karolina Chojnacka, kchojnacka@poldent.pl, tel.: 605 221 120

Zapraszają:



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

PoIdent™



NOWOCZESNA I BEZPIECZNA CHIRURGIA STOMATOLOGICZNA

19 czerwca 2021 (sobota) godz. 9:00 – 16:30

Centrum Konferencyjne EDU WIL, ul. Szyperska 14, piętro 6, wejście E

Prowadzący: lek. dent. Jakub Łada



7 punktów edukacyjnych, preferencyjne ceny dla Lekarzy Dentystów WIL

W programie m.in. kwalifikacja pacjentów do zabiegów chirurgicznych, planowanie zabiegów na podstawie tomografii, przygotowanie pacjenta do zabiegu oraz regeneracja kości po usunięciu zęba.

Szczegóły na stronie: wil.org.pl/stomatologiczne-wydarzenia-edukacyjne/

Zapisy: Karolina Chojnacka, kchojnacka@poldent.pl, tel.: 605 221 120

Zapraszają:



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

PoIdent™



OPIEKA PRAWNA DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW WIL ORAZ ICH NAJBLIŻSZYCH

Wielkopolska Izba Lekarska uruchomiła 1 stycznia 2021 roku program opieki prawnej zapewniający lekarzom i lekarzom dentystom WIL bezpłatną całodobową opiekę prawną.

Opiekę prawną realizuje firma Lex Secure, która współpracuje z adwokatami i radcami prawnymi specjalizującymi się w wielu dziedzinach prawa polskiego i prawa europejskiego obowiązującego na terenie RP.

Do dyspozycji lekarza i lekarza dentysty są następujące narzędzia kontaktu z prawnikami Lex Secure:

• **INFOLINIA 24H:**

przez 7 dni w tygodniu pod numerem telefonu: **+48 501 538 539**

• **ADRES E-MAIL:**

prawnik@opiekaprawna.pl

• **INTERNETOWA STREFA KLIENTA:**

na stronie www.lexsecure.pl

• **WIDEOKOMUNIKATOR:**

po telefonicznym umówieniu się na rozmowę wideo

Aby uzyskać odpowiedź prawną, wystarczy opisać swój problem prawny – telefonicznie lub mailowo oraz przygotować dokument, jeśli to on jest źródłem zapytania.

Termin odpowiedzi prawnej to 24 h. Termin jest dłuższy tylko wtedy, gdy sprawa jest bardziej złożona.

Całość kosztów pokrywa Wielkopolska Izba Lekarska przy spełnieniu przez lekarza/lekarza dentystę WIL warunków składkowych.

wil.org.pl/opieka-prawna/



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Diagnoza wstępna



Szczepić za wszelką cenę

W lutowym numerze wspominaliśmy najstarsze, a także najokrutniejsze w skutkach epidemie, jakie przetaczały się przez historię świata i cywilizacji. Najdawniejszą z poznanych dotąd była egipska epidemia sprzed 1600 lat przed naszą erą, zaś najtragiczniejszą epidemia średniowiecznej ospy, która trwała w Europie przez 300 lat, a ostatnie zachorowanie zanotowano we... Wrocławiu. Epidemie średniowieczne objęły państwa i kontynenty, poczynając od Chin i kończąc na Europie. Wędrowka zajęła zarazie 20 lat. Ofiarami padło ponad 20 mln istnień ludzkich.

Obecna pandemia potrzebowała na przebycie podobnej drogi kilku miesięcy. W gwałtownym rozprzestrzenianiu się wirusa pomogły osiągnięcia cywilizacyjne, zwłaszcza komunikacyjne. W średniowieczu patogen „korzystał” głównie z drogi morskiej, dziś ma do dyspozycji najskuteczniejsze możliwości transportowe, a przekroczenie kontynentów to zaledwie kilka godzin. Kiedyś do walki z zarazami ludzie wykorzystywali izolację (dla nas dziś nic nadzwyczajnego), zaklęcia, modlitwy, a także wypędzanie z miast osób chorych lub tylko o to podejrzanych, palenie zakażonych domostw i zabudowań, a czasem i ludzi... Społeczeństwa w obawie o swoje istnienie gotowe są na wszystko – wyzwalają się zatrważające instynkty. W końcu najsilniejszym z nich jest instynkt życia i przetrwania... Gdy epidemia powróciła do Egiptu w roku 541 n.e., zadomowiła się na styku Afryki, Azji i Europy na około 200 (!) lat. Nazywano ją plagą Justyniana, od imienia panującego wówczas w Bizancjum cesarza. Ustąpiła tak nagle, jak się pojawiła, zanim zniszczone zostało Bizancjum. Wszystko, co dotąd Cesarstwo osiągnęło, przestało istnieć. To przykład strat, jakie powodowały epidemie.

Można przypuszczać, że także obecna epidemia oprócz śmierci przyniesie policzalne straty. Rządy państw muszą w coraz większym stopniu przeznaczyć stosowną część swoich budżetów na rzecz walki z epidemią. Szczepionki, leczenie chorych, prace laboratoryjne nad nowymi szczepionkami i lekami kosztują krocie. Im dłużej epidemia będzie trwać, tym bardziej koszty będą rosły, nie licząc strat w gospodarce, która w części będzie się związać. To nie może pozostać bez wpływu na spowolnienie rozwoju cywilizacyjnego. W jakim stopniu – nie jesteśmy w stanie przewidzieć. Wygaszanie epidemii nie jest proste i wymaga czasu. Twierdzenie, że po epidemii świat już nie będzie taki sam, nabierze materialnego, konkretnego wymiaru...

Brońmy się przed wirusem w każdy możliwy sposób. Szczepieniami (organizacja, poprawianie systemu – to rola państwa), ale nie tylko, bo wiele zależy także od nas samych. Dyscyplina społeczna, te cholerne maseczki, zachowanie dystansu – wszystko ma znaczenie. Róbmy coś! To jest sytuacja nadzwyczajna. Kilka miesięcy temu wołaliśmy o więcej testów. Teraz hasło brzmi: szczepić się jak i gdzie się tylko da, pod warunkiem że jest czym. Bez biurokracji, zapisów, jakichś koszmarnych kolejek do różnych rejestracji, planów, programów pilotażowych itp. Tylko szczepić...

Andrzej Baszkowski

Spis treści

Różne oblicza pandemii	4
Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej	5
Nasz tymczasowy...	6
Okiełznać, kontrolować, przeciwdziałać	9
Skierowanie lekarza i lekarza dentystry do pracy przy zwalczaniu epidemii	13
Incydent i naruszenie ochrony danych osobowych w poradni w czasie epidemii	14
Pilotażowy punkt szczepień powszechnych ruszył w Krotoszynie	16
Wil w obronie lekarzy	17
Narada u prezydenta	17
Wymiana EDM już od wakacji?	18
Minister i prezes mają umożliwić	19
O endokrynologii w Lesznie	20
Odwolajmy część ustną PES!	21
Z medycznej wokandy	22
W sprawie lekarza, którego dotyczy postępowanie	23
Dawka informacji	24
SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM	25
Kasa online obowiązkiem już od wakacji	26
Prawie 200 zł za osobodzień	26
SHORT CUTS	27
Wspomnienie o dr Wandzie Kowalewskiej-Piątek	28
Wiersze	30



Artur de Rosier
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Okiem prezesa...

Różne oblicza pandemii

Liczba zakażeń wykrytych na całym świecie od początku pandemii wynosi ponad 141,2 mln. Na COVID-19 zmarły ponad 3 mln osób, a wyzdrowiało już ponad 119,9 mln.

Przeżywamy kolejny lockdown i ograniczenia, których zasadność rozumiemy, choć zastanawiamy się nad wadami i zaletami poszczególnych elementów światowej kwarantanny. Spróbowałem pozierać informacje, jak to jest u innych, i jakie wnioski wysnuć można z dotychczasowych doświadczeń. Większość ograniczeń dotycząca dystansu, maseczek i dezynfekcji w poszczególnych krajach była niemal identyczna. Były też miejsca z rozwiązaniami szczególnymi: jesienią władze izraelskie wprowadziły na obszarze całego kraju zakaz oddalania się od miejsca zamieszkania o więcej niż 1000 m, w Gruzji istniał zakaz poruszania się samochodami osobowymi i godzina policyjna od 21.00 do 6.00. Zakaz wychodzenia z domu po zmroku obowiązywał także w Maroku, a samo przemieszczanie się po kraju, a nawet po poszczególnych miastach, wymagało specjalnych przepustek, w RPA wprowadzono prohibicję.

W wielu krajach eksperci zgadzają się, że kwarantanna była potrzebna w szkołach, konieczne było zamknięcie centrów handlowych i placówek gastronomicznych, ale już w odniesieniu do wprowadzenia odpowiedzialności administracyjnej i karnej za naruszenia kwarantanny, zamknięcia metra i ograniczenia w transporcie publicznym opinie nie są tak jednoznaczne. Na świecie podano prawie 900 mln dawek szczepionek, najwięcej w USA i w Chinach. Przyspieszenie kampanii szczepień skutkuje już w wielu krajach stopniowym wracaniem do normalności. W Danii odmraża się gospodarkę wcześniej, niż pierwotnie planowano – restauracje i kawiarnie będą mogły wznowić przyjmowanie gości wewnątrz lokali, a na trybuny podczas meczów piłkarskich powrócą kibice. Podobnie jest we Włoszech.

Hiszpania, jak pamiętamy, zwłaszcza w drugiej fali była w fatalnym położeniu, ale i tam w szczególny sposób próbuje się ratować upadającą turystykę. W Madrycie na 2 maja zaplanowana jest charytatywna walka byków, której celem jest zebranie środków na pomoc dla matadorów, których lockdown pozostawił bez źródła utrzymania.

Norwegia rozpoczęła stopniowe znoszenie restrykcji związanych z pandemią, znów będzie możliwość przyjmowania w domu do pięciu, a nie jak dotąd do dwóch gości, restauracje powracają do oferowania klientom alkoholu, choć pod ścisłymi warunkami.

Są też miejsca na świecie, gdzie wirus nie ustępuje. W sobotę 17 kwietnia w New Delhi wprowadzono lockdown z powodu rosnącej liczby przypadków zakażenia koronawirusem. Tajlandia w piątek 16 kwietnia zanotowała rekordową liczbę

przypadków zachorowań, a prezydent Turcji zaostrzył regulacje lockdownu. Zawiesza się loty do krajów z największym ryzykiem zachorowania i wprowadza ograniczenia w przekraczaniu niektórych granic.

Zgodnie z ideą, że nikt nie jest bezpieczny, dopóki wszyscy nie będziemy bezpieczni, WHO koordynuje światową walkę z wirusem. Czołowi przedstawiciele ONZ wezwali najzamożniejsze kraje do przekazania nadwyżek szczepionek programowi COVAX na rzecz sprawiedliwego dostępu do przystępnych cenowo szczepionek przeciwko COVID-19, są bowiem kraje o wysokich dochodach, które zamówiły więcej szczepionek, niż potrzebują. Urzędnicy zaapelowali o przekazanie do czerwca kolejnych 2 mld dolarów na program.

Trwają badania i debaty na temat bezpieczeństwa szczepień i wartości poszczególnych szczepionek. Bardzo prawdopodobne jest, iż ludzie będą potrzebować trzeciej dawki szczepionki w ciągu sześciu do dwunastu miesięcy po zaszczepieniu oraz będzie konieczność corocznych szczepień przeciwko koronawirusowi w przyszłości. Szczepionki poszczególnych firm zyskują i tracą w różnych krajach na popularności – są kraje, które wycofują niektóre z preparatów ze stosowania lub czasowo zawieszają ich stosowanie, a inne kraje stosują je z przekonaniem i powodzeniem. Jak wynika z badania przeprowadzonego na Uniwersytecie Oksfordzkim, ryzyko powstania zakrzepów krwi po zachorowaniu na COVID-19 jest ośmiokrotnie wyższe niż po podaniu jednej z negowanych szczepionek. Europejska Agencja Leków (EMA) bada potencjalne skutki uboczne szczepionek.

Naukowcy z Uniwersytetu Oksfordzkiego zapowiedzieli, że rozpoczną całoroczne badania polegające na zakażeniu ludzi, którzy przeszli COVID-19, oraz zbadaniu ich odporności i reakcji immunologicznych, by ocenić odpowiedź ich układu odpornościowego na pierwszą infekcję oraz czas wystąpienia drugiej.

Istniejące obostrzenia i ograniczenia skutkowały w wielu miejscach na świecie protestami, dochodziło do starć z policją, ich uczestnicy zarzucali rządzącym ograniczanie podstawowych praw konstytucyjnych. A pandemia trwa. W jaką stronę zmierzamy?

„W odpowiedzi na pytanie, kiedy zagrożenie się skończy, wypada przypomnieć dowód Karla Poppera, zgodnie z którym przyszłości nie da się przewidzieć. Jest to niemożliwość logiczna: bieg ludzkich dziejów jest bowiem w znacznej mierze kształtowany przez rozwój ludzkiej wiedzy. Nie możemy jednak żadnymi racjonalnymi czy naukowymi metodami przewidzieć przyszłego rozwoju tej wiedzy. Dlatego przewidywanie biegu ludzkiej historii nie jest możliwe” (prof. Adam Chmielewski). ■

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 17 kwietnia 2021 r.

17 kwietnia 2021 r. w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. W posiedzeniu ORL, któremu przewodniczył prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dr Artur de Rosier, uczestniczyli członkowie ORL osobiście, a także z wykorzystaniem narzędzi komunikacji zdalnej w tzw. systemie hybrydowym.

Po przyjęciu porządku obrad przystąpiono do realizacji stałych punktów programu. Wybrano przedstawicieli do komisji konkursowych na konkurs ordynatorski oraz konkursy pielęgniarskie. Kandydatów do ww. komisji przedstawił przewodniczący Komisji ds. Konkursów dr Wojciech Waliszewski.

Rekomendacje Komisji ds. Rejestru zostały przedstawione przez przewodniczącego dr. Wojciecha Buxakowskiego. I tak Okręgowa Rada Lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu po odbyciu stażu podyplomowym, w celu odbycia stażu, a także warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarzom i lekarzowi dentyście, obywatelom Ukrainy, Białorusi i Kazachstanu. W związku z przerwą w wykonywaniu zawodu i odbyciem przeszkolenia przez lekarzy, Okręgowa Rada Lekarska w drodze uchwały stwierdziła odbycie przeszkolenia oraz uznała ustanie przyczyny ograniczenia wykonywania zawodu.

Kandydatem na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej rekomendowanym przez ORL został dr n. med. Konrad Gębski.

Okręgowa Rada Lekarska wytypowała prof. Agnieszkę Słopień, konsultanta krajowego w psychoterapii dzieci i młodzieży jako przedstawiciela WIL do Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Po omówieniu spraw poufnych Okręgowa Rada Lekarska przystąpiła do realizacji kolejnych punktów programu obrad. Po wprowadzeniu przez przewodniczącego ORL rozpoczęto dyskusję nad formą zwołania XLIV Okręgo-



ELŻBIETA MARCINKOWSKA
SEKRETARZ ORL WIL

wego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Z wypowiedzi członków ORL z jednej strony wynikało, że istnieje potrzeba spotkania bezpośredniego, wymiany poglądów, dyskusji, a z drugiej strony jest uzasadniona obawa o bezpieczeństwo zgromadzonych kilkuset delegatów na OZL, ich pacjentów, współpracowników i rodzin, w sytuacji gdy pandemia nie jest opanowana i rośnie liczba zakażeń SARS-CoV-2. Planowany Okręgowy Zjazd Lekarzy ma charakter budżetowy i konieczność przyjęcia ważnych uchwał jest podyktowana ściśle określonymi ramami czasowymi, stąd przesunięcie terminu w tej niepewnej sytuacji staje się niemożliwe.

W drodze głosowania większością głosów przyjęto uchwałę, że z uwagi na sytuację epidemiologiczną XLIV Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej odbędzie się w trybie głosowań obiegowych z wykorzystaniem aplikacji elektronicznej zatwierdzonej przez Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej WIL. Okręgowa Rada Lekarska zaakceptowała także proponowany porządek obrad XLIV OZL WIL.

Prezes WIL dr Artur de Rosier przedstawił sprawozdanie Okręgowej Rady Lekarskiej za rok 2020, a ORL podjęła uchwałę w sprawie przyjęcia sprawozdania i rekomendowania go do zatwierdzenia XLIV Okręgowemu Zjazdowi Lekarzy.

Okręgowemu Zjazdowi Lekarzy będzie także rekomendowany projekt budżetu przedstawiony na Okręgowej Radzie Lekarskiej przez skarbnika dr. Marcina Karolewskiego. Stosowna uchwała została podjęta.

W związku z rezygnacją pani Katarzyny Strzałkowskiej z funkcji rzecznika prasowego, której serdecznie dziękujemy za dotychczasową dobrą współpracę i zaangażowanie w pracę na rzecz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Okręgowa Rada Lekarska powołała na to stanowisko pana Przemysława Ciupkę, powierzając mu także funkcję redaktora naczelnego Newslettera WIL oraz członka Redakcji Biuletynu Informacyjnego WIL.

Aktualnie członkami Redakcji Biuletynu są: redaktor naczelny Andrzej Baszkowski, członkowie – Krzysztof Ożegowski, Dariusz Tuleja, Andrzej Piechocki, Przemysław Ciupka.

Dyrektor Biura WIL Marek Saj przedstawił propozycje zmian w Regulaminie Organizacyjnym Biura Wielkopolskiej Izby Lekarskiej mające charakter porządkujący. Zmiany w drodze uchwały zostały przyjęte.

Ostatnim punktem obrad było omówienie sytuacji epidemiologicznej w Wielkopolsce, który stał się już stałym punktem dyskusji na posiedzeniach Okręgowej Rady Lekarskiej. ■

Decyzją ORL WIL z uwagi na sytuację epidemiologiczną

XLIV Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w dniach 21–24 maja 2021 r.

odbędzie się w trybie głosowań obiegowych

z wykorzystaniem aplikacji elektronicznej zatwierdzonej przez Prezydium ORL WIL

Szczegóły na stronie: wil.org.pl/okregowy-zjazd-lekarzy

Nasz tymczasowy...

W listopadzie ubiegłego roku szpital tymczasowy na poznańskich targach był już wyposażony i przygotowany, choć pozostał w trybie pasywnym. Ogłoszona wówczas lekarska mobilizacja okazała się przedwczesna. Ruszył jednak 1 lutego, z impetem rozwijając się w ostatnich tygodniach. Jako lekarze sprawdziliśmy się i sprawdzamy. Tak jak grono naszych współpracowników różnych profesji medycznych i pomocniczych, porwanych impulsem niezbędności udzielenia pomocy w tym szczególnym czasie.



SZCZEPAN COFTA

Pulmonolodzy i nie tylko... na starcie

Ujmująca okazała się chociażby lekarska gotowość współpracowników mojego macierzystego oddziału. Gdy powstawała perspektywa zaangażowania pulmonologów w proponowane dzieło, po kilku spotkaniach, podczas których ukazywaliśmy tę wizję, zgłosił się – początkowo dyskretnie – tylko jeden spośród rezydentów. Niedługo później – także niby w ukryciu – jeden ze specjalistów. Gdy jednak zespół prof. Haliny Batury-Gabryel rozeznał, że misja tworzenia szpitala tymczasowego staje się faktem, jak kula śnieżna przybywali inni, tak że nie udało się nawet oddelegować na targi wszystkich chętnych. Cieszy, że tak wiele osób – z mojego oddziału, ale także kilku innych – dało się porwać temu zaproszeniu. Choćby z oddziałów rektorskiego czy dziekańskiego. Potem dołączyli nawet kardiolodzy z kardiochirurgami z Długiej: *Jeśli wy idziecie, to znaczy, że i my jesteśmy potrzebni... idziemy za wami.*

W taki sposób został uformowany łańcuch rąk do pracy. Tylko niewielka część dołączyła do zespołu lekarskiego z przymusowego powołania, a niektórzy wyszli mu naprzeciw, zgłaszając się do pracy przed otrzymaniem wezwania.

Siła targowego punktu szczepień

Gdy szpital był jeszcze pasywny, padło hasło o punkcie szczepień. I tu także – dzięki ludzkiemu „porwaniu” i zapałowi – powstało dzieło funkcjonujące niezwykle precyzyjnie, realizujące szczepienia i tworzące dobrą markę. To w punkcie szczepień, powstałym na terenie planowanej izby przyjęć szpitala tymczasowego, rozpoczęliśmy walkę z pandemią, nasz pierwszy krok powrotu do normalności. Do końca kwietnia podano w odpowiednio przystosowanym pawilonie ok. 100 tys. dawek szczepionki. Dzienna gotowość do szczepienia została w kwietniu podwojona, tak że w ostat-

nych tygodniach szczepionych jest do 2700 osób. Staramy się, by punkt szczepień był nie tylko miejscem organizacyjnie dopracowanym, ale także gościnnym dla przybywających. Cieszymy się z porwania do współpracy dużego grona najmłodszych lekarzy – stażystów. W minionych tygodniach wytworzyła się ich sprawna wspólnota obejmująca ponad 50 osób. Oprócz medyków znalazło tu swoje miejsce wielu wolontariuszy. Oni także czynią tę placówkę przyjazną. W pawilonie szczepień jest też miejsce na prezentację wystaw: bogactwa Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, ale także 100-lecia kształcenia medycznego w Poznaniu.

Szpital jednak działa

Gdy szpital tymczasowy ruszył z początkiem lutego, byliśmy nieco oszołomieni świadomością, że dzięki ludzkiemu porywowi pracy i zapałowi on rzeczywiście funkcjonuje. Okazało się, że można – w prowizorycznych w sumie warunkach – zapewnić sprawne funkcjonowanie nawet oddziału intensywnej terapii, ale także zastosować z impetem i skutecznością techniki umożliwiające uniknięcie stosowania wentylacji inwazyjnej. Wyposażeni w 72 aparaty do tlenoterapii wysokoprzepływowej i 30 aparatów do nieinwazyjnej wentylacji zapraszaliśmy jako pulmonolodzy przedstawicieli współpracujących innych specjalności, a przede wszystkim internistów, do stosowania tych technik.

Udało się, dzięki potrzebie epidemicznej i silnej presji, w kilka tygodni zwiększyć potencjał szpitala z 56 łóżek internistycznych i 10 respiratorowych do w sumie 356 łóżek, w tym 20 respiratorowych. Udało się – dodając segmenty 28-łóżkowe – doprowadzić do uruchomienia potencjału, który w pierwszej części kwietnia przewyższył potencjał szpitala tymczasowego na Stadionie Narodowym w Warszawie. Nie



Oczekiwanie na lepsze jutro zaczyna się w punkcie szczepień



W lutym wolne łóżka czekały na pierwszych pacjentów



Wytaczanie kierunków

byłoby to możliwe, gdyby nie zryw organizacyjny wyczuwających wypełnienie posłannictwa i gotowych do swego rodzaju szaleństwa setek osób – nie tylko wspaniałych pielęgniarek, ratowników, opiekunów i lekarzy, ale także szerokiego grona odpowiedzialnych za wymiary innych obszarów medycznych, także logistycznych, administracyjnych i organizacyjnych.

W szpitalu w okresie największej aktywności pracowało ponad 900 osób, w tym ok. 145 lekarzy, 434 pielęgniarki (w tym 73 studentki pielęgniarstwa z powołania wojewody), 124 ratowników medycznych, 141 opiekunów medycznych/studentów, 12 sanitariuszy, 14 pracowników rejestracji medycznej, 5 farmaceutów i techników farmacji, 5 techników RTG oraz 38 osób pozostałego personelu. Oczywiście w dużej mierze w niepełnym wymiarze godzin. Udało się utrzymać średni czas pobytu pacjentów ok. 9 dni. Śmiertelność wynosi poniżej 7 proc. A gdyby dodać i wyliczać tych, którzy uniknęli wentylacji inwazyjnej dzięki stosowaniu tlenoterapii wysokoprzepływowej oraz wentylacji nieinwazyjnej, byłaby to niezwykła rzesza.

Poryw kompetencji i serca

Sądzę, że dla wielu ujmująca jest szczególna współpraca i troska pracowników ofiarowana pacjentom. O dziwo duże hale z huczącymi całą dobę wentylatorami i przy przyćmionym świetle być może nawet okazały się bardziej przyjazne dla opieki nad pacjentami niż małe szpitalne sale w tradycyjnych placówkach zagrażających izolacją.

Ujmujący okazuje się często poryw kompetencji i serc tych, którzy odważają się przekraczać barierę strefy czystej. Tak znaczący okazał się powiew entuzjazmu wielu spośród współpracowników. Trzeba nieraz umożliwić im wypłynięcie na szerokie wody... Choćby jak w przypadku 11 pań oddziałowych formujących naprędce szwadrony swoich współpracowników, ofiarujących pomoc pacjentom. Lub choćby jak w przypadku młodego ordynatora, tydzień po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego, umiejącego zorganizować rzeszę kilkunastu lekarskich współpracowników w 24 godziny, by otworzyć naprędce nowy oddział pod impulsem potrzeb i chwili. Inny z nowych powołanych ordynatorów pisał: *Proszę się wczuć przez chwilę w moją sytuację: dostałem cieknącą lód-*



Nietymczasowi bohaterowie

kę z jednym wiosłem, nieznanymi marynarzami i bez mapy kazano mi płynąć po wzburzonym morzu. Choć – jak inni – sprawdził się ze swoim zespołem. A sytuacja była zapewne podobna do tej na wojnie...

Niezależnie od roli, jaką odgrywamy w szpitalu tymczasowym, przekraczając jego próg, odrywamy się od pozostawionej poza murami rzeczywistości. Dajemy się wchłonąć jego nastrojowi, humorom, pośpiechowi, skupieniu. Dzielimy czas, tworząc swego rodzaju mikrokosmos, między strefą czystą na planie krzyża, otoczeni wyrastającymi niepozornie drzewami wzdłuż alei, a strefą brudną, gdzie czekają na nas ci, którym winniśmy pomoc według najlepszej naszej wiedzy, a przy tym nie zatracając wrażliwości na ludzkie cierpienie...

Pochwały nie najważniejsze

Nie sposób wsłuchiwać się w pochwały, gdyż za ważniejsze powinny być uznawane głosy krytyczne. Ale również nie sposób nie oddać głosu jednemu z wielu dziękujących pisemnie pacjentów, który zwrócił się do nas w liście:

„Dnia 25 lutego zostałem przywieziony przez Pogotowie Ratunkowe z gorączką przekraczającą 40 stopni Celsjusza do Waszego Szpitala. Dziesięciu dniom i nocom spędzonym w łóżku 036/8 towarzyszyło wiele trudnych doznań i emocji. Dziś są już przeszłością. Pozostała jedna: wdzięczność za otrzymane od Państwa poczucie bezpieczeństwa i niepodważalne przekonanie, że byłem w najlepszych rękach.

Piszę to, żeby podziękować. Czuję potrzebę wyrażenia uznania i wdzięczności za wszystko, co mnie z Państwa strony spotkało. Wrażliwość na ludzkie potrzeby, zrozumienie, troska, przejawy sympatii wykraczające poza normalne obowiązki, na każdym kroku niesiona pomoc, wsparcie i ulga.

Jesteście Państwo bohaterami. Warunki, w jakich pełnicie swoje obowiązki są trudne. Wasze imiona trzeba odgadywać z bągrolów flamastrów na plecach. Macie powody być zmęczeni, sfrustrowani, obojętni. A jednak z waszych niewidocznych twarzy emanuje misyjne posłannictwo. Jedyna część Was, którą widać, Wasze oczy, wyrażają skupienie, determinację, troskę, współczucie, radość z kolejnych powodzeń, które dla nas, pacjentów, oznaczają życie. ▶



Obecność, towarzyszenie

Ja na ulicy nie rozpoznam nikogo z Was. Każde z Was na ulicy minę obojętnie. Niech więc dotrą do Was te słowa!”

Bolesna skaza

Pojawiła się niestety bolesna skaza w przedostatnim dniu marca. Zdarzyło się coś, co ani nie powinno, ani nie miało prawa się zdarzyć. Zabrakło niespodziewanie życiodajnego tlenu. Przyjęliśmy to z trwogą, olbrzymim bólem i smutkiem. Musiały zapaść niezwykle trudne decyzje. A i teraz pozostajemy do dyspozycji w osądzie zaistniałych spraw z nadzieją, że uczynione dobro wchłonę w siebie bolesne wydarzenia.

Rzeczywistość ogołocenia

Jeżdżąc do szpitala tymczasowego, zauważyłem, że zabieram tam coraz mniej rzeczy: wypchanej teczki z dokumentami, plecaków z – wydawałoby się – niezbędnymi codziennymi pomocami, plików zawitych papierów.

Wchodzi się do szpitala, a tym bardziej do jego strefy brudnej, z pustymi rękami. Niejako w sposób bezbronny pozostaje się ze sobą naprzeciw pacjentów, ale także i wszelkiego sprzętu tam ulokowanego, niezwykle bogatego jak na warunki polowe. Nie pozostaje się jednakże tam samemu, ale w zespole, który – bardziej czy mniej fortunnie – się współtworzy. W szeregu osób stających w obliczu potrzebujących.



Tunel łączący pawilony



10 kwietnia lekarze wypisali z lecznicy 101-letnią panią Aniełę

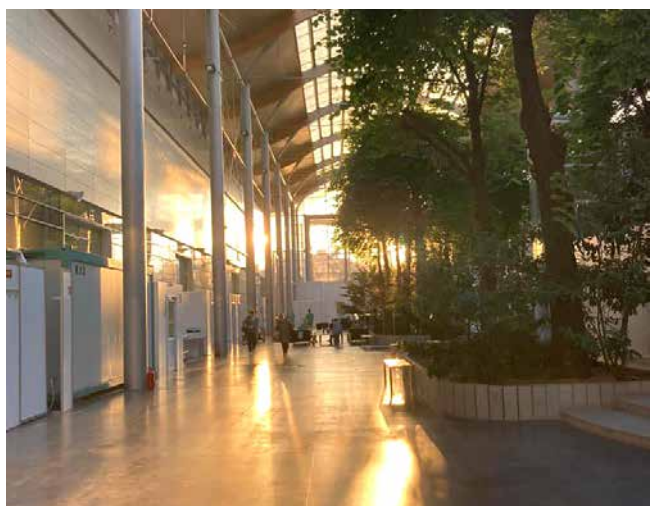
Niezrozumienie

Wiem, że ktoś obserwujący z boku i niedoświadczający tego odizolowanego skrawka świata może mieć trudność z jego zrozumieniem. Każde rozwijać szpital albo za szybko, albo za wolno. Trudno mu będzie nawet zrozumieć tę bezradność w obliczu choroby nie do końca przewidywalnej ze środków do dyspozycji ograniczonymi. Gdy co do leków i sposobów postępowania – poza tlenem – są poważne wątpliwości i ograniczenia. Oprócz niezrozumienia lekarskiego pojawia się także moje – osobiste – związane z troską o całość i odpowiedzialnością.

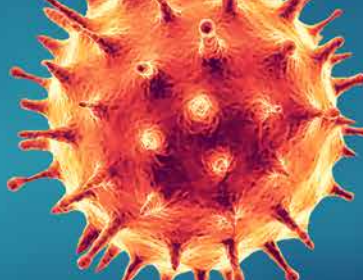
To, co najważniejsze

I gdy w obliczu konieczności ukazania kompetencji medycznych stają przed nami także inne wyzwania tego spotkania z chorym: spojrzenie, słowo, dotyk, obecność, towarzyszenie, wówczas pojawiają się nowe siły, ale i lęk.

Szpital tymczasowy – jego nazwa sugeruje krótkoterminowość istnienia, ale dla pacjentów trafiających pod naszą opiekę to pobyt pełny i jedyny. I właśnie w tym miejscu oczekują, że uzyskają najlepszą i kompetentną pomoc, by móc wrócić do swoich bliskich... Do świata, który zmienia się dla nich z: „przed covidem”, na świat: „po covidzie”.



Po burzy zawsze wychodzi słońce...



Okiełznać, kontrolować, przeciwdziałać

Personel medyczny jest wyczerpany. Nie należą do rzadkości kilkunastogodzinne dni pracy. System ochrony zdrowia jest na granicy wydolności i możliwości. Tymczasem trzecia fala pandemii koronawirusa ani myśli zdecydowanie zelżeć. Na wysokim poziomie utrzymują się statystyki zakażeń, zajętych respiratorów i miejsc w szpitalach. 25 marca 2021 r. liczba osób zakażonych przekracza 34 tys. Niepokoi i zatrważa liczba zgonów (8 kwietnia 2021 r. – 956, 9 kwietnia – 768, 10 kwietnia – 749, 13 kwietnia – 803). Od 4 marca 2020 r. do 11 kwietnia 2021 r. SARS-CoV-2 spowodował śmierć 58 421 Polek i Polaków.

Nie ma w Europie państwa, które w pandemii miałyoby taką śmiertelność jak Polska. Niestety także w kategorii nadumieralności w 2020 r. jesteśmy na czele. Według Rejestru Stanu Cywilnego, udostępnionego przez Ministerstwo Cyfryzacji, w ciągu 51 tygodni zmarło ponad 461 tys. osób (co oznacza 12 zgonów na 1000 mieszkańców). Wcześniej, w powojennej historii, zdarzyło się to tylko raz – w 1951 r. Nadmierna śmiertelność oznacza liczbę zgonów w danym roku w czasie kryzysu, która wykracza poza poziom notowany w poprzednich latach. Statystyka obejmuje nie tylko osoby, u których zdiagnozowano COVID-19, ale i ofiary powikłań w chorobach przewlekłych, niewydolności systemu ochrony zdrowia, utrudnionego dostępu do specjalistów i braku diagnoz stawianych w porę. W Polsce rok do roku (2020 do 2019) liczba nadmiarowych zgonów sięgnęła 60 tys.

To jest przerażające

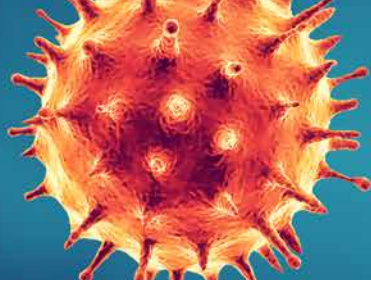
Sytuacja w szpitalach jest naprawdę dramatyczna. Z czymś takim w historii Polski jeszcze się nie mierzyliśmy, żeby pomimo najbardziej innowacyjnej technologii medycznej nie można było pomóc ludziom, żeby tyle osób umierało naraz. To jest przerażające – mówi w wywiadzie dla Onetu Kamil Barczyk, dyrektor naczelny szpitala w Bolesławcu. Zaczyna brakować tlenu, instalacje szpitalne nie są przystosowane do obsługi tak dużej liczby urządzeń. Topnieje liczba miejsc dla pacjentów covidowych. Nowych mogłoby być więcej, ale na przeszkodzie staje brak personelu. Bywa, że karetki jeżdżą od szpitala do szpitala w poszukiwaniu wolnych miejsc. Rzeczywistość wyprzedza statystykę. Informacja o wolnym łóżku okazuje się już nieaktualna, gdy zespół zgłasza się w SOR. Niektóre karetki w pacjencie muszą pokonać 100–200 km.



Fot. istockphoto

Niektórzy eksperci mówią, że to nie trzecia fala, ale pierwsze tsunami zakażeń. Tym bardziej że stan zdecydowanej większości hospitalizowanych wymaga tlenu. Prof. Krzysztof Simon, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, oficjalnie, codziennie podawane dane o liczbie zakażeń mnoży przez pięć, ale – jak mówi – zna lekarzy, którzy mnożą je przez osiem. Groźba całkowitego lockdownu artykułowana jest w wypowiedziach ekspertów. Pod koniec marca, w rozmowie w Polsat News, główny doradca premiera ds. COVID-19 prof. Andrzej Horban uprzedza, że jeżeli przekroczymy 30 tys. nowych zakażeń koronawirusem, to możliwe jest wprowadzenie całkowitego lockdownu. Przyznał, że rząd zaczyna coraz poważniej rozmawiać na temat pełnego zamknięcia kraju.

„Pomimo apeli, sugestii, pism i zapytań, Ministerstwo Zdrowia nie przygotowało nas do kolejnej – trzeciej już fali pandemii COVID-19. Po raz kolejny szpitale pękają w szwach, koordynatorzy nie mają narzędzi do wykonywania swojej pracy, karetki jeżdżą od szpitala do szpitala, by czekać na podjazdach, SOR-y są obłożone, oddziały pełne, a procedury i przyjęcia planowe wstrzymane. Po raz wtóry niewydolny, niedofinansowany od lat system upada pod naporem pandemii COVID-19, a lekarze zostają z tym sami, bez jakiegokolwiek wsparcia rządu” – informuje Porozumienie Rezydentów we wpisie na Facebooku. ▶



Nawet 80–90 proc. pacjentów

- Brytyjska odmiana koronawirusa lawinowo wypiera inne jego warianty. Zmienia się, w porównaniu z drugą falą, struktura wiekowa hospitalizowanych osób. Nadal najliczniejszą grupę zakażonych stanowią starsi pacjenci z chorobami współistniejącymi, ale do szpitali trafia coraz więcej osób poniżej 60. roku życia, zwłaszcza 30- i 40-latków. *Dzieje się tak m.in. dlatego, że osoby młode podejmują się leczenia na własną rękę i przedłużają to do granic możliwości* – mówi na antenie Radia Plus rzecznik Ministerstwa Zdrowia, Wojciech Andrusiewicz. Gdy trafiają ostatecznie do szpitala, wówczas lekarze kwalifikują ich na ogół do grupy cięższych przypadków – z dusznością, niewydolnością oddechową. Konieczne jest wspomaganie oddychania. Hospitalizacji wymaga też coraz więcej dzieci. O ile wcześniej większość z nich przechodziła zakażenie łagodnie, o tyle teraz coraz częściej jego przebieg jest cięższy – z zapaleniem płuc i niewydolnością oddechową. Według portalu Medonet.pl najczęstszym objawem COVID-19 u małych pacjentów jest zapalenie krtani. Z szacunków podawanych przez „Gazetę Wyborczą” wynika, że „nawet 80–90 proc. pacjentów, którzy trafiają na oddział pediatryczny z zapaleniem krtani, ma następnie potwierdzone testem zakażenie koronawirusem. Zapalenie krtani u dziecka objawia się m.in. gwałtownymi atakami kaszlu, może mu towarzyszyć odkształcanie gęstej wydzieliny, ból za mostkiem, chrypka, duszności, osłabienie zdolności wydobywania głosu lub utrata głosu”.

Dbajmy o siebie, o rodzinę

Od soboty 27 marca rząd wprowadza nowe zasady bezpieczeństwa. Obowiązywać mają do 9 kwietnia. Ministerstwo Zdrowia apeluje: „Pamiętaj, tylko solidarność i wzajemna odpowiedzialność pozwolą nam pokonać COVID-19. Dlatego ogranicz do minimum kontakty społeczne – jeśli możesz, pracuj zdalnie, a zbliżające się święta spędź w gronie swoich domowników! Jeśli chcemy wrócić do czasów sprzed pandemii, musimy być odpowiedzialni. W okresie świąt powinniśmy więc ograniczyć nasze kontakty wyłącznie do najbliższych domowników, a ewentualne spotkania przełożyć na inny, bardziej bezpieczny czas. Wiele zależy od nas samych. Dbajmy o siebie i swoją rodzinę”.

Zamknięte są centra i galerie handlowe, hotele, teatry, kina, muzea, galerie sztuki, domy kultury, przedszkola i żłobki, zakłady fryzjerskie i kosmetyczne, gastronomiczne, usługowe, siłownie, zakazane są zgromadzenia, edukacja nadal w trybie

Jeśli chcemy wrócić do czasów sprzed pandemii, musimy być odpowiedzialni. W okresie świąt powinniśmy więc ograniczyć nasze kontakty wyłącznie do najbliższych domowników, a ewentualne spotkania przełożyć na inny, bardziej bezpieczny czas. Wiele zależy od nas samych. Dbajmy o siebie i swoją rodzinę.

zdalnym, w miejscach kultu religijnego 1 osoba na 20 m², obiekty sportowe tylko dla zawodowców. Obostrzenia zostają utrzymane w mocy także w kolejnych dniach (do 18 kwietnia 2021 r.).

Bloomberg, który co miesiąc od listopada 2020 r. ocenia, jak państwa radzą sobie (odporność gospodarek, jakość życia ludzi) w warunkach epidemii COVID-19, publikuje kolejny raport. Najlepsi to: Nowa Zelandia, Singapur i Australia. Wśród najgorszych jest Polska, która wyprzedza tylko Brazylię, Czechy i Meksyk.

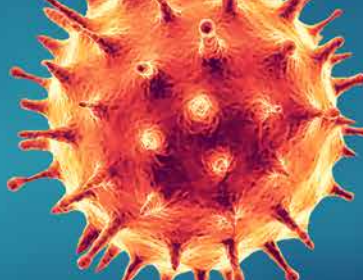
Do końca czerwca – 20 mln

Rośnie nadzieja pokładana w szczepieniach, w przyspieszeniu terminu uzyskania odporności stadnej, na ogół sytuacji w przedziale 70–85 proc. populacji. Zdania w tej sprawie są podzielone, np. niektórzy francuscy naukowcy twierdzą, że wystarczy 40 proc., a niektórzy polscy, że 50 proc. Tak czy inaczej są plany, aby do końca sierpnia 2021 r. zaszczepić wszystkich chętnych. Do 12 kwietnia 2021 r. podanych zostało w Polsce ok. 7,7 mln dawek szczepionek przeciwko COVID-19. 12 kwietnia ruszają zapisy roczników 1962–1973, rząd otwiera możliwość szczepień w większych zakładach pracy (najprawdopodobniej ruszą w połowie maja) i aptekach, zarazem rozszerza listę zawodów uprawnionych do kwalifikowania pacjentów do aplikacji szczepionki. Do końca czerwca liczba zaszczepień wynieść ma 20 mln.

„W zeszłym tygodniu – czytamy na stronie www.epoznan.pl – zmierzaliśmy się z wyzwaniem podwojenia ilości szczepień w Punkcie Szczepień na terenie Szpitala Tymczasowego MTP. Przebudowa hali pomogła nam zapewnić więcej przestrzeni dla dodatkowej ilości odwiedzających osób. Łącznie w okresie od 29 grudnia 2020 roku do 11 kwietnia 2021 roku wydaliśmy już niemal 80.000 dawek – informują przedstawiciele Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu. W tym tygodniu dzienna liczba szczepień przekroczy 2500 – dodają”.

Osoby zaszczepione preparatami mRNA rzadko przenoszą koronawirusa na innych – informuje *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC – agencja rządu federalnego Stanów Zjednoczonych wchodząca w skład Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej). Szczepionki te zapewniają 80 proc. skuteczności w zapobieganiu zachorowaniu na COVID-19 dwa tygodnie po podaniu pierwszej dawki, natomiast dwa tygodnie po drugiej dawce sięga ona 90 proc. Do takiego wniosku prowadzi analiza danych ok. 4 tys. pracowników medycznych w USA, którzy zostali zaszczepieni w okresie od grudnia 2020 r. do marca 2021 r.

Jest tylko kilka „ale”, na które nie mamy wpływu. Po pierwsze – terminowość i wielkość dostaw. Koncerny nie dotrzymują pierwotnych i kolejnych uzgodnień. Niektóre dostawy są mniejsze nawet o prawie połowę (np. 88 tys. dawek zamiast 171 tys.). W drugiej połowie kwietnia trafić ma do Polski szczepionka Johnson&Johnson w liczbie 300 tys. Podobnie jak inne szczepionki, jest ona w Europie warunko-



Fot. istockphoto

Rośnie nadzieja pokładana w szczepieniach, w przyspieszeniu terminu uzyskania odporności stadnej, na ogół sytuowanej w przedziale 70–85 proc. populacji. Zdania w tej sprawie są podzielone, np. niektórzy francuscy naukowcy twierdzą, że wystarczy 40 proc., a niektórzy polscy, że 50 proc.

wo dopuszczona na rynek. Zanim dotrze pierwsza dostawa, dociera pierwsza...

...niepokojąca informacja

Europejska Agencja Leków (EMA) rozpoczęła badanie przypadków zakrzepów krwi u osób, którym podano tę właśnie szczepionkę. Dotychczas zgłoszono cztery takie przypadki w USA. Nie jest jasne, czy istnieje związek przyczynowo-skutkowy między szczepionką Johnson&Johnson a zakrzepami. Agencja bada te przypadki. Media informują też, że w USA ograniczony zostaje przydział dawek szczepionki przeciwko COVID-19 firmy Johnson&Johnson. A to z powodu na odrzucenie 15 mln, które nie spełniły standardów jakości.

„Podjęliśmy decyzję o opóźnieniu wprowadzenia naszej szczepionki na rynek europejski” – informuje koncern Johnson&Johnson w najnowszym komunikacie. Amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) oraz Centra Kontroli i Prewencji Chorób (CDC) zaleciły bowiem wstrzymanie szczepień z użyciem preparatu tej firmy z uwagi na sześć stwierdzonych przypadków rzadkich zakrzepów krwi (na 6,8 mln zaszczepionych osób).

W ślad za tym firma farmaceutyczna Pfizer oświadczyła, że produkowana przez nią szczepionka przeciw COVID-19 jest bezpieczna. Obecnie w USA wykorzystywane będą tylko dwie szczepionki – Pfizera i Moderny.

Prawdopodobny, ale niepotwierdzony

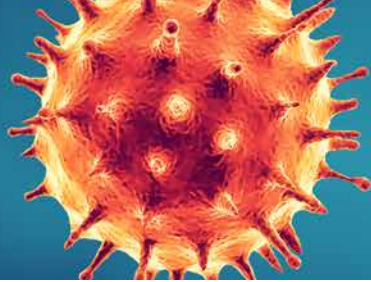
Niemal codziennie i przez wszystkie przypadki odmienia się nazwę AstraZeneca. Opinię publiczną elektryzują kolejne ujawniane przypadki skutków ubocznych. Uważny obserwator kolejnych kroków MEA bez trudu spostrzeże ewolucję transferowanych przez producenta informacji. Od „nie ma problemu” do „jednak, mimo wszystko, jest problem”. 7 kwietnia 2021 r. w komunikacie agencji czytamy, że

u osób, które otrzymały szczepionkę Vaxzevria (dawniej COVID-19 Vaccine AstraZeneca), występowały przypadki nietypowych zakrzepów krwi z niską liczbą płytek krwi. Prawdopodobieństwo wystąpienia zakrzepów jest jednak bardzo niskie, ale należy być świadomym objawów.

Do takiego wniosku doszła ona po szczegółowej analizie 86 przypadków zakrzepicy po szczepieniu, z których 18 zakończyło się zgonem; zaszczepionych zostało 25 mln osób. I po raz kolejny przekonuje, że korzyści z zastosowania tej szczepionki nadal przewyższają ryzyko. Uzupełnia się opis ubocznych o zakrzepy krwi. Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia informuje: według dostępnych danych związek przyczynowo-skutkowy między przyjmowaniem szczepionki przeciwko COVID-19, wyprodukowanej przez koncern AstraZeneca, a wystąpieniem zakrzepów krwi z niskopłytkowością jest prawdopodobny, ale niepotwierdzony.

Te informacje prezes Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych, Michał Kuczmierowski, zalicza do dobrych, gdyż im więcej szczepionek będzie dostępnych na rynku, w tym większej skali będziemy mogli kontynuować proces szczepienia.

Wcześniej (25 marca 2021 r.), przypomnijmy, koncern AstraZeneca poinformował, że wskaźnik skuteczności jego szczepionki przeciwko COVID-19 jest nieco niższy niż deklarowany i wynosi 76 proc. Tę korektę wprowadza po analizie wyników amerykańskich badań klinicznych. Wcześniej mówiło się o skuteczności na poziomie 79 proc. W połowie marca EMA na specjalnie zwołanej konferencji prasowej w Brukseli uznała szczepionkę szwedzko-brytyjskiej firmy AstraZeneca za bezpieczną i efektywną. Według specjalistów nie ma związków ze zwiększeniem całościowej liczby zakrzepów. *Nasz komitet ekspercki przejrzał wszystkie przypadki zakrzepów u osób zaszczepionych szczepionką AstraZeneca. Jest to bezpieczna i efektywna szczepionka* – powiedziała szefowa EMA Emer Cooke. ►



Fot. istockphoto

Dzieci, które przebywają w domach i zdalnie się uczą, pozbawione bezpośredniego kontaktu z rówieśnikami, coraz bardziej odczuwają poważne obciążenia psychiczne, których skutki mogą być zgubne przez lata.

- ▶ W połowie marca, na antenie TVP Info, szef KPRM Michał Dworczyk mówi: *Warto przeanalizować wydarzenia z ostatnich dni, czy to była wyłącznie panika i histeria, czy mieliśmy do czynienia z operacją dezinformacyjną, żeby zdyskredytować jednego z producentów. Za walką z pandemią stoją wielkie pieniądze i polityka. Taka analiza jest potrzebna, bo są kraje, które mogą być zainteresowane wprowadzeniem takiego chaosu.* Kilkanaście dni później, gdy niemiecka komisja ds. szczepień na COVID wydaje rekomendację, aby szczepionka AstraZeneca była podawana osobom w wieku powyżej 60 lat, przekonuje, że nie ma przesłanek, aby Polska podjęła podobną decyzję. Wspomina, że nie udowodniono jej bezpośredniego wpływu na powikłania.

Poziom ochrony przekracza 99 proc.

O innym chaosie można mówić w odniesieniu do Narodowego Programu Szczepień. Na przełomie marca i kwietnia niespodziewanie pojawiła się w internecie możliwość zapisania się na szczepienie przeciwko COVID-19 jeszcze w kwietniu osób w przedziale wiekowym 40–60 lat. Kto o tym wiedział, a informacja rozprzestrzeniła się szybko dzięki mediom społecznościowym, kto w grupie wiekowej 40–50 otrzymał informację z terminem, ten skorzystał. Ale na krótko. Po kilku godzinach te zapisy i terminy zostały unieważnione, system e-rejestracji przestał działać. Przywrócony został w nocy z 1 na 2 kwietnia. Minister Michał Dworczyk mówi o „błędzie systemu” i „usterce”. Innego zdania jest minister zdrowia Adam Niedzielski. W rozmowie z radiem ZET mówi, że „lawina zdarzeń” związana z rejestracją osób w wieku 40–60 lat zaczęła się od decyzji, która „nie została skonsultowana”: *To nie był błąd systemu. Decyzja o uruchomieniu rejestracji 40- i 50-latków nie była ze mną skonsultowana.*

Najnowsze sondaże wskazują na wzrost liczby osób deklarujących gotowość zaszczepienia się. Prof. Krzysztof

Pyrć, członek Rady Medycznej przy Premierze RP tłumaczy, że szczepionki, które są dostępne na rynku, mają zbliżoną skuteczność, przy czym w przypadku AstraZeneki i Johnson&Johnson jest ona nieco niższa. Jednak to, co najważniejsze: wszystkie minimalizują ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19. 11 kwietnia 2021 r. minister A. Niedzielski pisze na Twitterze: „Do tej pory w grupie ponad 5,5 mln zaszczepionych jedynie 51 tys. osób wykazało dodatni wynik testu na COVID-19, czyli 0,9 proc. Ponad połowa tych zakażeń nastąpiła w okresie do 14 dni po pierwszej dawce. Oznacza to w uproszczeniu, że poziom ochrony przekracza 99 proc.”. Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych dr Grzegorz Cessak przekazuje mediom informacje, że trwają badania kliniczne dotyczące trzeciej, a w przypadku jednodawkowych – drugiej, przypominającej dawki szczepionki.

Aby zagościła w codzienności

Pandemia raczej ani myśli, aby zdecydowanie słabnąć i ustąpić. Wirusolodzy studzą nadzieje związane ze spadkiem liczby zakażonych notowanym w połowie kwietnia (poniżej 25 tys. na dobę). Z jednej strony mamy spadek wynikowości testów, z drugiej – niestety – wysoką śmiertelność. Więcej osób trafia do szpitali i wymaga podłączenia do respiratora z uwagi na ciężki stan. Nie jestem ekspertem. Intuicja podpowiada mi, że SARS-CoV-2 długo jeszcze może nas prześladować. Rzecz teraz w tym, aby tę pandemię okiełznać, z surowością kontrolować, przeciwdziałać w każdym możliwym miejscu i czasie w taki sposób, aby stopniowo coraz mniej było jej wolno. Aby normalność zagościła w codzienności, a nie skrywała się w coraz bardziej odległych wspomnieniach.

Resort zdrowia w pierwszej kolejności, gdy tylko zaistnieją ku temu warunki, będzie rekomendować zdejmowanie obostrzeń związanych z edukacją. Dzieci, które przebywają w domach i zdalnie się uczą, pozbawione bezpośredniego kontaktu z rówieśnikami, coraz bardziej odczuwają poważne obciążenia psychiczne, których skutki mogą być zgubne przez lata. Tymczasem informuje (14 kwietnia 2021 r.), że obowiązujące do 18 kwietnia obostrzenia przedłuża się o kolejne 7 dni, z wyłączeniem żłobków i przedszkoli. Równocześnie z wyprzedzeniem powiadamia, że hotele i miejsca noclegowe pozostaną niedostępne do 3 maja 2021 r.

ANDRZEJ PIECHOCKI

* * *

Niemieccy naukowcy z Towarzystwa Badań nad Aerozolami (GAeF) w Kolonii wskazują, że koronawirus jest bardziej niebezpieczny w pomieszczeniach niż w otwartej przestrzeni. Podkreślają, że w niej do zakażeń prawie nie dochodzi. W związku z tym wezwali rząd Niemiec do zastanowienia się i ewentualnych zmian w walce z pandemią. Według nich wydychane powietrze na zewnątrz jest szybko rozrzedzane, w przeciwieństwie do niewietrzonych pomieszczeń, gdzie mogą gromadzić się wirusy. Należy jednak zachować ostrożność, np. podczas dłuższych rozmów w grupach, w których nie są zachowane zasady utrzymania minimalnej odległości lub noszenia masek.

Skierowanie lekarza i lekarza dentysty do pracy przy zwalczaniu epidemii

Od czasu ogłoszenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii szczególnego znaczenia nabrały regulacje zawarte w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych. Ten akt prawny obowiązujący od 1 stycznia 2009 r. wymagał dostosowania do nowej, szybko zmieniającej się rzeczywistości. W rezultacie od marca ubiegłego roku ustawę nowelizowano 12 razy. Natomiast sam przepis art. 47, stanowiący podstawę prawną do kierowania przede wszystkim pracowników podmiotów leczniczych wykonujących zawody medyczne oraz osoby, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, do pracy przy zwalczaniu epidemii, ale również pracowników wykonujących inne zawody, podlegał modyfikacjom siedem razy.

Mimo prób doprecyzowania przepisu jego stosowanie nadal wywołuje pytania, pojawiają się wątpliwości i różna praktyka jego stosowania przez poszczególnych wojewodów.

Skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii następuje poprzez wydanie decyzji administracyjnej, która nie wymaga uzasadnienia. Skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii nie podlegają:

- 1) osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat w przypadku kobiet lub 65 lat w przypadku mężczyzn;
- 2) kobiety w ciąży;
- 3) osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat;
- 4) osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat;
- 5) osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;
- 6) osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;
- 7) inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii, lub orzeczona choroba przewlekła ma wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną.

Najwięcej kontrowersji wywołuje przesłanka wystąpienia choroby przewlekłej. Ustawodawca rozróżnił trzy rodzaje chorób przewlekłych:

- 1) choroba przewlekła, na której przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii;
- 2) choroba przewlekła, która ma wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną;
- 3) choroba przewlekła, która nie ma wpływu na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną, a choroba zakaźna lub zakażenie nie ma wpływu na przebieg choroby przewlekłej.

Sam fakt rozpoznania choroby przewlekłej nie eliminuje możliwości skierowania pracownika do zwalczania epidemii. W celu ustalenia, że dana osoba, mająca rozpoznaną chorobę przewlekłą, nie powinna być skierowana do zwalczania epidemii, konieczne jest orzeczenie w sprawie charakteru choroby wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Decyzje wojewody mogą być przekazywane w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie. Wiadomo z praktyki, że ze względu na pilność urzędy wojewódzkie korzystają przy doręczeniach z pomocy funkcjonariuszy Policji oraz Wojska Obrony Terytorialnej.



SŁAWA MAĆKOWIAK
RADCA PRAWNY

Minister zdrowia rekomendował, aby przed wysłaniem skierowania do pracy skontaktować się z osobą, wobec której wydawana jest decyzja, w celu potwierdzenia, czy wręczenie skierowania jest możliwe.

Od decyzji wojewody przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia, jednakże wniesienie środka odwoławczego nie wstrzymuje wykonania decyzji. Lekarz lub lekarz dentysta, który otrzymał decyzję, powinien niezwłocznie skontaktować się z urzędem wojewódzkim i wnieść odwołanie

za pośrednictwem wojewody, jednocześnie załączając dokumenty potwierdzające wystąpienie okoliczności, na jakie się powołuje. Przykładowo może to być akt urodzenia dziecka czy zaświadczenie o stanie zdrowia. Podstawą odwołania może być też okoliczność udzielania świadczeń na rzecz pacjentów chorych na COVID-19 i zabezpieczanie przez lekarza dyżurnów medycznych w macierzystym oddziale. Choć nie jest to przesłanka wynikająca z ustawy, to wojewoda może wziąć te okoliczności pod uwagę, jednak wymagane jest przedłożenie stosownego zaświadczenia ze szpitala macierzystego.

Warto przypomnieć, że nie ma już zakazu podejmowania dodatkowego zatrudnienia w innych podmiotach przez osobę skierowaną do pracy przy zwalczaniu epidemii. Skierowanie do pracy powoduje tylko konieczność zaprzestania wykonywania pracy u dotychczasowego pracodawcy poprzez nałożenie na pracodawcę obowiązku udzielenia urlopu bezpłatnego. Okres urlopu bezpłatnego zalicza się do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze u tego pracodawcy. Osobie skierowanej do pracy przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 200 proc. przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku.

W związku z wypełnianiem działań publicznych służących bezpieczeństwu zdrowotnemu, niejednokrotnie w warunkach zagrożenia osobistego bezpieczeństwa, przepisy przyznają osobom skierowanym do pracy przy zwalczaniu epidemii szczególną ochronę prawną należną funkcjonariuszowi publicznemu.

Ponadto w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii istnieje możliwość skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. Odbywa się to na podstawie decyzji wojewody kierującego lekarza do wykonywania zadań przy zwalczaniu epidemii do podmiotu, w którym lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne albo do innego podmiotu. Skierowanie może też mieć miejsce na podstawie polecenia pracodawcy kierującego lekarza do realizacji innych zadań niż wynikających z umowy, na podstawie której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne. W takim przypadku lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne wykonuje pracę pod nadzorem ►

- ▶ lekarza specjalisty wyznaczonego przez kierownika jednostki, do której został skierowany. Lekarz specjalista nadzorujący pracę lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego nabywa odpowiednie uprawnienia kierownika specjalizacji. Warto zauważyć, że takie uprawnienie nie przysługuje podmiotowi, w którym lekarz szkolący się odbywa staż częstkowy.

Na wniosek lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne dyrektor CMKP może uznać, w drodze decyzji, okres, w którym lekarz ten nie realizował programu specjalizacji, za równoważny z realizowaniem tego programu, jeżeli w okresie tym realizował zadania na podstawie skierowania pracodawcy lub decyzji wojewody. Dodatkowo wprowadzono zwolnienie lekarza z obowiązku odbycia jednego, ostatniego kursu w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli odbycie tego kursu jest niemożliwe w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, a do jego odbycia konieczne byłoby przedłużenie specjalizacji o okres przekraczający trzy miesiące, pod warunkiem że zrealizował wszystkie inne kursy objęte programem specjalizacji. Kierowanie lekarzy stażystów do pracy przy zwalczaniu epidemii odbywa się na analogicznych zasadach.

W wyniku nowelizacji przepisów ustawy umożliwiono też kierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii także tych lekarzy, którzy już ukończyli staż podyplomowy, lecz nie uży-

skali prawa wykonywania zawodu lekarza z powodu niezłożenia z wynikiem pozytywnym LEK albo LDEK. Lekarze ci, pomimo braku zdania egzaminu lekarskiego, w czasie pracy przy zwalczaniu epidemii będą w świetle prawa uznawani za lekarzy w trakcie stażu podyplomowego i będą wykonywali zawód na podstawie prawa wykonywania zawodu stażysty.

Do pracy przy zwalczaniu epidemii mogą zostać powołane także inne osoby, w tym studenci kierunków medycznych, doktoranci i osoby kształcące się w zawodach medycznych oraz ratownicy medyczni. Wyżej wymienione osoby mogą na podstawie decyzji o skierowaniu brać udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pod bezpośrednim nadzorem osoby wykonującej zawód medyczny właściwy ze względu na rodzaj świadczenia, a zadania, do których są kierowane w ramach pracy przy zwalczaniu epidemii, powinny być dostosowane do poziomu ich wiedzy i umiejętności.

Za niewykonywanie decyzji o skierowaniu do pracy przy zapobieganiu oraz zwalczaniu epidemii można nałożyć karę grzywny. Ponadto istnieje możliwość nałożenia kary pieniężnej za niewykonywanie decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii w wysokości od 5 tys. zł do 30 tys. zł. Decyzja wojewody albo ministra zdrowia w sprawie kary pieniężnej jest niezwłocznie doręczana i podlega natychmiastowemu wykonaniu z dniem jej doręczenia. ■

Incydent i naruszenie ochrony danych osobowych w poradni w czasie epidemii

Pandemia COVID-19 spowodowała zasadnicze zmiany w funkcjonowaniu poradni i gabinetów lekarskich, i to nie tylko w zakresie procedur medycznych, ale przede wszystkim organizacyjnych i formalnych. Wielu z nas przypomniało sobie na dobre, że istnieją przepisy, na podstawie których instytucje publiczne realizują swoje zadania w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych u ludzi. W związku z tym dochodzi do przetwarzania danych szczególnych kategorii na jeszcze większą skalę niż dotychczas. Także ogólne rozporządzenie w sprawie ochrony danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) odnosi się w art. 9 ust. 2 lit. g oraz lit. i do kwestii działań związanych z zagrożeniami w obszarze zdrowia publicznego.

W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych dopuszczono wprowadzenie nowych zasad i standardów, które często są związane z wykorzystaniem nowoczesnych i elektronicznych narzędzi do komunikacji zdalnej, w których nie ma bezpośredniego kontaktu z pacjentem na terenie poradni. Takie nowoczesne rozwiązania powodują również nowe zagrożenia dla systemów przetwarzania danych w poradniach. Podstawowym problemem w takich przypadkach było wyszukanie odpowiednich narzędzi do komunikacji z pacjentem, które spełnią odpowiednie wymogi bezpieczeństwa, oraz wprowadzenie takich wewnętrznych procedur, które pozwolą udzielać świadczeń zdrowotnych właściwej osobie, czyli prawidłowo zidentyfikowanej. W takich przypadkach należy przede wszystkim położyć nacisk na wiadomości, które zostały zapisane w kartach pacjenta, ponieważ istotne jest, aby w czasie rozmowy telefonicznej mieć pewność, że mamy do czynienia z konkretnym pacjentem. Możemy wykorzystać do tego metodę skierowania dwóch czy trzech pytań dotyczących numeru PESEL pacjenta lub miejsca jego zamieszkania. W przypadku komunikacji za pomocą narzędzi zdalnej komunikacji w trybie rzeczywistym można zażądać okazania dokumentu potwierdzającego toż-

samość, zawierającego zdjęcie. Kolejnym problemem, który uwidocznił się w czasie pandemii jest przekazywanie dokumentów czy informacji drogą elektroniczną. Dotyczy to korespondencji mailowej, ale i takiej za pomocą wiadomości SMS czy MMS. Pamiętajmy, aby pozyskując te dane od pacjentów, uzyskiwać je bezpośrednio od nich i potwierdzać je jako dane kontaktowe. Wysyłając informację związaną z dokumentacją medyczną za pomocą korespondencji mailowej, pamiętajmy, aby używać do tego programu szyfrującego – nawet ogólnodostępnego na rynku, i zabezpieczać plik hasłem, które powinno zostać przekazane za pomocą innego narzędzia, np. przez telefon lub poprzez wiadomość SMS. Można również stosować metodę, że hasłem do pliku jest PESEL pacjenta. W takim przypadku nie zachodzi konieczność wysyłania dodatkowych wiadomości i wystarczy w wiadomości podstawowej zapis, że „hasłem do pliku jest PESEL pacjenta” – oczywiście poprzestajemy na takim zwrocie, a nie wpisujemy tego numeru do wiadomości. Pamiętajmy również, aby każdorazowo sprawdzać, jeśli o dokumentację zwraca się osoba inna niż pacjent, czy została ona przez tego pacjenta upoważniona do otrzymania tej dokumentacji. Narzędzia zdalnej komunikacji to jeden z obszarów. Od kilku lat trwa proces ▶

► informatyzacji systemu ochrony zdrowia. Coraz więcej obszarów dokumentacji medycznej jest prowadzonych za pomocą systemów informatycznych. Część z nich jest własnością poradni, a część wymaga logowania w systemach dostarczanych przez organizatorów systemu ochrony zdrowia. Musimy pamiętać, że brak dostępu do takiego oprogramowania jest również związany z pewnymi konsekwencjami formalnymi, o czym będzie mowa poniżej. W przypadku brak dostępu do bazy danych z pacjentami mamy do czynienia z tzw. incydem w obszarze ochrony danych osobowych w poradni. Ten brak dostępu może być spowodowany awarią sprzętu, systemu, ale również brakiem dostępu do sieci internetowej, jeśli korzystamy z oprogramowania z bazą danych przechowywaną poza poradnią. W takiej sytuacji poradnia winna mieć opracowany plan ciągłości działania, który najczęściej sprowadza się do opisanego, kogo należy poinformować w takim przypadku, a także skąd pobrać zastępcze druki dokumentacji papierowej, które po zakończeniu awarii zostaną wprowadzone do systemów informatycznych i przez kogo będą wprowadzone. Znakiem rozpoznawczym incydentu jest fakt, że ma on charakter wewnętrzny i nie skutkuje ujawnieniem danych osobowych. Niemniej jednak w takim przypadku należy sprawdzić, czy wystąpienie takiego incydentu nie spowodowało np. naruszenia integralności baz danych, tzn. czy nie zostały usunięte jakieś informacje z ostatnich operacji, które były wykonywane przez użytkowników systemów informatycznych na danych osobowych. Naruszenie systemu ochrony danych wiąże się z wystąpieniem incydentu, który dotyczy najczęściej ujawnienia danych osobowych na zewnątrz – często nieuprawnionemu odbiorcy, co jest równoznaczne z naruszeniem legalności przetwarzania danych i poufności przetwarzania danych. Przykładem takiego naruszenia jest wysyłka dokumentacji medycznej niewłaściwej bądź nieuprawnionej osobie. Przykładem naruszenia może być również wysyłka zwolnienia lekarskiego niewłaściwemu pracodawcy. Po wykryciu takiego zdarzenia właściciel poradni musi przeprowadzić niezwłocznie postępowanie wyjaśniające, aby określić, co rzeczywiście się stało i jaki jest tego skutek. Jeśli powołał inspektora ochrony danych, powinien natychmiast powiadomić również jego i razem z nim zakończyć działania wyjaśniające. Niezwłoczność podejmowania działań ma związek ze związanym terminem 72 godzin na ewentualną konieczność powiadomienia prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych o naruszeniu w poradni. Powiadomienie takie należy złożyć drogą elektroniczną, a wszystkie niezbędne formularze do wypełnienia dostępne są na stronie Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Należy podkreślić, że brak takiego powiadomienia może być przyczyną nałożenia kary administracyjnej. Czy zatem należy powiadamiać o każdej sytuacji? Niestety odpowiedź na to pytanie nie jest prosta, bowiem zależy to od oceny skali naruszenia, której dokonuje właściciel poradni, który jest jednocześnie administratorem danych. Ocena ta jest dokonywana po zasięgnięciu opinii inspektora ochrony danych, jeśli właściciel miał obowiązek takiego powołać. Dzisiejsza praktyka poka-

zuje, że osoby fizyczne mają coraz większą świadomość ich praw w zakresie ochrony ich prywatności, stąd brak reakcji podmiotu na takie naruszenie w postaci powiadomienia prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych musi być bardzo dobrze uzasadniony, co nie oznacza, że organ ten będzie miał zdanie odrębne, jeśli o naruszeniu poinformuje go poszkodowana osoba fizyczna. Lepszym rozwiązaniem wydaje się droga do poinformowania o naruszeniu właściwego organu, czyli prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sposób, który opisuje wystąpienie tego naruszenia, z zastrzeżeniem, że doszło do niego pomimo zastosowanych przez poradnię środków minimalizujących ryzyko jego wystąpienia. Czyli

Na właścicielach poradni ciąży obowiązek prowadzenia wewnętrznych rejestrów incydentów i naruszeń, w których odnotowuje się m.in. datę ich wystąpienia, zakres, skutki, przyczyny, a także określa się, czy zachodzi konieczność poinformowania o jego wystąpieniu prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

nawet jeśli wysłaliśmy dokumentację niewłaściwemu adresatowi drogą mailową, to zaznaczmy, że wysłaliśmy to szyfrowanym plikiem, do którego hasło nie było podane w tej samej wiadomości. Jeśli wysłaliśmy dokumentację papierową i pomyliliśmy adres, napiszmy, że wysłaliśmy to listem poleconym (taki sposób wysyłki jest rekomendowany) i tożsa-

mość odbiorcy zostanie zweryfikowana dodatkowo przez doręczyciela korespondencji. Na koniec trzeba wpisać, że zostały wprowadzone działania naprawcze, a personel został po raz kolejny przeszkolony w zakresie organizacji systemu ochrony danych osobowych w poradni. Na właścicielach poradni ciąży również obowiązek prowadzenia wewnętrznych rejestrów incydentów i naruszeń, w których odnotowuje się m.in. datę ich wystąpienia, zakres, skutki, przyczyny, a także określa się, czy zachodzi konieczność poinformowania o jego wystąpieniu prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Ujawnienie danych osób fizycznych może również wiązać się z koniecznością poinformowania osoby, której dane zostały przez poradnię ujawnione. To też należy ocenić i odnotować w rejestrze. Ostatnią adnotacją w takim rejestrze winno być określenie środków naprawczych, aby uniknąć sytuacji w przyszłości.

Poniżej przykładowe przypadki incydentów w poradni:

- omyłkowe wydanie dokumentacji medycznej nieuprawnionej osobie,
- omyłkowe wysłanie dokumentacji medycznej nieuprawnionej osobie listem bądź mailem,
- wysyłka dokumentacji z danymi osobowymi lub dokumentacji medycznej niezasyfrowanym plikiem w korespondencji mailowej,
- włamanie do poradni,
- zalanie dokumentów, pożar w poradni,
- zagubienie dokumentacji,
- utrata łączności z bazami danych,
- wykasowanie danych,
- stwierdzenie wirusa w sieci informatycznej.

W razie dodatkowych pytań dotyczących incydentów i zarządzania nimi prosimy o kontakt z Wielkopolską Izbą Lekarską – dane kontaktowe znajdują się w zakładce RODO na stronie internetowej www.wil.org.pl.

MAREK SAJ

DYREKTOR BIURA WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ
SPECJALISTA W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Pilotażowy punkt szczepień powszechnych ruszył w Krotoszynie

Tam, gdzie pierwsza fala pandemii przed rokiem uderzyła najmocniej, teraz powstał pierwszy punkt szczepień powszechnych w województwie. Pilotażowa placówka działa w hali widowiskowo-sportowej przy ul. Olimpijskiej w Krotoszynie.

Wiosną ubiegłego roku powiat krotoszyński długo pozostawał czarną plamą na epidemicznej mapie Polski, a media pisały o „polskim Bergamo”. To tam dochodziło do największej liczby zakażeń wirusem SARS-CoV-2, tam utworzono też pierwszy w Wielkopolsce samochodowy punkt poboru wymazów.

Teraz w Krotoszynie powstał pilotażowy w skali województwa punkt szczepień powszechnych. Na ten cel zaadaptowana została hala widowiskowo-sportowa. Pierwsi pacjenci byli w niej szczepieni 19 kwietnia. Docelowo w punkcie ma być szczepionych ponad pół tysiąca osób dziennie. Zespoły szczepienne tworzy personel krotoszyńskiego szpitala. *Organizacja tego przedsięwzięcia wymaga zaangażowania dużej grupy osób. Dziękuję zarówno personelowi medycznemu naszego szpitala, który dedykowany jest do przeprowadzenia szczepień, jak i pozostałemu personelowi SPZOZ w Krotoszynie. Przecież tym samym zespołem kadry medycznej realizujemy coraz więcej zadań w szpitalu. Udaje się to tylko dzięki poczuciu odpowiedzialności naszych pracowników – komentuje Iwona Wiśniewska, dyrektor SPZOZ w Krotoszynie. Mamy ogromne wsparcie ze strony samorządu, powiatu krotoszyńskiego oraz gmin, dzięki czemu możemy skupić się na kwestiach medycznych, nie będąc przytłoczeni sprawami administracyjnymi – dodaje.*

Kolejne punkty, a ma być ich łącznie blisko 70, będą uruchamiane sukcesywnie. Wśród nich znajdują się takie lokalizacje jak Stadion Miejski w Poznaniu czy Arena Ostrów w Ostrowie Wielkopolskim. (pc)



Fot.: 3x Starostwo Powiatowe w Krotoszynie



SZKOLENIE ON-LINE

SZCZEPIENIA OCHRONNE

termin: 28 - 29 maja 2021 roku
szkolenie bezpłatne dla członków WIL, 8 punktów edukacyjnych

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

WIL w obronie lekarzy

W ostatnim czasie Wielkopolska Izba Lekarska kilkakrotnie występowała przeciwko zniesławianiu lekarzy pracujących na terenie województwa.

Oszczerstwa i groźby

Pod koniec października 2018 r. do Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera w Poznaniu trafiła 14-miesięczna dziewczynka. Dziecko było zakażone pneumokokami, przeciwko którym nie było szczepione. Pomimo wysiłków lekarzy dziewczynka zmarła. W mediach społecznościowych pojawił się wtedy wpis Jerzego Z. Znany znachor nie tylko podważał zastosowane przez medyków metody leczenia, ale posunął się też do groźb. Choć post szybko został usunięty, Wielkopolska Izba Lekarska powiadomiła prokuraturę o możliwości popełnienia przestępstwa. Śledczy oskarżyli Jerzego Z. o zniesławienie i znieważenie poznańskich lekarzy. Proces rozpoczął się w marcu br., 13 kwietnia odbyła się druga rozprawa. Postępowanie nie jest w toku.

Uwaga na manipulacje

Szpital im. Józefa Strusia w Poznaniu niemal od początku pandemii SARS-CoV-2 pracuje jako szpital jednoimieniny, przeznaczony całkowicie do walki z COVID-19. Do lecznicy trafiają ciężko chorzy pacjenci z całego woje-



Fot. Monika Bączek

wództwa. 16 listopada 2020 r., w szczycie drugiej fali epidemii, w programie „Uwaga” Telewizji TVN wyemitowany został reportaż przedstawiający placówkę w bardzo złym świetle. Zarówno w materiale, jak i w komentarzach zamieszczanych w portalach społecznościowych pojawiały się nieprawdziwe, znieważające lekarzy twierdzenia. WIL skierowała sprawę do prokuratury.

NIE dla niszczenia, TAK dla leczenia

Śledczy zajmują się także zawiadomieniem złożonym przez WIL w związku z naruszeniem dóbr osobistych lekarzy ze Szpitala Specjalistycznego w Pile przez Starostę Piłskiego Eligiusza Komarowskiego. Starosta sprokurował

fałę hejtu wymierzoną w lekarzy przez publikowanie postów w mediach społecznościowych, nazywając ich bucami, warchołami czy nieukami. *Nie możemy dopuścić, szczególnie w sytuacji, kiedy pacjenci i tak odczuwają lęk związany ze skutkami pandemii, aby ten lęk pogłębiał się u nich poprzez wpisy osoby publicznej zawierające niepełne, niesprawdzone informacje krzywdzące całe środowisko lekarskie – zaznacza Artur de Rosier, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.* W ubiegłym roku członkowie prezydium WIL wsparli personel piłskiego szpitala w czasie protestu pod hasłem „NIE dla niszczenia, TAK dla leczenia”.

PRZEMYSŁAW CIUPKA

Narada u prezydenta

Prezydent Andrzej Duda zwołał Radę Gabinetową, aby dowiedzieć się, jak to rzeczywiście jest z tą pandemią – w jakim jest stadium i czy faktycznie jest tak źle, jak podają media. Po spotkaniu zakomunikował społeczeństwu, że jest uspokojony. Dowiedział się od premiera i ministra zdrowia, że sytuacja wygląda „lepiej niż się spodziewali”. Niemal w tym samym czasie telewizja i prasa podały, że wprawdzie spada nieco liczba pacjentów, ale jednocześnie wzrosła liczba zgonów...

Pan prezydent niepotrzebnie fatygował Radę Gabinetową. Wprawdzie nie znam jej składu, wygląda jednak na to, że Andrzej Duda najlepiej by zrobił, gdyby o opinię w tej sprawie zwrócił się bezpośrednio do przemęczonych lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek. Niech powiedzą, co sądzą o przepełnionych szpitalach, o karetkach szukających rozpaczliwie miejsca dla wożonych pacjentów, o braku możliwości leczenia pacjentów bez COVID-19...

Prezydent stwierdził również, że „rozpędzający się program szczepień doprowadzi do pokonania wirusa”. Także i w tym przypadku jego optymizm jest nieuzasadniony: póki co wirusa nie da się pokonać. Można znacznie złagodzić objawy zakażenia i tyle.

No i trzeba mieć nadzieję, że nie pojawi się jakaś mutacja, która sytuację pogorszy. Poza tym trzeba niestety pamiętać, że w samym Wuhan przechowuje się ponad 400 podobnych koronawirusów... Na wszelki wypadek nadal obowiązują: rozsądek, maseczki, mycie rąk, zachowanie dystansu. Najgorzej jest z tymi z maseczkami. Sąsiad uporczywie chodzi bez zakrytych ust i nosa, patrzy na mnie z ironicznym uśmiechem, gdy widzi mnie w maseczce, że on nie nosi i nic się nie dzieje, i że ja, lekarz, daję się wodzić za nos propagandzie producentów durnych szmatek...

Wracając jeszcze do narady u prezydenta, to wzrasta we mnie wrażenie, że pan prezydent zapatrzony jest w kolegów polityków, nie lubi natomiast specjalistów i fachowców.

ANDRZEJ BASZKOWSKI

Wymiana EDM już od wakacji?

O Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, goniących terminach, szansach i zagrożeniach związanych z cyfryzacją rozmawiamy z Andrzejem Cisło, wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej i członkiem ORL WIL.

- **PRZEMYSŁAW CIUPKA:** Wymiana Elektronicznej Dokumentacji Medycznej pomiędzy placówkami rozpocznie się 1 lipca – wszyscy mają być gotowi i kropka. Czy przewidujemy jednak pewne uelastycznienie tego terminu?

ANDRZEJ CISŁO: Gdyby to miało zależeć od nas, przesunęlibyśmy ten termin. Wymiana Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) jest niemożliwa bez repozytoriów. Jak tłumaczyliśmy w liście z 2 kwietnia do minister Anny Goławskiej, nie ma większego sensu w tej chwili budować repozytoriów w oparciu o usługi komercyjne w sytuacji, kiedy w Krajowym Planie Odbudowy mamy zapisaną budowę Centralnego Banku Repozytoryjnego. Repozytorium to nic innego jak przestrzeń – czy to na serwerze, czy w tzw. chmurze, gdzie przechowywane będą pliki zawierające dokumentację.

Cyfryzacja jest potrzebna, trzeba to powiedzieć. Elektroniczna recepta uratowała polską medycynę w dobie COVID-19. Żeby jednak zdążyć na 1 lipca, trzeba by się brać do pracy już teraz, tymczasem znajdujemy się w szczycie trzeciej fali epidemii koronawirusa. Placówki ochrony zdrowia wkładają wiele wysiłku w to, by nie stać się rozsądnymi infekcji. Dodajmy do tego ograniczanie przyjęć czy rosnące koszty utrzymania działalności. Na koniec pomyślmy o spotkaniu z kilkoma dostawcami oprogramowania i organizacji szkoleń w warunkach epidemicznych. To wszystko przemawia za racjonalizacją kalendarza i nieterminowym się sztywno terminu 1 lipca.

- **Jakie dokumenty wchodziły w skład EDM?**

Na początek wprowadźmy rozróżnienie pomiędzy Elektroniczną Dokumentacją Medyczną a dokumentacją medyczną prowadzoną w formacie elektronicznym. Tą pierwszą z mocy ustawy są: recepty i skierowania, karta informacyjna leczenia szpitalnego, karta odmowy przyjęcia do szpitala, informacja lekarza specjalisty dla lekarza kierującego z POZ, opis badań diagnostycznych,



Fot. Archiwum własne

nych, a od 25 kwietnia również wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem. Nic nie wskazuje na to, żeby do EDM szybko włączono historię choroby.

- **By wymiana EDM była możliwa, pacjent musi wyrazić na to zgodę. Tymczasem narzędzia autoryzacji jak do tej pory brak.**

Mówi się o tym, że pacjent może takiej zgody udzielić poprzez Internetowe Konto Pacjenta. Można to łatwo sprawdzić – niestety takiej opcji tam nie ma. Poza tym jako NRL jesteśmy przeciwni takiej formie autoryzacji, pacjent powinien udzielić tej zgody w gabinecie, w jak najprostszym sposobie. Być może będzie to możliwe za pomocą aplikacji mobilnej IKP, ale na dziś takich regulacji nie ma.

- **W 2019 r. minister zdrowia wydał dokument określający minimalne wymogi dla oprogramowania służącego prowadzeniu dokumentacji. Dlaczego NRL tak bardzo o to zabiegała i czy dziś, po dwóch latach, ten dokument wypadałoby już zaktualizować?**

Wyobraźmy sobie sytuację, kiedy lekarz np. na targach medycznych wypytuje potencjalnego dostawcę o szczegóły techniczne aplikacji, czy zabezpieczenia spełniają takie czy takie standardy. Po pierwsze medyk nie musi być znawcą w tym obszarze, po drugie to wszystko jest niezwykle czasochłonne. Natomiast kiedy lekarz zapyta: „Czy państwo wypełniacie wszystkie

postanowienia *Minimalnych wymogów dla systemów teleinformatycznych usługodawców?*”, odpowiedź może brzmieć jedynie „tak” lub „nie”.

- **Na samym początku zaznaczał pan, że repozytorium powinno być tworzone na publicznej domenie. Tej jednak nie ma, a jeśli termin 1 lipca zostanie utrzymany, korzystać trzeba będzie z usług komercyjnych. W tych okolicznościach bardzo ważny wydaje się obowiązek „zrzutu danych”, który udało się przeforsować dzięki staraniom NRL. Ta regulacja ma uchronić lekarzy przed związaniem się z dostawcą usługi po wsze czasy.**

Możemy się spotkać z sytuacjami, kiedy dostawca znacznie podniesie opłatę licencyjną, przestanie istnieć bądź zajdą inne okoliczności, które sprawią, że dalsza współpraca byłaby nieracjonalna z punktu widzenia klienta. Lekarz musi mieć wtedy możliwość przeniesienia danych na użytek nowego oprogramowania. Dlatego tak bardzo zabiegaliśmy o odpowiedni zapis w rozporządzeniu.

- **Na co trzeba zwracać uwagę przy wyborze dostawcy oprogramowania?**

Po pierwsze spełnione muszą zostać wymagania z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, a także wspomniane wcześniej minimalne wymogi. Bardzo ważne jest to, jak dostawca podejdzie do omawianego przez nas zrzutu danych. Do dziś nie został opracowany format awaryjnej archiwizacji, więc wiele zależy tu od firmy, z którą zawrzemy umowę. Program będzie wielokrotnie aktualizowany, zwróćmy więc uwagę na cennik aktualizacji. Sprawdźmy, jakie są warunki helpdesku [pomocy technicznej – przyp. red.]. Warto też zamówić kilka wersji demo od różnych dostawców i przekonać się, która odpowiada nam najbardziej pod względem użytkowym.

- W pańskich opracowaniach często pada stwierdzenie „nowa era”, odnoszące się do procesu cyfryzacji. Jakie owa era przyniesie korzyści, a jakie zagrożenia?

Najpoważniejszym zagrożeniem jest wyciek danych. Dane medyczne to „twar”, którego trzeba pilnie strzec. Dlatego też stoimy na stanowisku, że do tworzenia repozytoriów danych władze publiczne powinny podejść bardzo poważnie i wziąć je pod swoje skrzydła. Na pewno w tej kadencji nie będzie zgody Naczelnej Rady Lekarskiej na szeroki strumień danych płynących z Internetowego Konta Pacjenta do aplikacji komercyjnych. To zawsze grozi nieautoryzowanym wejściem w posiadanie danych, a mówimy o danych wrażliwych, które mogą być towarem, ale mogą być też bronią.



Fot. iStockphoto

■ Korzyści?

Informatyzacja dokumentacji, pomimo naszych przyzwyczajęń, jest racjonalna. Jeżeli przeprowadzimy ten proces sprawnie, zyskają na tym i mniejsze, i przede wszystkim większe podmioty lecznicze. Empirycznym do-

wodem na konieczność i skuteczność cyfryzacji jest pandemia i wszystko, co z sobą przyniosła. Jeżeli jednak chcemy zrobić to dobrze, nie możemy działać w pośpiechu. NRL walczy też o wprowadzenie podpisu biometrycznego pod zgodami i oświadczeniami pacjentów, co uwolniłoby nas od dziesiątków tysięcy kart papieru. Mam nadzieję, że władze publiczne będą z dużą tolerancją i dystansem podchodziły do wyznaczonych wcześniej terminów. ■

Zachęcamy do zapoznania się z multimedialną prezentacją przygotowaną przez Andrzeja Cisło:



Minister i prezes mają umożliwić

Od 2015 r. w ramach Instytutu Fizyki Jądrowej im. H. Niewodniczańskiego działającego przy krakowskim oddziale PAN funkcjonuje jedyny w Polsce cyklotron izochroniczny AIC-144. Pozwala on na stosowanie protonoterapii nowotworów oka. Centrum Cyklotronowe Bronowice (CCB) jest jedynym w Polsce ośrodkiem protonoterapii, która jest świadczeniem zdrowotnym włączonym do tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych.

Protonoterapia to metoda radioterapii, która do napromieniania zmian nowotworowych wykorzystuje wysokoenergetyczne wiązki protonów. Jest ona coraz częściej stosowana, gdy położenie nowotworu w stosunku do struktur krytycznych, wrażliwych na napromienianie, znacznie ogranicza lub uniemożliwia stosowanie klasycznej radioterapii. Metoda ta pozwala na precyzyjne napromienianie obszaru guza, przy minimalizacji dawki deponowanej poza nim, co ogranicza odległe skutki radioterapii i jest szczególnie ważne w wypadku dzieci.

CBB, jak wykazują inspektorzy Najwyższej Izby Kontroli, mogłoby leczyć znacznie więcej pacjentów z nowotworami poza narządem wzroku. Jednak ani „Minister Zdrowia, ani NFZ, ani Narodowy Instytut Onkologii Oddział w Krakowie nie uczyniły wystarczająco dużo, by protonoterapia była rzeczywiście dostępna. Urzędnicy nie zakwalifikowali do programu leczenia prawie trzech czwartych rekomendowanych rodzajów nowotworów. (...) W latach 2015–2020 potencjał techniczny CBB

nie był wykorzystywany optymalnie do leczenia onkologicznego. Minister Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia nie podjęli wystarczających działań, przez co nie zapewнили pacjentom onkologicznym właściwego dostępu do jednej z najnowocześniejszych metod leczenia nowotworów. (...) W latach 2015–2020 wykorzystanie potencjału CCB było niskie – leczeniu nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku poddano zaledwie 360 pacjentów, wobec możliwości Centrum ustalonej na ok. 400 osób rocznie. A to dlatego, że w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego figurowała zawężona lista wskazań. Spowodowało to stratę na działalności leczniczej CCB, która od 16 października 2015 r. do 30 czerwca 2020 r. wyniosła ok. 4688,6 tys. zł”.

Według NIK „Minister Zdrowia nie opracował strategii rozwoju protonoterapii w Polsce, czym utrudnił wdrożenie i upowszechnienie nowatorskiej metody leczenia nowotworów oraz organizację udzielania świadczeń. Dopiero w listo-

padzie 2019 r. powołał zespół mający opracować strategię – mimo posiadania co najmniej od 2013 r. informacji o planowanym utworzeniu Centrum i o doświadczeniach związanych z protonoterapią nowotworów narządu wzroku. (...) Pierwotne zalecenia ekspertów (w tym Zespołu Konsultanta Krajowego do Spraw Radioterapii Protonowej) dotyczyły blisko 50 nowotworów złośliwych, jednak – na polecenie Ministra Zdrowia – lista przekazana Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) obejmowała wyłącznie dziesięć wskazań, z czego AOTMiT pozytywnie zaopiniowała jedynie siedem przypadków nowotworów złośliwych kwalifikujących do protonoterapii. W konsekwencji tylko w latach 2016–2018 możliwość skorzystania z terapii ominęła ponad połowę spośród 429 pacjentów. Dopiero w 2019 r. listę poszerzono o kolejne dziewięć wskazań”.

Stosowne wnioski pokontrolne skierowane zostały do Ministra Zdrowia (np. umożliwienie dostępu do terapii takiej liczbie pacjentów, jaką CCB jest w stanie przyjąć na leczenie). Z kolei Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ma m.in. umożliwić wszystkim Oddziałom Wojewódzkim NFZ przeprowadzanie postępowań w celu zawierania umów na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie protonoterapii nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku, oddzielnie dla dzieci i dorosłych. (asp)

Niepokojące zmiany endokrynologiczne, jakie można przeoczyć w dobie teleporady.
Konferencja online w leszczyńskiej delegaturze WIL.

O endokrynologii w Lesznie

Teleporady zamiast tradycyjnych wizyt u lekarza to już nasza codzienność. O niepokojących zmianach endokrynologicznych, jakie można przeoczyć podczas takiej formy konsultacji, dyskutowali leszczyńscy lekarze podczas szkolenia online 30 marca 2021 r. Konferencję zorganizowała Delegatura WIL w Lesznie wspólnie z firmą Merck. Wykład poprowadziła prof. dr hab. n. med. Ewelina Szczepanek-Parulska, profesor Katedry i Kliniki Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

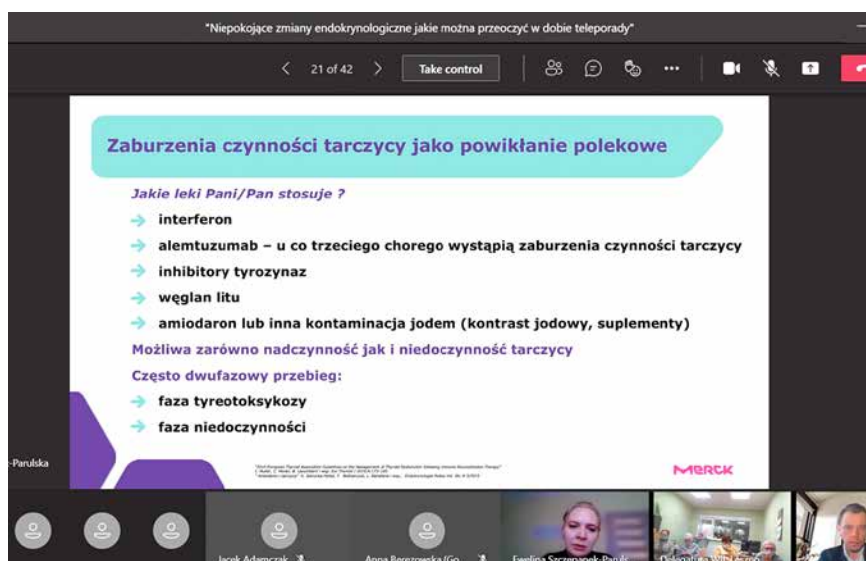
To pierwsze od wielu miesięcy zorganizowane szkolenie w leszczyńskiej delegaturze, ze względu na sytuację epidemiologiczną w kraju. Przed pandemią nie było miesiąca, by nasi lekarze nie mogli skorzystać z możliwości doskonalenia zawodowego.

Muszę przyznać, że tęskniliśmy do naszych konferencji i spotkań w lekarskim gronie. Takie szkolenia organizowaliśmy jeszcze do 2019 r. prawie raz w miesiącu. Była to nie tylko okazja do ustawicznego kształcenia i poszerzania wiedzy z różnych dziedzin medycyny, interesujących nas zagadnień z diagnostyki i leczenia różnych chorób, ale także możliwość przekazania osobistego doświadczenia, rozwiania wątpliwości czy ustalenia sposobu postępowania z pacjentem, szczególnie w sytuacjach trudnych i klinicznie niejednoznacznych – podkreśliła Lidia Dymalska-Kubasik. Spotkanie miało charakter hybrydowy, kilku lekarzy przybyło do nas do siedziby delegatury, reszta łączyła się z nami online – dodała.

Wykład z zakresu tyreologii i zwrócenia uwagi na pułapki diagnostyczne w udzielaniu teleporad przez lekarzy w nowej covidowej rzeczywistości przygotowała prof. Ewelina Szczepanek-Parulska z UM w Poznaniu.

Cieszę się, że pomimo ograniczeń i trudności, jakie narzuciła nam pandemia, a szkolenia i konferencje odbywają się jedynie w formie zdalnej, mieliśmy możliwość chociaż wirtualnego spotkania i podyskutowania o diagnostyce schorzeń endokrynologicznych. Beneficjentami będą nasi pacjenci, którzy szukają pomocy w związku z podejrzeniem czy rozpoznaniem choroby tarczycy, najpierw u lekarza rodzinnego, a potem u endokrynologa – mówiła.

W trakcie wykładu poruszono zarówno te najczęstsze, jak i mniej typowe objawy sugerujące nadczynność i niedoczynność tarczycy. Szczególnie zwrócono uwagę na objawy budzące podejrzenie najgorzej rokujących nowotworów tarczycy, które wymagają pilnej diagnostyki. Istotną część prezentacji prof. dr hab. n. med. Ewelina Szczepanek-Parul-



ska poświęciła podstawowym zasadom interpretacji obrazu USG tarczycy i wskazaniom do biopsji. *Staralam się zwrócić uwagę na przewagę wideoporad nad teleporadami oraz podpowiedzieć, jak ukierunkować pytania podczas wywiadu, aby możliwie najtrafniej postawić wstępną diagnozę. Zwróciłam także uwagę na podstawowy zakres badań diagnostycznych, jaki powinien być zlecony celem potwierdzenia bądź wykluczenia choroby tarczycy* – dodała Pani profesor.

Kolejną omówioną kwestią były trudności w diagnozowaniu chorób tarczycy poprzez teleporady. Zdaniem prof. Szczepanek-Parulskiej teleporada nigdy nie zastąpi w pełni bezpośredniego spotkania lekarza i pacjenta. Jednak sytuacja epidemiologiczna, w jakiej się znajdujemy od roku wymusiła wiele zmian, w tym przekształcenie części wizyt ambulatoryjnych w formę teleporady. *W naszej klinice działalność poradni endokrynologicznej w okresie pandemii była zawieszona jedynie przez okres dwóch miesięcy. Aktualnie staramy się przyjmować większość pacjentów już w formie tradycyjnych wizyt. Jedynie część konsultacji (głównie dotyczących już uprzednio zdiagnozowanych pacjentów i leczonych z powodu schorzeń przewlekłych oraz w przypadku, gdy pacjent preferuje tego typu formę kontaktu) odbywa się w formie teleporad* – mówiła. Natomiast na Oddziale Endokrynologii, mimo zmniejszonej obsady i zwiększonego obciążenia personelu, z uwagi na konieczność oddelegowania lekarzy do szpitala tymczasowego leczącego chorych z COVID-19, staramy się przyjmować i diagnozować pacjentów endokrynologicznych jak wcześniej. *Dokładamy szczególnych starań, aby diagnostyka schorzeń zagrażających zdrowiu i życiu (zespół Cushinga, akromegalia, niedoczynność kory nadnerczy) oraz wszelkich nowotworów układu dokrewnego odbywała się bez opóźnień.*

Największym ograniczeniem teleporady w jej opinii jest brak możliwości wykonania i interpretacji badania USG tarczycy, które jest niezbędne w trakcie pierwszej wizyty pacjen-

ta z podejrzeniem patologii tarczycy. Diagnozując chorego w tej formie, trzeba być poza tym bardzo czujnym, aby nie przeoczyć istotnych sygnałów świadczących o wystąpieniu patologii wymagającej pilnej interwencji. *Na pewno istnieje przewaga wideorozmowy nad telekonsultacją, bowiem bezpośredni kontakt wzrokowy zapewnia większe możliwości diagnostyczne (zaobserwowanie np. stanu skóry, obecności obrzęków w niedoczynności tarczycy lub drżenia rąk czy zmian ocznych w przebiegu choroby Gravesa i Basedowa).*

Podczas szkolenia zwrócono uwagę na to, że bardzo istotną kwestią jest to, aby zadawać pacjentowi konkretne pytania, np. czy szyja boli przy dotyku, czy podczas połykania. Pozwala to zróżnicować np. objawy zapalenia gardła od tych sugerujących podostre zapalenie tarczycy. Szczególnym wyzwaniem jest pierwszorazowa diagnostyka pacjenta. *W trakcie wywiadu w kierunku zaburzeń czynności tarczycy warto zwrócić uwagę na mniej typowe objawy niedoczynności, jak duszność wysiłkowa, niedokrwiłość, problemy ze snem czy nadpobudliwość nerwowa. Z kolei u pacjentów z nadczynnością tarczycy, poza typowymi objawami, symptomami sugerującymi nadmiar hormonów tarczycy, może być wzmożone pragnienie, problemy z wyrównaniem glikemii czy ciśnienia tętniczego, a u osób w podeszłym wieku tzw. zespół apatyczny* – mówiła prof. Ewelina Szczepanek-Parulska. Objawami zarówno niedoczynności, jak i nadczynności tarczycy mogą być także zaburzenia miesiączkowania, płodności czy funkcji seksualnych. Podejrzenie nowotworu złośliwego tarczycy powinno wzbudzić nagłe powiększenie obwodu szyi, obecność twardej nieprzesuwalnej zmiany, chryпка, trudności w przełykaniu czy stridor. Mogą one sugerować obecność chłoniaka lub raka anaplastycznego tarczycy, czyli wymagają bardzo pilnej diagnostyki z wykorzystaniem karty DIŁO.

Profesor Ewelina Szczepanek-Parulska, kończąc wykład, podkreśliła również zaletę teleporad. Pacjenci będący pod opieką z powodu chorób przewlekłych mają zapewnioną ciągłość leczenia bez ponoszenia ryzyka zwiększonej transmisji wirusa w ośrodkach ochrony zdrowia. Jedną z zalet jest możliwość konsultowania pacjenta mieszkającego nawet w bardzo odległych rejonach czy chorego przebywającego



Fot. istockphoto

w domu w związku z kwarantanną lub izolacją. Pacjent może skorzystać z porady lekarskiej bez konieczności wychodzenia z domu. Dzięki metodom telemedycyny istnieje możliwość częstszego kontaktu z pacjentem, który wymaga jedynie kontynuacji wcześniej zaordynowanego leczenia, niewielkich modyfikacji farmakoterapii czy przedłużenia leków. U pacjentów chorujących przewlekłe czy wymagających stałej motywacji do działania, jak np. chorzy leczeni z powodu otyłości, nawet krótka rozmowa pozwala rozwiązać wątpliwości (np. dotyczące działań ubocznych leków) oraz podtrzymać odpowiedni stopień motywacji do zmiany nawyków żywieniowych czy aktywności fizycznej.

Szkolenie stało się też okazją do podzielenia się radością dla środowiska lekarskiego w Lesznie informacją. 13 marca br. na posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu, podczas wręczania medali osobom zasłużonym dla izby lekarskiej, znalazły się dwie osoby z Leszna: dr Leszek Walczak, otolaryngolog i foniatra, od 23 lat organizator Mistrzostw Polski Lekarzy w biegu na 15 km w ramach Biegu Sokoła w Bukówcu Górnym, wielokrotny zwycięzca tego dystansu w swojej grupie wiekowej, oraz Hanna Krukowiecka, pracownik biura delegatury z ponad 30-letnim stażem, organizatorka pierwszych spotkań, wyborów, dystrybucji biuletynu, pracująca od 1990 r.

ANNA GRZESIAK

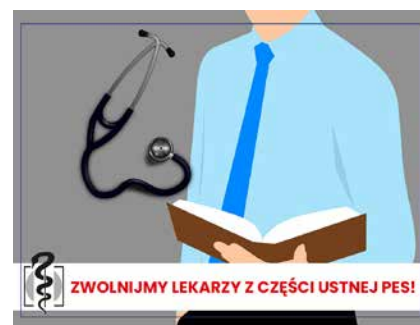
Odwołajmy część ustną PES!

Minister zdrowia nie podzielił argumentów okręgowych izb lekarskich, które apelowały o odwołanie części ustnej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w sesji wiosennej.

W obliczu trudnej sytuacji kadrowej wielu placówek w województwie, a także decyzji kierujących lekarzy do pracy przy zwalczaniu epidemii COVID-19, prezes ORL WIL Artur de Rosier postanowił zwrócić się o wsparcie do Wojewody Wielkopolskiego Michała Zielińskiego. „Wyjątkowa sytuacja z jaką mierzymy się w związku z silnym uderzeniem epidemii COVID-19 skłania do podejmowania niestandardowych

rozwiązań. W opinii Wielkopolskiej Izby Lekarskiej odwołanie ustnej części PES przyczyniłoby się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów zarówno w skali województwa, jak i całego kraju” – czytamy w piśmie przesłanym do przedstawiciela rządu w terenie.

Liczne grono lekarzy, którzy zdali już część pisemną PES, mogłoby zasilić szeregi personelu medycznego kierowanego do zwalczania epidemii COVID-19, zamiast przebywać na



urloпах szkoleniowych. WIL prosi wojewodę o prezentowanie stanowiska środowiska lekarskiego w rozmowach z ministerstwem. Izby lekarskie zapowiadają dalsze działania mające na celu jak najszybszą zmianę dotychczasowych decyzji. ■

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

Co z tym przedawnieniem?

W tym odcinku rozważań nad orzecznictwem sądów lekarskich chcemy P.T. Czytelników zainteresować stanowiskiem wyrażonym w wyroku Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 23 stycznia 2019 r. o sygn. akt I KK 13/18. Poruszono tu bowiem ważną kwestię przedawnienia. Co jednak bardziej istotne, SN zmienił dotychczasową linię orzeczniczą w tym zakresie. Ale po kolei.

Najpierw wyjaśnijmy, o co chodzi z tym przedawnieniem. Otóż w każdym postępowaniu, także w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, instytucja ta oznacza zaniechanie karania z powodu upływu wskazanego w przepisach czasu. I tak zgodnie z art. 64 ustawy o izbach lekarskich w ust. 1 nie można wszczęcia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły 3 lata. Jak stanowi ust. 2 tego przepisu, bieg przedawnienia do wszczęcia postępowania przerywa każda czynność rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Czyli, aby uniknąć przedawnienia ścigania, trzeba powiadomić rzecznika odpowiedzialności zawodowej przed upływem 3 lat od popełnienia przewinienia zawodowego. Z kolei w myśl ust. 3 art. 64 cytowanej ustawy karalność przewinienia zawodowego ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło 5 lat. Należy tu przy okazji podkreślić, że okres ten liczy się od popełnienia, a nie od momentu, kiedy np. pacjent się o tym dowiedział. I wydaje się, że wszystko powinno być jasne. Ale mamy w art. 64 także ust. 4, zgodnie z którym, jeżeli czyn stanowi jednocześnie przestępstwo, ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa, co oznacza dłuższe okresy przedawnienia karalności, a więc zamiast 5 lat co najmniej 10 lat. Do tej pory twierdzono, że ta ostatnia reguła dotyczy tylko przedawnienia karalności, a nie ścigania. Dlatego przywołane powyżej stanowisko SN jest takie istotne. Jak podkreślono w uzasadnieniu wyroku SN, „dla wykładni tych dwóch pojęć kluczowe znaczenie ma wzajemny stosunek między przedawnieniem w prawie karnym a przedawnieniem

deliktu dyscyplinarnego”. Jeśli chodzi o wzajemny stosunek między przedawnieniem w prawie karnym a przedawnieniem deliktu dyscyplinarnego, to oczywiście jest, co potwierdza zarówno konsekwentne orzecznictwo Sądu Najwyższego, jak i doktryna, że w sytuacji, gdy zarzucane przewinienie zawodowe zawiera znamiona przestępstwa, przedawnienie dyscyplinarne nie następuje wcześniej niż przedawnienie karne. Dodatkowo jedynie prawomocny wyrok sądu powszechnego skazujący za przestępstwo (a nie przekonanie sądu lekarskiego), którego znamiona zawarte są w zarzucanym przewinieniu zawodowym jest podstawą ustaleń w postępo-

Jeśli chodzi o wzajemny stosunek między przedawnieniem w prawie karnym a przedawnieniem deliktu dyscyplinarnego, to oczywiście jest, co potwierdza zarówno konsekwentne orzecznictwo Sądu Najwyższego, jak i doktryna, że w sytuacji, gdy zarzucane przewinienie zawodowe zawiera znamiona przestępstwa, przedawnienie dyscyplinarne nie następuje wcześniej niż przedawnienie karne.



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

waniu dyscyplinarnym, że przewinienie takie zawiera znamiona przestępstwa. Dalej SN stwierdził, iż brak podstaw, by uznać za trafne dotychczasowe stanowisko, że „intencją ustawodawcy było, aby zasada wyrażona w art. 64 ust. 4 odnosiła się jedynie do instytucji ustania karalności przewinienia zawodowego określonej w ust. 3, ale już nie do przewidzianej w ust. 1 tego artykułu instytucji przedawnienia do wszczęcia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy”. SN podkreślił, że jest wręcz przeciwnie. W świetle rozważań sięgających do prawnokarnego rodowodu użytych w art. 64 ustawy o izbach lekarskich pojęć, logiczna interpretacja musi prowadzić do wniosku, że przepisu tego nie stosuje się w wypadku, gdy czyn lekarza stanowi jednocześnie przestępstwo o dłuższym terminie przedawnienia karalności. Skoro stanowi się tu, że przedawnienie odpowiedzialności zawodowej następuje nie wcześniej niż przedawnienie karne, to w takiej sytuacji przepis ten odnosi się zarówno do ścigania, jak i karalności przewinienia zawodowego. W konkluzjach SN sformułował pogląd, iż gdy czyn będący przewinieniem zawodowym stanowi jednocześnie przestępstwo, przedawnienie dyscyplinarne następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa (art. 64 ust. 4). Oznacza to, że przepis ten dotyczy zarówno przedawnienia „wszczęcia postępowania” (art. 64 ust. 1), jak i przedawnienia „karalności przewinienia zawodowego” (art. 64 ust. 3). Oczywiście można z takim stanowiskiem dyskutować. Jedno jest jednak pewne. Na dziś tylko taki punkt widzenia jest obowiązujący i rzecznicy odpowiedzialności zawodowej powinni przyjąć taką wykładnię cytowanych przepisów. ■

W sprawie lekarza, którego dotyczy postępowanie

W lutowym i marcowym numerze Biuletynu Informacyjnego WIL (nr 2 i 3/2021), w cyklu „Z medycznej wokandy”, został opublikowany artykuł profesorów Jerzego Sowińskiego i Jędrzeja Skrzypczaka pt. „Lekarz, którego dotyczy postępowanie”. Należy zgodzić się z autorami, że nieokreślenie w ustawie o izbach lekarskich definicji, a przede wszystkim praw i obowiązków lekarza, którego dotyczy postępowanie, jest niedopatrzaniem ustawodawcy.

Nie można jednak zapominać, że samorząd bardzo aktywnie uczestniczył w przygotowywaniu projektu ustawy z 2009 r. Trzeba też zauważyć, że ustawodawca w przygotowanym przez samorząd projekcie dokonał wielu zmian. Sędzia Tomasz Malinowski, analizując przebieg procesu legislacyjnego, zauważył, że przepisy dotyczące lekarza, którego dotyczy postępowanie zostały włączone dopiero na ostatnim etapie procesu legislacyjnego. Spieszę to potwierdzić na podstawie bogatych notatek własnych. W NIL toczą się prace nad projektem zmian w ustawie o izbach lekarskich, podczas których powyższy aspekt był poruszany. Nie ulega jednak wątpliwości, co podkreślają autorzy, że lekarz, którego dotyczy postępowanie jest jego stroną, lecz jedynie w części etapu *postępowanie wyjaśniające*. Przed rzecznikami odpowiedzialności zawodowej stoi więc zadanie właściwej interpretacji przepisów ustawy, w której umieszczono tę „ułomną” stronę. Podkreślam, że przed rzecznikami, gdyż na etapie postępowania przed sądem lekarskim strona ta nie występuje. Sądy mogą spotkać się z opisywanym problemem jedynie podczas rozpoznawania zażaleń na postanowienia rzecznika o odmowie wszczęcia postępowania, o jego umorzeniu lub podczas obowiązkowej analizy przebiegu postępowania przed złożeniem wniosku o ukaranie. Zatem kilka uwag do dwóch artykułów wniosę na podstawie doświadczeń rzecznika i bardzo wielu dyskusji w tym zakresie z reprezentantami uczestników postępowań.

Słusznie autorzy podkreślają odmienną rolę zastosowanych w naszej ustawie od tych przyjętych w ustawie Kodeks postępowania karnego. Lekarz, którego dotyczy postępowanie w żadnej mierze nie może być przyrównywany do podejrzanego w postępowaniu karnym. Wręcz przeciwnie – w moim przekonaniu ustawodawca, mając na względzie szczególność postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jak i fakt, że prowadzącymi to postępowanie są lekarze, w dorozumiany sposób nadał lekarzowi, którego to postępowanie dotyczy szereg praw podejrzanego, nie obarczając go nazbyt wieloma obowiązkami. Do praw podstawowych należy przecież prawo do składania wniosków dowodowych, które realizować może już od dnia wszczęcia postępowania, o którym rzecznik ma obowiązek powiadomić strony postępowania. W moim przekonaniu, które stosuję w praktyce, to właśnie w postanowieniu o wszczęciu postępowania wyjaśniającego rzecznik winien zarządzać w sprawie doręczenia tego postanowienia, wskazując wprost: *lek. AB – lekarzowi, którego dotyczy postępowanie*. Tu należy wskazać, że postępowanie nie toczy się w tym momencie przeciwko lekarzowi, ale jedynie lekarza dotyczy. Takiego odpowiednika w postępowaniu karnym raczej nie znajdziemy. Trudno też zastosować ogólnie przyjmowany w postępowaniu prokuratorskim podział na fazę *in rem* i *in personam*. Byłbym

orędownikiem, aby tego podziału nie stosować. Tu trzeba przypomnieć, że rzecznik odpowiedzialności zawodowej może wszczęć postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, i je prowadzić, tylko wtedy, kiedy istnieje wiarygodne podejrzenie, że lekarz mógł popełnić przewinienie zawodowe. Nie może więc wszczynać tego postępowania jedynie z powodu nieokreślonej szkody pacjenta uczynionej np. nie przez lekarza, czyli już na wstępnym etapie – czynności sprawdzających – fakt uczestnictwa określonego lekarza powinien ustalić. Oczywiście bogactwo sytuacji, w których chcąc lub nie chcąc, lekarz się znalazł uzasadnia wystąpienie wyjątków od tej reguły i o tych wyjątkach Profesorowie piszą w I części. Bezwzględnie zatem zgadzam się ze stwierdzeniem szczególnego statusu lekarza, którego dotyczy postępowanie. Potwierdzam, że w mojej ocenie przyjęcie odmiennego rozwiązania niż w kpk jest właściwe i w pewnej mierze chroni interes prawny osoby wykonującej zawód zaufania publicznego, osoby, od której mamy prawo spodziewać się daleko posuniętej uczciwości, dążenia do ustalenia obiektywnej prawdy, a przeciwnie – nie możemy zakładać, iż na wieść o wszczęciu postępowania będzie mataczyła czy posuwała się do przekupstwa. Jestem ukontentowany, że autorzy poruszyli występujący problem płynności prowadzonych postępowań, ja dorzucę – na każdym ich etapie. Pisząc dalej o stosowanej taktyce stron postępowania, podkreślam, że wszystkim stronom, ale w moim przekonaniu w szczególności lekarzowi, którego dotyczy postępowanie, należy się postępowanie prowadzone w sposób sprawny, z pewnością, bez zbędnej zwłoki. Przekonujemy się o tym wówczas, kiedy to postępowanie właśnie nas dotyczy. Przypomnę zatem, że postępowanie wyjaśniające (do dnia umorzenia lub sporządzenia wniosku o ukaranie) powinno co do zasady trwać co najwyżej 6 miesięcy od dnia wpływu informacji. Przypomnę również, że także lekarzowi, którego dotyczy postępowanie służy zażalenie na przewlekłość postępowania wyjaśniającego.

Lektura artykułów prowadzi mnie do wniosku, że powinien nastąpić ciąg dalszy, tj. analiza uprawnień i obowiązków, które powinno się w przyszłości nadać lekarzowi, którego postępowanie dotyczy. Dzisiaj spróbuję polemizować ze stanowiskiem autorów, zapewne wynikającym z osobistych doświadczeń z etapu postępowania przed sądem, iż lekarz, którego dotyczy postępowanie może korzystać z pomocy obrońcy. W moim przekonaniu przepisy ustawy w jasny sposób definiują, kto i kiedy może formalnie korzystać z pełnomocnika procesowego i już w 2015 r. wskazywałem rzecznikom, co jest prawem strony, a obowiązkiem prowadzącego postępowanie. Odsyłam zatem do wydanego okólnika (https://nil.org.pl/uploaded_files/1579599413_okolnik-26062015-przedstawiciele-procesowi-stron-udzial-w-czynnosciach.pdf). Poza protokołem natomiast przychyliam się do rady, aby na wieść o prowadzonym w naszej sprawie postępowaniu zasięgać choćby nieoficjalnie rady lekarza, będącego naszym przyjacielem, czy też adwokata albo radcy prawnego. To przecież każdy z nas wie najlepiej, co narozrabiał lub mógł narozrabiać, jak poważne są tego skutki i jak rozległa powinna być pomoc. I co najważniejsze – jaka taktyka postępowania, już na etapie postępowania wyjaśniającego, powinna być przyjęta, a wszystko to mając na względzie zasady obowiązujące nas jako lekarzy, jako wykonujących zawód oparty na zaufaniu.

DAWKA INFORMACJI

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

Drugi CyberKnife

Marszałek Marek Woźniak uczestniczył w konferencji online organizowanej przez Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu. Konferencja pt. „Wielkopolskie Centrum Onkologii – innowacyjny ośrodek leczenia raka w Polsce. Drugi CyberKnife w Poznaniu” została zorganizowana w związku z zakupem drugiego CyberKnife’a – noża cybernetycznego służącego do leczenia najtrudniejszych przypadków nowotworów. Nowoczesny akcelerator do radioterapii został zakupiony ze środków Samorządu Województwa Wielkopolskiego (14 mln zł) i Wielkopolskiego Centrum Onkologii.

Muszę powiedzieć, że w życiu decydentów takich jak ja występują nieliczne dni, kiedy można odczuwać prawdziwą satysfakcję z tego, co się robi. Że te możliwości, które się posiada, mogą posłużyć ludziom – w tym wypadku lekarzom i pacjentom – do tego, aby pokonać te najbardziej dotkliwe skutki dla zdrowia i życia. Takim dniem jest właśnie moment, kiedy ogłaszamy zakup drugiego CyberKnife’a – powiedział marszałek Marek Woźniak.

Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu od początku swojej działalności dąży do poprawy dostępności do nowoczesnych radioterapii dla pacjentów – podkreślił prof. Julian Malicki, dyrektor Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Zwrócił także uwagę na to, że wszelkie działania dotyczące podnoszenia jakości i komfortu leczenia w Poznaniu mają na celu rozwój ośrodka w oparciu o innowacyjny sprzęt i wykwalifikowaną kadrę medyczną.

WWW.UMWW.PL

NeuroCOVID we wtorki

Z inicjatywy prof. Sławomira Michalaka i dr Joanny Rybackiej-Mossakowskiej, przy wsparciu dyrekcji, w Szpitalu im. Heliodora Świąćckiego od 13 kwietnia 2021 r. rozpoczęła działalność Poradnia NeuroCOVID.

Ze względu na częstość występowania i zakres objawów ze strony ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego występujących u osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2 dostrzeżono potrzebę opieki specjalistycznej nad tą grupą chorych. Nawet do 84% osób, które przebyły COVID-19 rozwija objawy związane z fazą ostrą zakażenia i obejmujące zaburzenia węchu i smaku, deficyty neurologiczne związane z udarem niedokrwiennym mózgu, zakrzepicą zatok żylnych mózgowia (zaburzenia mowy, niedowłady) lub autoimmunologicznymi poliradykuloneuropatiami zapalnymi (np. zespół Guillaina–Barrégo). Po przebyciu COVID-19 występują zaburzenia koncentracji uwagi, pamięci (określane jako „mgła mózgowa”, choć bardziej relewantnym polskim określeniem jest „szadź mózgowa”), bóle głowy, bóle mięśni czy też objawy neuropatii/polineuropatii. Opieka specjalistyczna zmierza do złagodzenia powyższych objawów i przywrócenia lub przynajmniej poprawy codziennego funkcjonowania znacznej grupy chorych. Chorzy mogą zgłaszać się ze skierowaniem od lekarza rodzinnego do Poradni NeuroCOVID we wtorki w godzinach od 13.00 do 16.00.

WWW.UMPEDU.PL

Chmura dla zdrowia

Asseco Poland i Chmura Krajowa ogłosiły dzisiaj (7 kwietnia 2021 r. – przyp. AP), że powołują spółkę pn. Krajowy Operator Chmury Medycznej (Chmura dla zdrowia), której celem będzie cyfryzacja służby zdrowia. Spółka będzie specjalizowała się na początek we wdrożeniach elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w chmurze. Zadbaj również o sprawne dostosowanie do regulacji prawnych i przyczyni się do standaryzacji usług informatycznych w sektorze opieki zdrowotnej.

Rozwiązanie umożliwi tworzenie, autoryzowanie, a także gromadzenie dokumentacji indywidualnej i zbiorczej, z zachowaniem najwyższych standardów bezpieczeństwa. Obecnie jednym z ważniejszych, technologicznych wyzwań w sektorze ochrony zdrowia jest zapewnienie dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej 24/7, co jest wymogiem regulacyjnym. Ważne jest, aby proces ten pod kątem przetwarzania danych pacjentów odbywał się w sposób wysoce bezpieczny i by możliwa była integracja pomiędzy świadczeniodawcami a systemami centralnymi, zarządzanymi przez Ministerstwo Zdrowia – podkreślił Krzysztof Groyecki, wiceprezes Asseco Poland.

BED., WWW.INTERIA.PL

Na wstępnym etapie

W tymczasowym szpitalu na Międzynarodowych Targach Poznańskich 30 marca zabrakło tlenu dla pacjentów, 12 chorych przewieziono do innej lecznicy. Na zwołanej tego samego dnia konferencji prasowej poinformowano, że tlen został zamówiony zbyt późno. Wojewoda wielkopolski skierował do prokuratury zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa narażenia życia i zdrowia pacjentów. W związku z incydentem w placówce dyscyplinarnie zwolnieni zostali wicedyrektor ds. technicznych i pracownik odpowiedzialny za zamawianie tlenu.

Rzeczniczka prasowa Prokuratury Regionalnej w Poznaniu prok. Anna Marszałek przekazała w poniedziałek (12 kwietnia 2021 r. – przyp. AP) informację, że w sprawie wydarzenia, do którego doszło 31 marca wszczęto postępowanie prowadzone pod kątem narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu oraz nieumyślnego spowodowania śmierci. *Przeprowadzono jak dotąd sekcje zwłok sześciu osób. Wyników jeszcze nie ma. Planowana jest jeszcze jedna sekcja zwłok. Postępowanie jest na wstępnym etapie. Prokuratura analizuje zebrany do tej pory materiał dowodowy i na tej podstawie będzie podejmować decyzje w sprawie ewentualnego zlecenia dalszych czynności, np. powołania biegłych – powiedziała Anna Marszałek.*

MONIKA STELMACH, WWW.TERMEDIA.PL

Kompleksowo

Do 5 maja 2021 r. trwa nabór specjalistycznych placówek, które zaczną realizować nowy model opieki nad pacjentami z nowotworem jelita grubego. Najważniejsza zmiana polega

na tym, że leczenie pacjenta będzie koordynowane począwszy od diagnostyki, przez leczenie, wsparcie psychologiczne, skończywszy na monitorowaniu jego stanu po przebytej chorobie nowotworowej.

Wprowadzamy model kompleksowej opieki onkologicznej dla pacjentów z nowotworem jelita grubego – mówi wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski. W 2019 roku zaczęliśmy wprowadzać skoordynowany model opieki onkologicznej, uruchamiając pierwsze wyspecjalizowane jednostki Breast Cancer Units, czyli placówki, w których pacjentki z rakiem piersi mają zapewnioną diagnostykę, leczenie, rehabilitację oraz wsparcie psychologiczne. Teraz z takiej kompleksowej opieki będą mogli skorzystać pacjenci z nowotworem jelita grubego, ale to nie koniec. Pracujemy nad opracowaniem modelu kolejnych Cancer Units: dla nowotworów złośliwych płuc, a także nowotworów ginekologicznych i urologicznych.

Kompleksową opieką nad pacjentami zajmą się specjalistyczne placówki. W jednostkach odpowiedzialnych za koordynację procesu diagnostycznego i terapeutycznego zostaną wyznaczeni koordynatorzy, których zadaniem będzie nadzór nad planem diagnostyki i leczenia danego pacjenta. To do koordynatora będzie należało np. ustalanie terminów wizyt i zabiegów, dzięki czemu pacjent szybciej powinien otrzymać konieczną pomoc.

WWW.MZ.GOV.PL

Rosła skokowo

Depresje i zaburzenia zachowania – dane ZUS potwierdzają informacje dotyczące psychicznych skutków koronawirusa. Pod tym względem liczba zwolnień rosła skokowo. Łącznie lekarze wystawili w 2020 r. 1,5 mln zaświadczeń z tytułu zaburzeń psychicznych na 27,7 mln dni absencji w pracy. Relatywnie duży udział w nich (ponad jedna czwarta) mają przypadki depresji. Lekarze wystawili na tej podstawie 385,8 tys. na łączną liczbę 7,8 mln dni.

Nie powinno dziwić, że w sytuacji pandemicznej następuje wzrost zaburzeń psychicznych, szczególnie depresyjnych, w których czynniki stresowe często jest językiem spustowym czy wyzwalaczem choroby. Zrozumiałe, że w sytuacji przewlekłego stresu, deprywacji finansowej czy wobec śmierci bliskich, czy przewlekłej choroby takie sytuacje się zdarzają – podkreśla konsultant krajowy ds. psychiatrii prof. Piotr Galecki. Podobnie jak w przypadku całej kategorii zwolnień z tytułu zaburzeń psychicznych i zachowania, także w przypadku depresji są duże wzrosty liczby zwolnień i dni absencji – odpowiednio o 21,3 proc. i 30,4 proc., porównując rok 2020 do 2019.

TOMASZ ŻÓŁCIAK, GRZEGORZ OSIECKI

WWW.GAZETAPRAWNA.PL

Więcej skarg

W 2020 r. ze wszystkich 741 skarg skierowanych do wielkopolskiego NFZ 176 dotyczyło wyłącznie realizacji świadczeń związanych z COVID-19. Przez pierwsze trzy miesiące 2021 r. takich zgłoszeń było niemal tyle, co przez cały poprzedni rok, bo 147. To już blisko 60 proc. wszystkich zgłoszeń w tym roku.

W 2020 r. niemal podwoiła się liczba skarg związanych z podstawową opieką zdrowotną, z 96 na 186 zgłoszeń. W zeszłym roku 156 pacjentów zgłaszało trudność z dostępem do lekarza, w tym przede wszystkim: odmowę udzielenia świadczeń, brak kontaktu telefonicznego lub bezpośredniego czy wyznaczanie zbyt odległych terminów. Pozostałe skargi dotyczyły m.in. jakości opieki.

W tym roku do końca marca na świadczenia udzielane przez lekarza POZ wpłynęło już 36 skarg. Problematyczna jest również opieka zdrowotna w nocy i podczas świąt. W zeszłym roku do WOW NFZ dotarło 15 skarg na świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, a w tym do tej pory 6.

ALICJA DURKA, WWW.GLOSIELKOPOLSKI.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.

TATARZY GRZEBIĄ ZMARŁYCH, dopiero po upływie dni trzech; grób jest płytki, a głowa zmarłego nad nim wystaje. Krewni i przyjaciele odwiedzają go przez dni kilka z rzędu, chcąc się o jego śmierci zapewnić, co trwa póty, póki zgnilizna wszelką w tym względzie uchyli wątpliwość. Są ludy, które swych zmarłych suszą na powietrzu i nie wprzódy grzebią, aż z nich same tylko pozostaną szkielety. Inne zakopują zmarłych do śniegu. Inne nie grzebią dziątek, w pierwszym roku życia zeszyłych ze świata. Zawieszają drobne ich zwłoki na drzewach, i o nie więcej się nie troszczą.

„Tygodnik Lekarski” 1855, IX, 262

W KRYTYCE LEKARSKIEJ występuje w artykule Specjalizacja dr. A. Wrzosek przeciw zbyt szerokiemu i drobiazgowemu specjalizowaniu się praktyki lekarskiej. Specjalizacja rozpoczyna się już na uniwersytecie i, zdaniem autora, więcej krzywdy niż pożytku przynosi. Przy szpitalach w celach naukowych mogą i powinny istnieć osobne kliniki, natomiast obecny stan medycyny nie usprawiedliwia istnienia zbyt drobiazgowo pojmowanych specjalistów (od chorób płuc, serca, żołądka, wątroby itd.) »Mogą oni nawet czasem przynieść szkodę, gdyż starając się w każdym chorym, szukającym ich porady, odnaleźć przedewszystkim przedmiot swej specjalności, przeoczać mogą inne stany chorobowe, daleko więcej zagrażające zdrowiu chorego, niż te, które oni leczą.

„Nowiny Lekarskie” 1900, XII, 108

Kasa online obowiązkiem już od wakacji

Lekarze i lekarze dentyści świadczący usługi w ramach indywidualnej praktyki już od 1 lipca będą musieli zainstalować w swoich gabinetach kasy online.

Sprzedaż usług nie będzie mogła być już ewidencjonowana na starych typach kas, takich jak kasy z papierowym zapisem kopii czy kasy elektroniczne (z elektronicznym zapisem kopii), nawet wówczas, gdy zostały nabyte niedawno i są w pełni sprawne.

Konieczność wymiany kasy na kasę online będzie się łączyła nie tylko z jednorazowym wydatkiem. Nowe kasy będą generowały stałe comiesięczne koszty związane z podłączeniem kasy do sieci internetowej i obciążały użytkowników do stałego zapewnienia tego połączenia.

Ponadto od 1 lipca 2021 r. również inni podatnicy będą musieli zainstalować kasy online. Będą to podmioty, które świadczą usługi fryzjerskie, kosmetyczne, kosmetyczniczne, budowlane, prawnicze oraz związane z działalnością obiektów służących poprawie kondycji fizycznej.

Wprowadzenie w jednym terminie dla tak dużej grupy podatników obowiązkowej instalacji kas online może spowodować komplikacje z zakupem, szczególnie pod koniec czerwca 2021 r., przy równoczesnym zmniejszeniu dostępności najtańszych produktów. Posiadanie kas online będzie powodowało zwiększenie możliwości kontroli podatników ze strony organów skarbowych. Wszelkie informacje o przerwach w użytkowaniu kasy rejestrującej, wartości dokonanej sprzedaży, zakresie wykonywanych czynności czy też dokonanych przeglądach technicznych kasy rejestrującej będą dostępne dla organów podatkowych. Równocześnie niektóre czynności związane z obsługą kas będą uproszczone, np. proces fiskalizacji, wymiany kasy rejestrującej, zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej czy też możliwość wydawania tzw. e-paragonów.



Fot. istockphoto

Wszystkie kasy rejestrujące online mają również funkcję podawania NIP nabywcy, co przy niewielkich kwotach transakcji upraszcza proces dokumentowania sprzedaży na rzecz podmiotów gospodarczych. Zamiast wystawiania pełnej faktury, wystarczy wystawić paragon z NIP nabywcy.

Należy również pamiętać o możliwości zwrotu z urzędu skarbowego kwoty 700 zł na zakup każdej kasy rejestrującej online. Możliwość ta jest jednak uzależniona od spełnienia warunków wskazanych przez ustawodawcę, w tym od nabycia kasy online przed 1 lipca 2021 r.

WOJCIECH ZAJĄCZKOWSKI, <https://wzajaczkowski.pl>

ZACHĘCAMY DO UDZIAŁU W SZKOLENIU DOTYCZĄCYM KAS ONLINE

Wydarzenie odbędzie się
19 maja w godz. 18.00–20.00
za pośrednictwem platformy Microsoft Teams.

Uczestnicy będą mieli też możliwość indywidualnej konsultacji z prowadzącym.
Szczegóły na stronie internetowej wil.org.pl.

Prawie 200 zł za osobodzeń

Ministerstwo Zdrowia informuje, że gotowy jest program kompleksowej rehabilitacji pacjentów po COVID-19. Kuracja ma trwać 2–6 tygodni, a pacjentom zagwarantuje się opiekę lekarską, pielęgniarską i wsparcie psychologiczne.

Dzięki rehabilitacji pacjenci, którzy chorowali na COVID-19, znacznie poprawią swoją sprawność oddechową. Zwiększą wydolność wysiłkową i krążeniową. Szybciej powrócą do pełnej sprawności. Rehabilitacja pozytywnie wpłynie również na ich kondycję psychiczną. Do programu będzie można dołączyć do 12 miesięcy od zakończenia leczenia związanego z COVID-19. Uczestniczą w nim placówki, które mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym lub w leczeniu uzdrowiskowym i są ujęte w wykazie podmiotów udzielających świadczeń covidowych.

„Lekarz – czytamy na stronie www.mz.gov.pl – podejmie decyzję o skierowaniu pacjenta do programu na podstawie wyników kilku badań: RTG klatki piersiowej z opisem wykonanej po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby, aktualnej

morfologii, OB, CRP (białko ostrej fazy), EKG wykonanego po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby COVID-19. (...) Rehabilitowany pacjent może liczyć na minimum 96 zabiegów fizjoterapeutycznych. Ma prawo do konsultacji z personelem medycznym oraz może skorzystać z profesjonalnej terapii psychologicznej. Każda placówka uczestnicząca w programie zapewnia pacjentom również badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne, które są niezbędne do uzyskania najlepszych rezultatów programu leczenia.

Kiedy będzie wiadomo, że rehabilitacja przynosi efekty? Przez cały okres rehabilitacji pacjent jest pod opieką lekarską i pielęgniarską. Personel medyczny stale kontroluje postępy w powrocie pacjenta do pełni sprawności po przebytej chorobie. O tym, czy pacjent dochodzi do pełni sił dzięki rehabilitacji, decyduje porównanie wyników badań i testów, które przeprowadza się na początku i na zakończenie leczenia”.

Koszty rehabilitacji pokrywa NFZ, płacąc prawie 200 zł za osobodzeń. Świadczenia będą finansowane na podstawie sprawozdań i rachunków składanych przez realizatorów programu do właściwych oddziałów wojewódzkich funduszu. (pik)



Autor po II szczepieniu na COVID-19

SHORT CUTS

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

Inkwizycja, czy jednak „Warto rozmawiać”

Wzasadzie nie miałem zamiaru po raz kolejny zajmować się problemami wywołanymi przez epidemię COVID-19, ponieważ są Państwo bombardowani informacjami na ten temat ze wszystkich stron, a większość z nas styka się z osobami, które przechorowały już tę infekcję lub aktualnie na nią chorują, oraz doświadcza niedogodności różnych restrykcji nałożonych i egzekwowanych przez władze. Dlatego dla higieny psychicznej majowy tekst miał być poświęcony nadchodzącym wakacjom, podróżom z nimi związanym i tym podobnym imponderabliom. Niestety – dla Państwa – stanie się inaczej.

Pierwszy impuls do zmiany tematu dała mi dyskusja na ostatnim posiedzeniu Rady Okręgowej dotycząca formy, w jakiej ma się odbyć kolejny Okręgowy Zjazd Lekarzy. Na kanwie dyskusji, czy ma to być tradycyjne spotkanie „na żywo”, czy też jakaś forma – uwaga! modne słowo – hybrydowego spotkania, czyli część delegatów jest na sali, a część uczestniczy w zjeździe za pomocą aplikacji umożliwiających zdalne uczestnictwo. Czy też może po prostu całkowicie zdalne przegłosowanie przedstawionych uchwał, tak jak to było jesienią 2020, oczywiście bez możliwości jakiegokolwiek dyskusji czy na temat tych uchwał, czy też innych problemów dotyczących lekarzy i ochrony zdrowia. Jak zapewne się Państwo domyślicie, a niedomyślni przeczytali w sprawozdaniu z Rady Okręgowej, Rada w głosowaniu postanowiła, choć niejednogłośnie, że kolejny już OZL ograniczy się tylko do internetowego przegłosowania koniecznych uchwał. Tak na marginesie – minął rok pandemii i naczelne władze Izby Lekarskiej nie zaproponowały innego sposobu zatwierdzania tych uchwał, przynajmniej w czasie takich ograniczeń, jakie obecnie mamy. Ale wróćmy do dyskusji o epidemii i ograniczeniach z nią związanych. Na moją uwagę, że może warto by zacząć tę infekcję koronawirusową traktować jak każdą inną, bez dewastowania gospodarki i życia ludziom, że może warto posłuchać innych naukowców czy lekarzy niż ci, którzy występują w mediach głównego nurtu, a którzy mają tylko jedną narrację, *notabene* zwykle niepodpartą żadnymi argumentami. Jako przykład takiego lekarza prezentującego odmienne podejście podałem wypowiedzi pulmonologa prof. Piotra Kuny z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w których tłumaczy, uzasadniając swoje argumenty wynikami badań naukowych, dlaczego obecne postępowanie władz oraz różnych instytucji jest niewłaściwe, a czasami wręcz szkodliwe, i że przyniesie negatywne efekty zdrowotne w przyszłości. W odpowiedzi usłyszałem z ust lekarzy pracujących w tzw. szpitalach covidowych, że zapraszają mnie na dyżur. Jest to, niestety, bardzo częsty i demagogiczny argument osób, które nie chcą zauważyć, że istnieje inna

rzeczywistość poza chorymi na COVID-19 i w tej rzeczywistości też ludzie chorują i umierają, i to niestety częściej (co wynika z oficjalnych statystyk). W końcu te nadmiarowe zgony nie wzięły się znikąd, tylko w dużej części są efektem widzenia ochrony zdrowia z perspektywy zachorowań na COVID-19 i psychozy strachu wytworzonej przez polityków, media i niestety także całkiem sporą grupę lekarzy, której zresztą psychozie ci ostatni także często ulegają. Jak napisałem, to był pierwszy impuls. Drugi pojawił się w sobotę po południu, kiedy ktoś ze znajomych podesłał mi link do programu Jana Pospieszalskiego „Warto rozmawiać”, który nadawany był 12 kwietnia w telewizji publicznej, a której nie mam zwyczaju oglądać. Tym razem jednak okazało się, że warto było posłuchać, ponieważ zostały zaprezentowane i poparte uzasadnieniami poglądy lekarzy stojące w opozycji do oficjalnie głoszonych, mało tego – atakujące ministra zdrowia i premiera za sposób walki z epidemią. Po pierwszym szoku, że takie teksty padły w TVP, pomyślałem, że jest to kolejny etap kopania się po kostkach przy użyciu mediów przez różne frakcje w koalicji rządzącej. Jak się można było spodziewać, program spotkał się z oburzeniem ze strony polityków koalicji rządzącej, w tym poseł Joanny Lichockiej, która wystosowała protest do prezesa telewizji publicznej. Z pewnym zdziwieniem zauważyłem na screenie z Twittera postanki list prezesa NRL aprobujący jej opinię o programie, choć w przeszłości „popisała” się słynnym gestem, pokazującym, jakie ma priorytety i gdzie w domyśle ma pacjentów i lekarzy. Jak się okazało było to tylko preludium, bowiem 21 kwietnia na listę mailingową KZL Dział Mediów i Komunikacji NIL przesłał korespondencję prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w związku z programem „Warto rozmawiać”. Oprócz wspomnianego wcześniej listu do postanki Lichockiej, napisanego już po emisji programu, były załączone dwa inne listy. Jeden był skierowany do ministra zdrowia, drugi do ministra sprawiedliwości. Oba były napisane przed emisją programu i były najwyraźniej antycypacją tego, co miał program zawierać, opartą jedynie na niektórych wcześniejszych wypowiedziach bądź aktywnościach osób, których udział najwyraźniej prezes przewidywał w programie, ponieważ do programu zaproszono także Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w związku z wszczętymi postępowaniami wobec lekarzy, którzy pozwolili sobie mieć odrębne zdanie od powszechnie obowiązującej narracji. NROZ nie przyjął zaproszenia, informując, że nie komentuje postępowania, co zresztą jest jego „zbójnickim” prawem, jednakże stracono być może okazję do wyjaśnienia, na czym polega praca rzecznika na tym etapie, bez zagłębiania się w szczegóły. No, ale stało się – okazja przeszła, niesmak pozostał, ▶

► ponieważ, jak się Państwo domyślacie, brak przedstawiciela NIL, a zastąpienie go tylko listem, nie spotkał się z pozytywnym komentarzem prowadzącego. Ale wróćmy do listów – niestety – widać w nich jakąś obsesję na temat ruchów antyszczepionkowych i kwalifikowania każdego, kto ma śmiałość mieć odmienne zdanie od oficjalnej linii jako „antyszczepionkowca”. Pod tym pretekstem prezes Matyja domagał się od ministra zdrowia wpłynięcia na media publiczne – czytaj: wydawcę programu „Warto rozmawiać”, by nie „poszukiwali sensacji” i nie „relacjonowali poglądów istotnie odbiegających od aktualnego stanu wiedzy medycznej”, czyli *de facto* prezes NRL wzywał do cenzury prewencyjnej. Jeszcze większe moje zdziwienie (i nie tylko, ale o tym potem) wywołał list do ministra sprawiedliwości. Pomijam już osobę adresata, o którym powiedzieć, że jest wrogo nastawiony do lekarzy, to nic nie powiedzieć. Najbardziej jednak bulwersujący jest apel zawarty w nim, a postulujący „podjęcie działań, w tym o charakterze legislacyjnym, które miałyby na celu skuteczne ograniczenie negatywnego zjawiska polegającego na szerzeniu dezinformacji na temat koronawirusa, publicznym podważaniu zasadności przestrzegania nakazów i zakazów ustanowionych na czas stanu epidemii i kwestionowania bezpieczeństwa przeprowadzanych obecnie w Polsce szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2”. To już jest horrendum. To nie tylko wezwanie do cenzury prewencyjnej, ale wręcz kneblowanie dyskusji i to dyskusji naukowej. Muszę powiedzieć, że nie spodziewałem się, że doczekam czasów, kiedy takie postulaty będzie wysuwał nie jakiś nawiedzony polityk partii rządzącej, ale prezes naszej korporacji, lekarz i naukowiec z tytułem profesora. Listy prezesa Matyi, jak już wcześniej wspominałem, zbulwersowały nie tylko mnie, choć muszę powiedzieć, że jestem zawiedziony mikrym odzewem na stronie KZL, gdzie bardziej błahe tematy były szeroko komentowane. No, ale może to efekt szoku i koledzy jeszcze się rozpiszą. Wracając do postów na liście KZL, w sedno tematu trafił dr Tomasz Marczyk. Z jego

wpisu pozwolę sobie zacytować wypowiedź RPO, który stwierdził: „Swoboda wypowiedzi i prawo do krytyki władzy jest nieodzownym elementem funkcjonowania demokratycznego społeczeństwa”. Innym cytatem, który warto przypomnieć, a który przytoczył dr Marczyk, jest definicja wolności słowa, sformułowana przez Noama Chomsky’ego: „Jeśli wierzysz w wolność słowa, to wierzysz w wolność głosu poglądów, które ci się nie podobają. Goebbels był zwolennikiem wolności wygłaszania poglądów, które mu się podobały. Stalin też. A jeśli ty jesteś za wolnością słowa, to znaczy to, że jesteś za wolnością wygłaszania dokładnie tych poglądów, których nienawidzisz”.

Niestety tępienie odmiennych poglądów jest pokusą reżimów totalitarnych – mam nadzieję, że nasza Izba nie zmierza w tym kierunku, bo to byłby początek jej końca. Zamiast ścigać osoby tylko dlatego, że zdarzyło im się powiedzieć, napisać bzdurę lub tylko podpisać pod listem je zawierającym, może jednak warto rozmawiać. Może Naczelna Rada Lekarska oraz jej prezes zamiast tracić energię na działania, które im chluby nie przynoszą, zorganizowałyby dyskusję naukową, gdzie doradcy medyczni premiera uzasadniliby swoje stanowisko, i to nie na zasadzie widzimisię, tylko twardymi danymi naukowymi, a druga strona negująca czy tylko krytykująca postępowanie władz przedstawiłaby swoje zdanie, podpierając stosownymi argumentami naukowymi. Myślę, że takie działanie przyniosłoby więcej pożytku niż wymuszany przez państwo posłuch dla jedynie słusznych poglądów, które być może za jakiś czas okażą się herezją. A że nie jest to tylko problem Polski, świadczą dyskusje w różnych państwach Europy. Niestety dyskusje te są w mniej lub bardziej brutalny sposób pacyfikowane. I to budzi sprzeciw oraz podejrzenia, że rzeczywistość jest jednak inna, niż próbuje się ją nam sprzedać. Może więc jednak WARTO ROZMAWIAĆ, zamiast palić przeciwników na stosach współczesnej inkwizycji.

Rozważania spisane w Poznaniu 22 kwietnia 2021 r.

*KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

Wspomnienie o dr Wandzie Kowalewskiej-Piątek

15 lutego 2021 r. odeszła od nas dr Wanda Kowalewska-Piątek – oddany lekarz, życzliwy pacjentom, koleżanka i przyjaciel.

Wanda miała dużą łatwość nawiązywania kontaktów i zjednywania sobie ludzi.

Ukończyła Wydział Lekarski Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Absolutorium uzyskała w 1960 r., a dyplom lekarza w 1962 r.

W czasie studiów pełniła funkcje społeczne, przez cały czas była starościna grupy, współpracując z władzami uczelni i reprezentując studentów. Po studiach podjęła pracę w Szpitalu im. Franciszka Raszei w Poznaniu, w którym uzyskała specjalizację z położnictwa i ginekologii oraz medycyny przemysłowej. Pracowała tam aż do emerytury w 2001 r. W latach 1984–1988 wyjechała na kontrakt do Libii.



Po przejściu na emeryturę nadal pozostawała aktywna. Do końca swoich dni pracowała w ZOZ MEDYK w Poznaniu. Była zaangażowana w prace Komisji ds. Emerytów i Rencistów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Była inicjatorką i organizatorką 60. rocznicy uzyskania dyplomu, angażując w to przedsięwzięcie wiele koleżanek i kolegów z naszego roku. Przy okazji pragnęła dać szansę odświeżenia dawnych znajomości i przyjaźni.

Niestety z powodu pandemii spotkanie jubileuszowe zostało odwołane. Wanda była przekonana, że prędzej czy później spotkanie dojdzie jednak do skutku... Niestety choroba pokrzyżowała Jej plany...

Wandę zapamiętamy jako wspaniałego lekarza i oddanego przyjaciela, człowieka niezwykle serdecznego i życzliwego ludziom.

Anna Serafinowska, Władysław Manikowski

Podejmę współpracę z **LEKARZEM**
w celu pełnienia dyżurów lekarskich w oddziale szpitalnym.
Specjalizacja nie jest wymagana, mile widziany również lekarz emerytowany.
W ramach umowy oferujemy bezpłatną możliwość korzystania
z gabinetu lekarskiego w celu udzielania świadczeń zdrowotnych.
Czas pracy oraz wynagrodzenie do uzgodnienia. Tel. kontaktowy 602 213 464

Praca w POZ. Wielkopolska, Powiat Kolski
W pełnym wymiarze, godzinowo lub na zastępstwa
Mieszkanie służbowe. Tel. 509 779 124

(ZA)BIEGANIE 1.0



13.05 2021

IFMSA-Poland     WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

SPORT TO ZDROWIE. POBIEGNIJMY RAZEM!

**Pokonanie min. pięciu kilometrów.
Bieganiem, marszem, nordic walking, na rowerze lub na rolkach.
13 maja o dowolnej porze dnia.**

Takie wyzwanie stanie przed uczestnikami wydarzenia „(ZA)BIEGANIE 1.0” organizowanego przez poznański oddział Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland we współpracy z Wielkopolską Izbą Lekarską w ramach Dnia Sportu na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu.

Do udziału zachęcamy pracowników ochrony zdrowia, pracowników oraz studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz wszystkich zainteresowanych!

Szczegóły na stronie wil.org.pl/zabieganie/

ZAPISY DO 9 MAJA!

W dniu 09 kwietnia 2021 zmarł
nasz wieloletni Pracownik
dr MACIEJ SIKORSKI
całe zawodowe życie związany z medycyną pracy.
W latach 1975–1995 ordynator Oddziału Chorób
Zawodowych i Ośrodka Toksykologicznego w Poznaniu

**Rodzinie i bliskim składamy
wyrazy współczucia**

Dyrekcja i Pracownicy
Wielkopolskiego Centrum Medycyny Pracy

BEZ WIZYTY W URZĘDZIE SKARBOWYM
WYSTARCZY JEDEN TELEFON

KASY FISKALNE ONLINE DLA LEKARZY

OFERUJEMY:

- Zaprogramowanie nowej kasy
- Rozliczenie obecnie używanego urządzenia
- Pomagamy w ubieganiu się o zwrot kwoty 700 PLN
- Dojeżdżamy do klienta



POZNAŃ
ul. FABRYCZNA 1

61 661 99 00

biuro@partner.poznan.pl

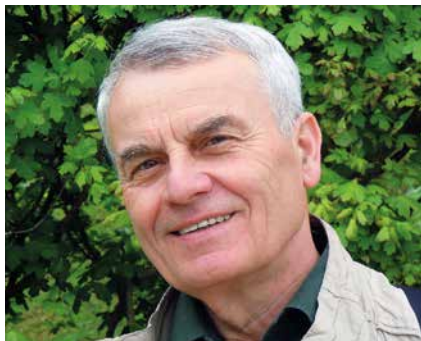
PARTNER

Kwiecień 2021 w izbie

- 06 kwietnia posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 12 kwietnia kurs w formie wideokonferencji dla lekarzy w trakcie specjalizacji „Ratownictwo medyczne” – I dzień
- 13 kwietnia kurs w formie wideokonferencji dla lekarzy w trakcie specjalizacji „Ratownictwo medyczne” – II dzień
- 14 kwietnia posiedzenie Komisji ds. Konkursów w trybie obiegowym – rozpoczęcie zajęcia warsztatowe – kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – III dzień
- 14 kwietnia posiedzenie Komisji ds. Kształcenia Medycznego z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 14 kwietnia posiedzenie Komisji ds. Rejestru Lekarzy WIL
- 14 kwietnia posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej
- 15 kwietnia kurs w formie wideokonferencji dla lekarzy stażystów „Orzecznictwo” – I dzień
- 15 kwietnia zajęcia warsztatowe – kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – IV dzień
- 15 kwietnia posiedzenie komisji specjalnej I
- 15 kwietnia posiedzenie komisji specjalnej II
- 15 kwietnia kurs w formie wideokonferencji dla lekarzy stażystów „Orzecznictwo” – II dzień
- 16 kwietnia zajęcia warsztatowe – kurs specjalizacyjny „Ratownictwo medyczne” – V dzień
- 16 kwietnia kurs w formie wideokonferencji dla lekarzy stażystów „Orzecznictwo” – III dzień
- 16 kwietnia kurs on-line dla lekarzy dentyistów „Skuteczność leczenia endodontycznego”
- 17 kwietnia posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 17 kwietnia posiedzenie ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 20 kwietnia posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 21 kwietnia posiedzenie Komisji Bioetycznej z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 21 kwietnia posiedzenie Komisji Okręgowej Komisji Wyborczej w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 23 kwietnia kurs on-line „Szczepienia ochronne” – I dzień
- 23 kwietnia kurs on-line „Szczepienia ochronne” – II dzień
- 24 kwietnia wynajem sali na spotkanie zewnętrzne
- 25 kwietnia wynajem sali na spotkanie zewnętrzne
- 27 kwietnia posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- poniedziałki kursy językowe
- środy spotkania Zespołu Kameralnego WIL

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



KAWKA NA ŁAWCE

W lutym, w parku, na skraju ławki
 Siadły dwie miejskie, czarne, kawki,
 By wypić czarną, rzecz jasna, kawkę
 (choć jedna z nich miała czkawkę).
 Pijąc aromatyczną, gorącą, kawę,
 Jęły omawiać poważną sprawę,
 Którą od dawna chciały poruszyć,
 Ponieważ kawkom chodziło o fusy!
 I rzekła kawka do drugiej kawki,
 Która nie mogła przerwać czkawki:
 Każde cappuccino, irish, latte,
 Americano, espresso, macchiato
 Zostawia odpad fusami zwany
 O właściwościach dobrze znanych,
 Co różnym celom może służyć.
 I tak: można z fusów powróżyc,
 Do mycia grilla też użyć można,
 Czyszczenia garów oraz różna,
 Nawóz dla domowych kwiatków
 Zrobić i ogrodowych bratków,
 Do peelingu wklepać maseczkę,
 Aby wypięknąć chociaż troszeczkę...
 Na to czkająca kawka jej dopowiedziała:
 Niedawno, było to we Lwowie,
 Odkryto fusów własności nowe (hep!),
 Bo ponoć są one antypoślizgowe!
 I mają (hep!) lwowianie niezłe wyniki,
 Na śliskie sypiąc je (hep!) chodniki:
 Gdy upadniesz i gnat tobie trachnie,
 (hep!) to arabica pięknie zapachnie,
 A kiedy woń rozsiewa robusta (hep!),
 Wnet do uśmiechu składają się usta.
 Jeśli ci wówczas z oczu łzy popłyną,
 To nie z bólu, a z tęsknoty za kafeiną.
 (hep!)



BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.



**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, Andrzej Piechocki,
 Przemysław Ciupka

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.



Centrum Medyczne w Kórniku
(20 minut z Poznania drogą ekspresową S11)
poszukuje do współpracy

**LEKARZY
MEDYCyny
RODZINNEJ,
INTERNISTÓW,
PEDIATRÓW**

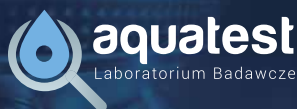
w ramach kontraktu z NFZ
na preferencyjnych
warunkach finansowych
tel. 501 271 860

Zatrudnię

ORTODONTĘ

**Gabinet prywatny
w centrum
Poznania
Baza
pacjentów**

600 44 88 64



Posiadasz autoklaw?
Nasza usługa jest dla Ciebie!

Analizę testu Sporal
**wykonasz zdalnie
bez opuszczania gabinetu**

Aquatest
Laboratorium Badawcze
ul. Chmielna 2/31
00-020 Warszawa



Oddział Badania
Procesu Dekontaminacji
ul. Nowa 29
62-052 Komorniki

Tel.: 507 240 507 www.aquatest.pl biuro@aquatest.pl

Centrum Medyczne w Kórniku
(20 minut z Poznania drogą ekspresową S11)
poszukuje do współpracy

LEKARZY następujących specjalizacji:

- ORTOPEDA, DERMATOLOG,
- PULMONOLOG, DIABETOLOG,
- REUMATOLOG, ENDOKRYNOLOG,
- MEDYCINA PRACY,
- ONKOLOG NEUROLOG DZIECIĘCY,
- UROLOG DZIECIĘCY,
- PSYCHIATRA DZIECIĘCY

na preferencyjnych warunkach finansowych

Posiadamy dobrze wyposażoną i nowoczesną salę zabiegową,
oraz doświadczony personel pielęgniarski.

Każdy kto zgłosi pomysł na zabiegi ambulatoryjne,
zabiegi jednego dnia, także w znieczuleniu ogólnym,
(zabiegi/badania endoskopowe, np. gastroskopia,
endoskopia etc.)

jest u nas mile widziany

**Zapraszamy do kontaktu
Tel. 501 271 860**

NEURORADIOLOGIA W PRAKTYCE KLINICZNEJ

12-14 MAJA 2021 R.

KIEROWNICTWO NAUKOWE
prof. dr hab. n. med. Jerzy Walecki
prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak



DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

17-18 MAJA 2021

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



XI KONFERENCJA GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO NOWE TRENDY ONLINE

21-22 maja 2021 r.

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



KONTROWERSJE I POSTĘPY W REUMATOLOGII KRAKÓW 2021

27-29 MAJA 2021

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR

