

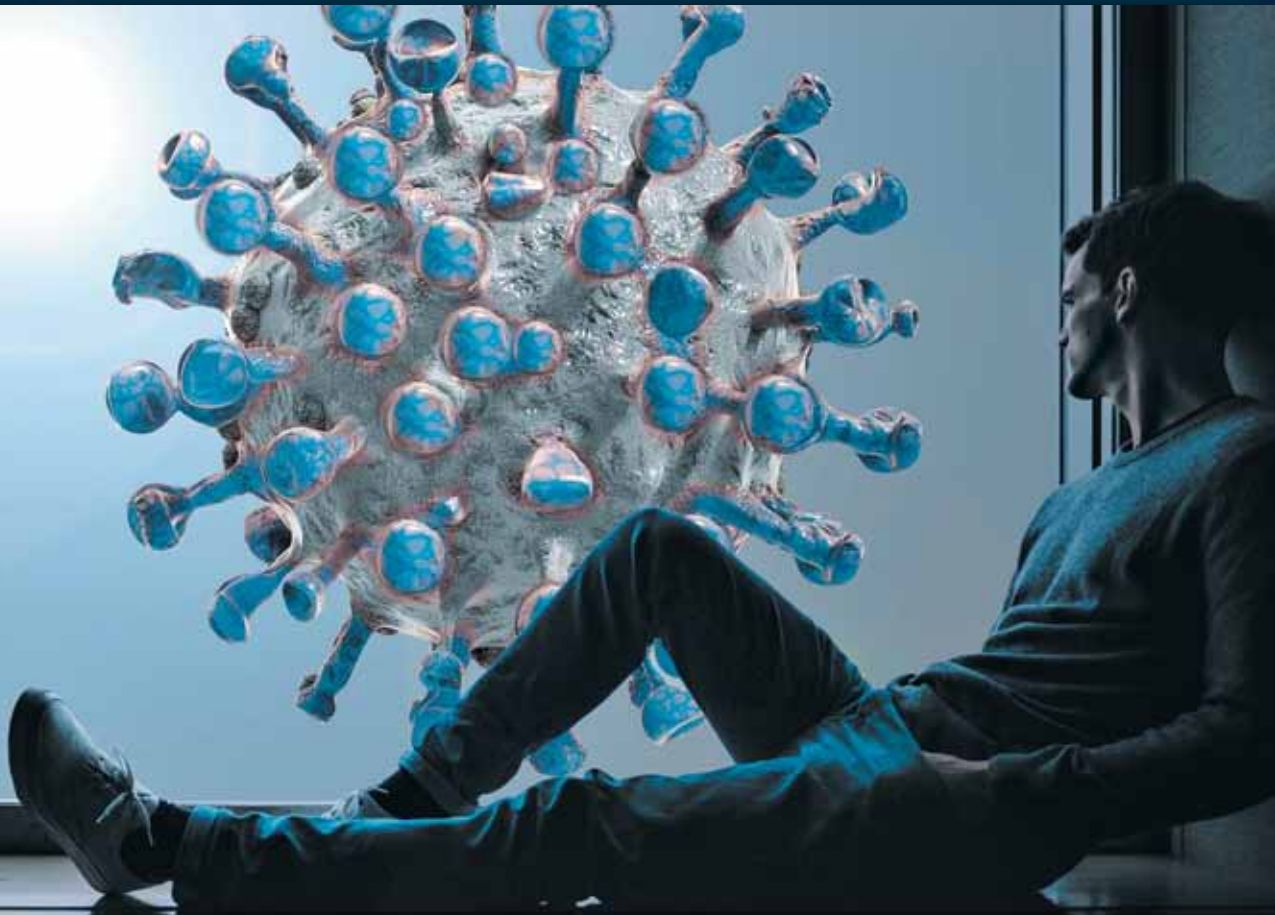


Nr 4/2020 (356) kwiecień 2020

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



KORONAWIRUS GDZIE JESTEŚMY?

- Słowo prezesa DRL do członków DIL, s. 6
- Jak się zabrać za pokonanie wirusa?, s. 8
- Najwyższa pora na panikę, s. 14
- Korono-panika? Infodemia? Perspektywa socjologiczna, s. 16
- Nasze akcje pomocowe, s. 7 i 21
- Pandemia wirusa czy pandemia strachu?, s. 19


elmedes

 mgr inż. Andrzej Białek
 Norweska 25 C, Wrocław

elmedes.pl, DentaFlex.pl, saeshin.pl, stomatologiczny.eu.

601415151

601058819

605956807


DentaFlex Marina

DentaFlex

**Kompresory
i systemy ssania**

**Mikrosilniki SAESHIN
ELMEDEQ**

 mgr inż. Marin Białek
 601 058 819

Sedymentacyjny separator amalgamatu METASYS ECO II
Najwyższa niezawodność

Separator osadów ECO II nie wymaga żadnej technologii załączania i monitorowania. Takie rozwiązanie zwiększa bezpieczeństwo działania i umożliwia nieprzerwaną pracę w trybie ciągłym.

Idealny wynik

Zaprojektowana technologia sedymentacji umożliwia osiągnięcie separacji na poziomie 99,3%.

Prosta, szybka instalacja

Połączenie z systemem odsysania w gabinetach stomatologicznych następuje z nieznacznym nakładem czasowym. Urządzenie ECO II można zainstalować później, do już istniejącego centralnego systemu odsysania.

Konserwacja i serwis

Separatory osadów nie wymagają ze względu na swój sposób funkcjonowania (brak elektronicznych elementów) konserwacji. Jedynie konieczne jest coroczne dokonanie wymiany zbiornika. Ewentualnie taka zmiana jest konieczna, gdy separator amalgamatu jest w 100% pełny. Inne prace konserwacyjne i serwisowe nie są konieczne.



KORONAWIRUS – GDZIE JESTEŚMY?

- 6** *Przed nami czas... wielkiej próby*
Paweł Wróblewski
- 8** *Jak się zabrać za pokonanie koronawirusa?*
Agata Grzelińska
- 12** *Wywiad z prezesem DRL*
Rozmawia Agata Grzelińska
- 14** *Najwyższa pora na panikę*
Marcin Lewicki
- 16** *Korona-panika? Infodemia?*
Monika Wójta-Kempa
- 19** *Pandemia wirusa czy pandemia strachu?*
Anna Masternak

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 22** *Prawo na co dzień*
Beata Kozyra-Lukasiak
- 31** *Zasady kierowania do walki z epidemią*
Beata Kozyra-Lukasiak

PACJENT W PIEKLE BÓLU

- 32** *Ostry, przewlekły, wszechogarniający*
Rozmawia Aleksandra Solarewicz

Wydarzyło się

38

WYWIAD „MEDIUM”

- 40** *Kompleksowa opieka w specjalnej szkole rodzenia*
Rozmawia Magdalena Orlicz-Benedykta
- 44** *Układ odpornościowy na nowych torach*
Rozmawia Aleksandra Solarewicz

Z poradnika psychopraktyka

47

Komunikaty

50

Uchwały DRL

51

Wspomnienie pośmiertne

52

Pro memoria

54

Kulturalnik lekarski

55

Felietony

56

Rozrywka

57

Ogłoszenia

58

**Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska, 50-077 Wrocław,
ul. Kazimierza Wielkiego 45, tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51,
redakcja: 71 798 80 80, e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl
PKO BP SA: 62 1020 5242 0000 2402 0349 0570**

Magdalena Janiszewska – redaktor naczelna
e-mail: naczelnia@dilnet.wroc.pl, kom. 535 814 903
Katarzyna Naskrent – sekretarz redakcji
Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie,
Tomasz Janiszewski – projekt okładki

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący,
Małgorzata Niemiec – zastępca przewodniczącego,
Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, Katarzyna Jungiewicz-Janusz,
Bożena Kaniak, Andrzej Kierzek, Marta Kornacka,
Dorota Radziszewska, Iwona Świętkowska, Krzysztof Wronecki

**Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów
niezamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adyustacji tekstów,
opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.**

Źródło grafiki na okładce: www.pixabay.com/photos/man-4957154/geralt

Numer zamknięto 31 marca 2020 r.

Druk: GREG PRINT spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k.,
ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice, tel. 32 234 08 36, fax 32 234 12 70

Komentarz aktualny

Fot. z archiwum PW.

Przed nami czas próby. Z pandemią na taką skalę do tej pory nie mieliśmy do czynienia, choć epidemie, największy zabójcy w historii świata, towarzyszą ludzkości od zarania dziejów. Wirusy ospy prawdziwej, grypy, dżumy czy cholery zbierały przez wieki swoje śmiertelne żniwo, ale z czasem człowiek nauczył się przed nimi bronić.

Spektakularne działania rządów państw w obecnej sytuacji to efekt doświadczeń z epidemii, które dotknęły ludzkość na początku XXI w. Dwie z nich także spowodowały koronawirusy: SARS-CoV i MERS-CoV. Musimy teraz szybko przypomnieć sobie i uświadomić, jak i o co walczymy. Walka z epidemią to proces długotrwały, wymagający dostosowania dostępnych metod do rzeczywistego zagrożenia. Głównym celem jest takie działanie, aby straty spowodowane skutkami ubocznymi zastosowanych restrykcji oraz ograniczeń w funkcjonowaniu państwa i obywateli nie były większe od tych, które spowodowałaby sama choroba.

Odpowiedzialność i podejmowanie decyzji w sprawie wprowadzanych środków zaradczych spoczywa na organach rządowych, wspieranych analizami inspekcji sanitarnej i opiniami ekspertów. W pierwszej fazie – powstrzymywania, podejmowane działania mają na celu niedopuszczenie do rozprzestrzeniania się epidemii. Kluczową rolę odgrywają tu służby sanitarne. Ich zadaniem jest wyłapanie możliwie największej liczby osób, które mogły ulec zakażeniu i poddanie tychże kwarantannie lub izolacji. W przypadku dużej zjadliwości wirusa z czasem możliwości tych działań wyczerpują się i walka z epidemią przechodzi w drugą fazę – opóźnienia.

W tej fazie energia podejmowanych działań nakierowana jest przede wszystkim na spowolnienie rozwoju epidemii. Wszystko po to, by dać czas epidemiologom na poznanie właściwości wirusa, znalezienie leku lub szczepionki. Ma ona także na celu niedopuszczenie do skumulowania zachorowań w krótkim czasie, co mogłoby doprowadzić do niewydolności systemu opieki zdrowotnej. Czas i kontrolowane zachorowania to także sposób na „nauczenie” naszego układu immunologicznego rozpoznawania wirusa przez wyspecjalizowane komórki (limfocyty T) i wytworzenie odporności populacyjnej. Władze aktami prawnymi i decyzjami wprowadzają sukcesywnie adekwatne do zagrożenia działania ograniczające swobody obywatelskie, których celem jest utrudnienie rozprzestrzeniania się wirusów wśród ludzi.

Trzecia faza to ograniczanie skutków epidemii, w której szczególnie mobilizuje się cały system opieki medycznej dla zapewnienia możliwie najskuteczniejszego leczenia chorych w każdym stanie i ochrony najbardziej narażonych grup społecznych. Obyśmy do tego etapu nie doszli.

Obecna sytuacja jest niewątpliwie niezwykle stresująca. Działania na pierwszej linii frontu w obliczu zagrożenia to niesłychanie trudne zadanie. Tym bardziej, że wróg jest jeszcze nie do końca poznany. W tej chwili największym problemem są niedobory środków ochrony osobistej. Fundacja „Lekarze Lekarzom”, dzięki darowiźnie „Kulczyk Foundation”, złożyła zamówienie na 64 tony maseczek, kombinezonów, gogli i przyłbic ochronnych u producenta w Chinach. Aktualnie próbujemy rozwiązać logistykę transportu sprzętu do Polski, bo nasze pocziwe Dreamlinery musiałyby obrócić z naszym towarem... cztery razy! Podział zakupionych środków będzie proporcjonalny do liczby członków danej izby.

Nasza Fundacja „Dla Wiedzy i Mądrości” także zbiera środki finansowe na podobny cel. Zgromadziliśmy bazę rodzimych wytwórców środków ochrony osobistej, ale jak na razie ich wydajność produkcyjna nie jest specjalnie imponująca: towar schodzi na pniu. Problemem jest dostępność testów genetycznych wykrywających koronawirusa, ale jeszcze większym – przepustowość laboratoriów oraz liczba i różnorodność sprzętu diagnostycznego.

Wyzwania, które stawia przed nami sytuacja kryzysowa, są – z definicji samego pojęcia kryzysu – nie do przewidzenia. Apeluję zatem raz jeszcze o aktywne i kreatywne podejście do naszych obowiązków zawodowych. Dziś narzekanie i utyskiwanie na decydentów, czy innych uczestników tego bezpośredniego starcia cywilizacji z naturą, do niczego, oprócz frustracji, nie prowadzi. Dziś szczególnie potrzebna jest współpraca, życzliwość, solidarność i wzajemna troska objawiająca się ścisłym przestrzeganiem zasad bezpieczeństwa przeciwepidemicznego. Postępujmy racjonalnie, bez strachu i niepotrzebnej paniki! Do zarażenia się potrzeba przynajmniej piętnastominutowego, bliźniego kontaktu z osobą chorą, a przy stosowaniu środków ochrony ryzyko zakażenia jest minimalne!

SARS-CoV-2 to nie ebola, ani ospa prawdziwa, a już z pewnością nie biblijne, morowe powietrze! Ciężki przebieg choroby dotyka osób już wcześniej poważnie obciążonych. Większość z nas, jeżeli ulegnie zakażeniu, przejdzie chorobę niemal niezauważalnie. Zrezygnujmy z pracy na wielu etatach, szczególnie, jeśli pracujemy na co dzień z pacjentami zarażonymi SARS-CoV-2, bo możemy narazić na powikłania innych pacjentów. Pamiętajmy, że to od nas zależy w dużej mierze, jak społeczeństwa przetrwają to starcie.



Co nowego w... medycynie

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/tick-2371782/erzyGorecki



► ROŚLINNI SOJUSZNICZY W LECZENIU BORELIOZY

Co roku stwierdza się ponad 65 tysięcy zakażeń boreliozą w Europie oraz 300 tysięcy w USA. Statystyki zachorowań na tę chorobę nieubłaganie rosną, najprawdopodobniej z powodu ocieplania się klimatu oraz powiększania się obszarów miejskich przeplatanych terenami zielonymi.

Standardowa antybiotykoterapia wczesnie wykrytej choroby trwa od 2 do 4 tygodni, jednak u co najmniej 10-20% chorych wyniki terapii nie są zadowalające. Tymczasem rozwój boreliozy wiąże się z występowaniem wielu uciążliwych objawów, takich jak: ciągłe zmęczenie, bóle stawów, problemy z pamięcią, kołatania serca, silne bóle głowy. To dlatego na całym świecie wciąż poszukuje się nowych metod jej leczenia.

Na łamach czasopisma „Frontiers in Medicine” opublikowano niedawno doniesienie badaczy z Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health oraz z California Center for Functional Medicine and Focus Health, którzy przeanalizowali właściwości czternastu substancji roślinnego pochodzenia pod kątem działania na bakterie *Borrelia burgdorferi*. Uzyskane wyniki porównano następnie z doksylicyną i cefuroksymem. W tak zaplanowanym eksperymencie naukowcom udało się dojść do zaskakujących wniosków.

Okazało się, że ekstrakty roślinne z orzecha włoskiego, czepoty puszystej, piołunu, czystka śródziemnomorskiego i tarczycy bałkańskiej wykazywały *in vitro* wysoką aktywność przeciwko *B. burgdorferi*, która była silniejsza od działania porównywanych antybiotyków. Jeszcze bardziej toksyczne dla bakterii powodujących boreliozę okazały się wyciągi z afrykańskiego pnącza *Cryptolepis sanguinolenta* (zawierającego kryptoleptynę) oraz japońskiego rdestowca ostrokończystego. Hamowały one podziały bakterii nawet w bardzo niskich stężeniach rzędu 0,03-0,5%. Co jeszcze bardziej niezwykle, kilkudniowa „kąpiel” w 1% ekstrakcie z *Cryptolepis sanguinolenta* całkowicie pozbawiła bakterie boreliozy „napędu życiowego” – kolonia bakteryjna nie ulegała regeneracji nawet w optymalnych dla siebie warunkach, pozbawiona działania leku.

Jednocześnie badania naukowców nie wykazały żadnego działania na krętki boreliozy ekstraktów z pestek grejfruta,

brodziuszki wiechowatej, witanii ospalej, stewii, szczeci pospolitej i szczeci japońskiej. Całkowicie obojętne dla bakterii boreliozy okazało się także srebro koloidalne, monolauryna oraz peptyd LL37 pozyskiwany z ludzkich komórek układu odpornościowego. I to pomimo wcześniejszych doniesień o pewnej skuteczności tych substancji u osób z boreliozą wciąż stosowanych przez nich na własną rękę. ■

Źródło: *Frontiers in Medicine*, 2020



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/thermometer-1539191/stevepb

► JEDYNY TAKI ANTYBIOTYK

Tam, gdzie nie wystarcza potencjał twórczy człowieka, w sukurs przychodzi... sztuczna inteligencja. Naukowcy z Massachusetts Institute of Technology (MIT) zastosowali w praktyce technologię uczenia maszynowego i odkryli całkiem nowy, nieistniejący wcześniej, superantybiotyk.

Sukces takiego odkrycia stał się możliwy dzięki żmudnemu „treningowi” sztucznej inteligencji, w czasie którego wzbogacono ją o szczegółowe dane o budowie chemicznej 2500 substancji (w większości – zarejestrowanych leków) oraz o ich skuteczności wobec bakterii *E. Coli*. Następnie do pamięci maszyny wprowadzono szczegółowe dane ponad 6000 innych związków chemicznych z bazy Broad Institute. Zadaniem sztucznej inteligencji było, po pierwsze, wytypowanie w tej puli cząsteczek, które będą działać na *E. Coli*, a po drugie – takich, których struktura chemiczna będzie jak najbardziej odmienna od istniejących antybiotyków.

W ten oto sposób komputer wytypował szereg związków chemicznych. Najbardziej obiecujący z nich został wybrany przez naukowców i „ochrzczony” nazwą halicyna – na pamiątkę inteligentnego superkomputera HAL-9000 z „Odyssey Kosmicznej”.

Badając halicynę w testach laboratoryjnych oraz na modelach zwierzęcych, wyniki kompletnie zaskoczyły badaczy: nowy antybiotyk okazał się zabójczy dla wielu groźnych i opornych na istniejące antybiotyki gatunków bakterii, w tym lekoopornych szczepów *Clostridium difficile*, *Acinetobacter baumannii* i *Mycobacterium tuberculosis*. Halicyna wyleczyła też (w ciągu 24 godzin!) myszy zarażone opornym na wszystkie znane antybiotyki szczepem *A. baumannii*. Jedynie *Pseudomonas aeruginosa* okazała się oporna wobec halicyny.

Mechanizm działania halicyny nie został jeszcze dokładnie poznany. Najprawdopodobniej antybiotyk zaburza gradient elektrochemiczny błony komórkowej bak-

terii, uniemożliwiając mikroorganizmom wytwarzanie niezbędnego do życia ATP. ■

Źródło: *Royal Society Open Science*, 2020



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/laboratory-2815632/jarmoluk

► RAK ŻOŁĄDKA: NOWATORSKI TEST NA NAWRÓT CHOROBY

Naukowcy z Johns Hopkins Kimmel Cancer Center w Baltimore razem ze specjalistami z Holandii opracowali test diagnostyczny, który na podstawie próbki krwi może przewidzieć nawrót raka żołądka u pacjentów po leczeniu chirurgicznym i chemioterapii z powodu tego nowotworu.

Aby powstanie takiego testu było możliwe, badacze przeanalizowali próbki krwi 50 chorych na raka żołądka uczestniczących w badaniu klinicznym fazy III CRITICS. W badaniu tym ustalano m.in. skuteczność chemioterapii podawanej w okresie okołoperacyjnym. Następnie przeprowadzono szczegółowe sekwencjonowanie dwóch pul DNA, tj. obecnego w osoczu fragmentów genomu (ang. *cell-free DNA* – *cfDNA*) oraz DNA z jąder limfocytów. Zestawienie wyników z obydwu uzyskanych w ten sposób pul materiału genetycznego umożliwiło identyfikację zmutowanych genów charakterystycznych dla guza. Dzięki temu uczeni mieli możliwość dokonania istotnego odkrycia: obecność zmutowanego DNA poprzedza nawrót raka żołądka nawet o 9 tygodni. – Chcieliśmy sprawdzić, czy przy użyciu nieinwazyjnych biopsji płynnych da się ocenić skuteczność leczenia raka żołądka i przewidzieć, czy nastąpi nawrót choroby. Zastosowanie metody głębokiego sekwencjonowania pozakomórkowego DNA oraz DNA limfocytów okazało się strzałem w dziesiątkę, pozwoliło na trafną ocenę, czy terapia się powiodła i czy choremu grozi nawrót – mówi prof. Victor Velculescu z Kimmel Cancer Center, współautor badania. ■

Źródło: *Johns Hopkins*, 2020

► LECZENIE ZEZA WSPARTE... TELEWIZJĄ

Amerykańska firma NovaSight, dostarczająca zaawansowane technologie wykorzystywane w leczeniu chorób wzroku u dzieci, zaprojektowała specjalny ekran i okulary do terapii zeza u małych pacjentów – donosi portal technologiczny TechCrunch.

Nowatorski ekran posiada wbudowany sensor śledzący na bieżąco trajektorię wzroku dziecka, natomiast specjalistyczne okulary z jednym szkłem zabarwionym na czerwono, a drugim na niebiesko, pozwalają na oglądanie tego samego obrazu w różny sposób. Mianowicie, gdy dziecko patrzy na przedmiot

przy użyciu sprzętu NovaSight za pomocą zdrowego oka przez jedno z barwionych szkieł, dokładnie na linii wzroku (dzięki wbudowanemu sensorowi) na ekranie pojawia się zamglony okrąg. Taki efekt wymusza konieczność posługiwania się drugim okiem, by zobaczyć w czytelny sposób szczegóły obrazu. To również zastąpienie stosowanych dawniej przepasek na oko czy plastrów naklejanych na jedną z soczewek okularów do wielomiesięcznego noszenia, co było sporą uciążliwością dla małych pacjentów.

Firma NovaSight zapewnia, że dzięki takiemu ekranowi dziecko może normalnie oglądać telewizję czy klipy w serwisie YouTube w domu i jednocześnie poprawiać swój wzrok. Wystarczy godzina dziennie spędzona przed ekranem. ■

Źródło: *techcrunch.com*, 2020



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/person-947709/pezbear

► INTELIGENTNA SOCZEWKA KONTAKTOWA

W Japonii opracowano mechanizm samonawilżających się soczewek kontaktowych, który zostanie wykorzystany m.in. do produkowanych od niedawna tzw. e-soczewek – czytamy na łamach „Advanced Materials Technologies”.

Technologia opracowana przez naukowców z Uniwersytetu w Tohoku może umożliwić wprowadzenie tzw. inteligentnych soczewek kontaktowych mogących np. monitorować stan oka, zwiększać możliwości widzenia poza fizjologiczne zdolności człowieka czy też działać jako wyświetlacz do tzw. rozszerzonej rzeczywistości (ang. *augmented reality*, AR). A to dlatego, że rozwiązuje pewien praktyczny problem. – Choć dokonał się duży postęp w dodawaniu nowych funkcji inteligentnym soczewkom kontaktowym, niewiele udało się zrobić w kwestii szkodliwości codziennego noszenia soczewek – zwraca uwagę prof. Matsuhiko Nishizawa, współautor pracy. Chodzi o tzw. zespół suchego oka wywołany rzadszym mrużeniem i nasilonym parowaniem wody, co jest związane z noszeniem soczewki kontaktowej. To zaburzenie może z kolei prowadzić m.in. do uszkodzeń rogówki.

Aby rozwiązać ten problem, badacze stworzyli więc soczewkę z wbudowanym systemem transportującym wodę za pomocą prądu elektrycznego. Dzięki temu jest ona pobierana z dołu oka i transportowana w górę. Taka soczewka ma własny układ zasilania: dwa rodzaje nietoksycznych baterii – magnetyczno-tlenową i enzymatyczne ogniwo fruktozowo-tlenowe. Naukowcy nie wykluczają w przyszłości również zdalnego zasilania swojego wynalazku. ■

Źródło: *Advanced Materials Technologies*, 2020

Opracował Mariusz Kielar



Przed nami czas... wielkiej próby

SŁOWO PREZESA DRL

DR. N. MED. PAWŁA WRÓBLEWSKIEGO

Koleżanki i Koledzy!

Przed nami czas wielkiej próby. Epidemii na tak wielką skalę w nowożytnej historii świata do tej pory nie odnotowano. Kluczową rolę w obecnej sytuacji odgrywa środowisko medyczne, na czele którego stoimy my – lekarze. Od naszej odwagi, determinacji, rozważli, a także zdolności organizacyjnych zależy, jak społeczeństwa przetrwają ten trudny okres. Główna strategia walki z koronawirusem SARS-CoV-2 nastawiona jest na ograniczenie liczby zakażeń i rozciągnięcie epidemii w czasie, aby nie dopuścić do kumulacji zachorowań w krótkim okresie, co doprowadziłoby do paraliżu systemu opieki zdrowotnej. Czas ten jest także wykorzystywany na poznanie właściwości nowego wirusa, poszukiwanie ewentualnych leków i szczepionek oraz stworzenie warunków, które pozwolą na uruchomienie mechanizmów zmierzających do wykształcenia odporności populacyjnej. Ażeby dobrze spełnić naszą powinność, musimy przestrzegać kilku ważnych zasad:

PO PIERWSZE – BEZPIECZEŃSTWO

Bez nas system opieki zdrowotnej nie istnieje. Dlatego dbanie o bezpieczeństwo własne jest naszym podstawowym obowiązkiem. Bezwzględnie przestrzegajmy zaleceń sanitarno-epidemiologicznych w naszej codziennej pracy i życiu osobistym, wykorzystujmy dostępne środki ochrony osobistej, a w przypadku ich niedostatku, wykażmy się inwencją i pomysłowością w ich wytwarzaniu.

PO DRUGIE – RZETELNA WIEDZA

Kierujmy się wyłącznie sprawdzonymi informacjami, bazującymi na nauce opartej na wiedzy. Korzystajmy z wia-

”
Bez nas system opieki zdrowotnej nie istnieje. Dlatego dbanie o bezpieczeństwo własne jest naszym podstawowym obowiązkiem. Bezwzględnie przestrzegajmy zaleceń sanitarno-epidemiologicznych w naszej codziennej pracy i życiu osobistym (...).

”

rygodnych źródeł, takich jak strony Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Ministerstwa Zdrowia czy Światowej Organizacji Zdrowia.

PO TRZECIE – ODPOWIEDZIALNOŚĆ

W sytuacji powszechnej pandemii największym zagrożeniem jest nie sam wirus, lecz strach i panika przed nie do końca poznanym zagrożeniem. Dlatego zaufanie do naszego środowiska i nasz autorytet zawodowy odgrywają obecnie kluczową rolę w tonowaniu nastrojów społecznych. Pamiętajmy, że z dyskusją nierozzerwalnie związana jest polemika, którą osoby niewykształcone medycznie, szczególnie w sytuacji stresogennej, mogą zrozumieć opacznie. Dlatego fachowe dyskusje prowadźmy między sobą, na zamkniętych forach. Powstrzymajmy się od publicznego powielania informacji niesprawdzonych, szczególnie o sensacyjnym zabarwieniu. Nasz przekaz społeczny musi być prosty, powszechnie zrozumiały, oparty na sprawdzonej wiedzy medycznej, spójny z działaniami oraz przekazem instytucji rządowych i samorządowych. Porzućmy sympatie i antypatie polityczne – na polemiczne analizy i rozliczenia przyjdzie czas po uporaniu się z epidemią.

Aby ułatwić wprowadzenie powyższych zasad w życie, nasz samorząd zawodowy podjął szereg działań. 24 marca 2020 roku, razem z prezesem „Fundacji Lekarze Lekarzom” kol. Mariuszem Janikowskim, podpisałem umowę darowizny z „Kulczyk Foundation”, na mocy której pozyskaliśmy 20 mln zł na zakup sprzętu do diagnostyki genetycznej real time PCR, ekwipunku ochronnego dla personelu medycznego w postaci masek z filtrem N95, kombinezonów ochronnych spełniających kryteria wirusologiczne, środków antyseptycznych. O zakupach i dystrybucji zdecyduje specjalnie do tego powołany zespół przy Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Na gruncie lokalnym uruchamiamy konto naszej dolnośląskiej Fundacji „Dla Wiedzy i Mądrości”. Na cele działań związanych z epi-



Źródła grafiki: www.pixabay.com/photos/covid-19-4960657/TheDigitalArtist,
www.pixabay.com/photos/pandemic-4855303/AbsolutVision

demią przeznaczymy środki z budżetu rezerwowego DIL. Komisja Socjalna DRL uruchomiła swoje fundusze na potrzeby wsparcia lekarzy znajdujących się w trudnym położeniu spowodowanym zaistniałą sytuacją.

Od 24 marca 2020 r., z inicjatywy studentów medycyny Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, ruszyła produkcja przyłbic ochronnych. Zapotrzebowanie na nie można zgłaszać na adres e-mail: dil@dilnet.wroc.pl. Studenci oferują także pomoc w opiece nad dziećmi lekarzy, którzy pełnią służbę przy chorych.

Z pomocą ruszyły zaprzyjaźnione samorządy: Okręgowa Izba Radców Prawnych we Wrocławiu i Okręgowa Rada Adwokacka we Wrocławiu, oferując bezpłatne porady w tym ciężkim dla nas okresie.

Jestem przekonany, że to dopiero początek wielkiego społecznego zrywu solidarnościowego różnych organizacji i środowisk. Każdy pomysł i każdą inicjatywę przyjmujemy z wdzięcznością. O wszystkich działaniach będziemy informować na bieżąco na naszej stronie internetowej i na portalach społecznościowych.

Działając ramię w ramię, pokonamy epidemię! ■

dr n. med. Paweł Wróblewski,
prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

„
*Jestem przekonany,
że to dopiero początek wielkiego
społecznego zrywu
solidarnościowego różnych
organizacji i środowisk. Każdy
pomysł i każdą inicjatywę
przyjmujemy z wdzięcznością.
O wszystkich działaniach
będziemy informować na bieżąco
na naszej stronie internetowej
i na portalach społecznościowych.
Działając ramię w ramię,
pokonamy epidemię!*

“



COVID-19 – TELEFONICZNE I E-MAILOWE PORADY PRAWNE PRO BONO



W niesienie pomocy pracownikom ochrony zdrowia, którzy toczą obecnie heroiczną walkę, zaangażowało się dolnośląskie środowisko prawnicze. Z inicjatywy Okręgowej Rady Adwokackiej we Wrocławiu porady prawne pro bono, w związku z pandemią, świadczą na rzecz lekarzy i ratowników medycznych – telefonicznie lub e-mailowo – adwokaci.

Akcję koordynuje adw. Sławomir Krześ, tel. 603 999 810, e-mail: kancelariaelo@gmail.com

Poniżej lista kancelarii, które udzielają porad prawnych pro bono:

- adw. Dagmara Trzeciak, 607 775 995, 71 733 68 33, e-mail: biuro@kancelariatrzeciak.pl; dt@kancelariatrzeciak.pl
- adw. Joanna Krawczykowska, 669 559 117, e-mail: joannakrawczykowska@gmail.com
- adw. Aleksandra Glowacka, 723 882 115, e-mail: aleksandra_glowacka@o2.pl
- adw. Marta Kierod, 694 119 024, e-mail: kontakt@kancelariakierod.pl
- adw. Aleksandra Krauze, 535 574 049, e-mail: akrauze.kancelaria@gmail.com
- adw. Grzegorz Mazurek, 606 372 172, e-mail: g.mazurek@webpark.pl
- adw. Karol Węgliński, 503 018 134, e-mail: karol-wegliński@o2.pl
- adw. Katarzyna Figaszewka, 662 191 550, e-mail: katarzyna_figaszewska@o2.pl
- adw. Beata Foremniak-Szadura, 607 524 521
- adw. Bartłomiej Bucki, 600 876 628, e-mail: b.bucki@kancelariawm.pl
- adw. Piotr Lech, 512 082 100, e-mail: p.lech@pratkowiecekalech.pl
- adw. dr Michał Basiński, 666 464 641, e-mail: mb@legalskills.eu
- adw. Krzysztof Budnik, 600 961 615, e-mail: krzysztof.budnik@kbpp.pl
- adw. Joanna Krawczykowska, 669 559 117, e-mail: joannakrawczykowska@gmail.com
- aplikant adwokacki Dominik Kosobudzki, 794 325 673 e-mail: dominikkosobucki@gmail.com
- adw. dr Jarosław Janas, 669 052 888, e-mail: jaroslaw@janas-adwokat.pl,
- adw. Inga Skowrońska, 796 46 46 09, e-mail: kancelaria@skowronska-adwokat.pl
- adw. Robert Fluder, e-mail: r.fluder@fkk-kancelaria.pl
- aplikant adw. Justyna Szczekutowicz, e-mail: j.szczekutowicz@fkk-kancelaria.pl
- adw. dr Katarzyna Sitnik-Gawlikowska, 500 559 234, e-mail: adw.sitnik@gmail.com
- adw. Agnieszka Warzecha, 606 42 77 02, e-mail: kancelaria.awarzecha@gmail.com
- adwokat Monika Łuchniak, 609 645 817, e-mail: kancelarialuchniak@gmail.com
- adwokat Sławomir Krześ, 603 999 810, e-mail: kancelariaelo@gmail.com
- adw. Magdalena Wesola, 696 453 889, e-mail: magdalena.wesola@interia.pl
- adw. Filip Krzeźel, 660 518 070, e-mail: filip.krezel@outlook.com
- adw. Przemysław Lis, e-mail: przemyslaw.lis@lisipartnerzy.pl; sekretariat@lisipartnerzy.pl
- adw. Robert Mirowiecki, 602 594 330, e-mail: mirowiecki@kancelaria-czm.pl;
- adw. dr Marcin Kusaj, 601 870 247, e-mail: m.kusaj@adwokatkusaj.pl
- adw. Marzena Kolman-Wągrowska, 603 881 684, e-mail: marzena.kolman@gmail.com
- adw. Aleksandra Zadorożna, 501 571 630, e-mail: a.zadorozna@adwokatrodziny.pl
- adw. Rafał Olesiński, e-mail: stopkoronawirus@olesinski.com
- adw. Mateusz Gmerek, 604 132 165, e-mail: biuro@kancelariagmerek.pl
- adw. Katarzyna Sitnik-Gawlikowska, 500 559 234, e-mail: adw.sitnik@gmail.com
- adw. Katarzyna Waligóra, 604 784 722, e-mail: adwokatwaligora@gmail.com
- adw. Dariusz Minkus, 698 680 160, e-mail: adwokat.minkus@gmail.com
- adw. Agata Klimentowska, 605 242 350, e-mail: agataklimentowska@op.pl
- adw. Konrad Pawiński, 509 488 877, e-mail: kpawinski@pp-wspolnicy.pl
- adw. Michał Raduła, 510 254 035, e-mail: michalradula@gmail.com
- adw. Daria Bezwińska, 509 407 845, e-mail: d.bezwinska@gmail.com
- adw. Kamil Małecki, 607 770 313, e-mail: kmalecki@adwmalecki.com.pl
- adw. Jarosław Krotliński, 504 240 260. e-mail: kancelaria.wroc@gmail.com
- adw. Magdalena Żeglińska- Serwatka, 604 933 219, e-mail: magdalena.serwatka@onet.pl
- adw. Natalia Leszko, 695 727 075, e-mail: kancelaria@adwokatleszko.pl
- adw. Marcin Kostka, 602 684 841, e-mail: marcin.kostka@kancelaria-wk.pl
- adw. Igor Powązka, 500 165 551, e-mail: adwokat@powazka.com.pl
- adw. Jakub Artemiuk, 601 785 522, e-mail: adlo@adlegaloffice.com
- adw. Małgorzata Zorko, 519 551 008, e-mail: kancelaria.adwokacka@gmail.com
- adw. Kamila Mrozek, 513 156 060, e-mail: adw.kamila.mrozek@outlook.com
- adw. Paulina Sobotkiewicz, 692 871 938, e-mail: adw.sobotkiewicz@gmail.com
- adw. Jolanta Żarnicka-Kopaczuk, 693 093 131, e-mail: jzarnicka@gmail.com
- adw. dr Monika Dimitrowa, 510 166 833, e-mail: monikadimitrova@o2.pl
- adw. Piotr Gamian, 796 210 787, e-mail: adwokat.gamian@outlook.com
- adw. Krzysztof Grochowski, 601 483 758, e-mail: grochowski@gz.legal
- adw. Magdalena Wegner, 602 683 320, e-mail: magdalena.wegner@kancelaria-wk.pl



Ten przeciwnik nie różni się od innych, którzy atakowali nas przez setki lat. Ma jednak nad nami tę przewagę, że pojawił się zniebawiony, więc w ogóle nie znamy jego słabych stron. Zanim znajdziemy jego czuły punkt, by go zaatakować z całą mocą, zanim znajdziemy odpowiedni na niego sposób, pozostaje nam chronić się wszelkimi sposobami przed jego atakiem.

SARS-CoV-2 i COVID-19

Pierwsze wzmianki o nowym koronawirusie pojawiły się pod koniec ubiegłego roku. Do zakażenia ludzi prawdopodobnie zaczęło dochodzić w listopadzie. Na początku grudnia w chińskim mieście Wuhan w prowincji Hubei wybuchła epidemia, która w ciągu zaledwie dwóch miesięcy rozprzestrzeniła się na wszystkie kontynenty. Na początku stycznia 2020 roku wyizolowano nowy typ koronawirusa odpowiedzialny za chorobę o nazwie COVID-19.

Początkowo patogen nazwano po prostu 2019-nCoV, czyli nowym koronawirusem z 2019 roku, a następnie Międzynarodowy Komitet Taksonomii Wirusów (ICTV) nadał mu nazwę SARS-CoV-2 (koronawirus SARS typu 2). Wywoływana przez niego choroba otrzymała nazwę COVID-19 (czyli: choroba koronawirusowa z 2019 roku). 11 marca Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła pandemię.

Wirus, który ją wywołał, należy do betakoronawirusów, powodujących zapalenie płuc i zaburzenia oddechowe. Wykazuje duże podobieństwo do wirusa SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) – stąd jego nazwa, znacznie mniejsze do MERS (Middle East Respiratory Syndrome) czy innych koronawirusów ludzkich.

– Najbardziej SARS-CoV-2 jest podobny do wirusa izolowanego od nietoperzy owadożernych, żyjących w prowincji Yunnan w Chinach i od łuskowców. Podobieństwo sugeruje pochodzenie. Drogi, jaką ten wirus przeszedł pośrednio lub bezpośrednio od nietoperzy do ludzi, nie odtworzymy. Możemy jedynie przypuszczać, że doszło do mutacji, która spowodowała, że nabył on zdolności do zakażenia komórek człowieka i w ten sposób stał się wirusem ludzkim – wyjaśnia dr hab. Egbert Piasecki, prof. Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. Ludwika Hirszfelda


Polskiej Akademii Nauk we Wrocławiu, kierownik Laboratorium Wirusologii. Zaznacza, że koronawirusy są bardzo spójne gatunkowo, co znaczy, że niezwykle rzadko dochodzi do zakażeń międzygatunkowych. Wydaje się więc, że SARS-CoV-2 nie będzie zakażał zwierząt.

W laboratoriach na całym świecie trwają intensywne badania nad nowym wirusem. – Znamy już jego budowę i genom. Wiemy, jak mutuje i że mutuje niezbyt szybko. Na tej podstawie możemy śledzić, gdzie występują poszczególne jego szczepy. To jest dopiero początek naszej wiedzy o SARS-CoV-2 – mówi prof. Piasecki. Dodaje, że charakter wirusa prawdopodobnie nie zmienia się w krótkim czasie. Do dużych zmian może dojść w długiej perspektywie. Przesłanka dająca nadzieję, że z czasem SARS-CoV-2 stanie się mniej groźny dla człowieka niż obecnie, wynika z prawa ewolucyjnego: – Takie patogeny nie chcą zabijać gospodarza, bez którego nie przetrwają, dlatego z czasem dominujące stają się te szczepy, które mogą się łagodnie namnażać w organizmie gospodarza – wyjaśnia wirusolog z PAN.

SARS-CoV-2 przenosi się drogą kropelkową: wnika do komórek człowieka za pomocą receptora, którym jest białko ACE2 (konwertaza angiotensyny 2) występujące m.in. w płucach, powoduje przede wszystkim zaburzenia układu oddechowego.

Pierwszy w Polsce przypadek zakażenia koronawirusem potwierdzono 4 marca w Zielonej Górze. Tego samego dnia Sejm RP przyjął ustawę o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Weszła ona w życie 8 marca. Dwa dni później rząd zdecydował o odwołaniu wszystkich imprez masowych. 12 marca z powodu

Tekst Agata Grzelińska



**JAK SIĘ ZABRAĆ
ZA POKONANIE
KORONAWIRUSA?**

COVID-19 zmarła w poznańskim szpitalu 57-letnia kobieta. To była pierwsza w Polsce ofiara koronawirusa. Tego samego dnia na mocy rozporządzenia ministra zdrowia wprowadzono stan zagrożenia epidemicznego, a 20 marca – stan epidemii. Na mocy tych decyzji 19 placówek medycznych zostało przekształconych w szpitale jednoimienne, które mają się zajmować tylko osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem. Na Dolnym Śląsku są to: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego przy ul. Koszarowej 5 we Wrocławiu i Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu przy ul. Jeleniogórskiej 4. W dniu wydania kwietniowego numeru „Medium” w Polsce zanotowano 2132 potwierdzonych przypadków zakażenia, 31 zgonów, kwarantanną objętych jest 106 525 osób, wyzdrowiało 13. Na Dolnym Śląsku jest 261 osób z pozytywnym wynikiem testu na obecność SARS-CoV-2, zmarły 4 osoby, kwarantanną objęte są 4594, wyleczone zostały 2 osoby.

Jak przebiega choroba, kto jest najbardziej narażony?

U ponad 80% zakażonych choroba ma przebieg łagodny. U pozostałych chorych jej przebieg może być ciężki pod postacią zapalenia płuc, a w dalszym ciągu infekcji mogą rozwinąć się ARDS, sepsa, niewydolność wielonarządowa. Istotnym elementem ryzyka jest wiek pacjenta.

– W zdecydowanej większości przypadków poważnie chorują osoby starsze powyżej 70. roku życia. Do rozwoju choroby o ciężkim przebiegu i do zgonu predysponują choroby układu sercowo-naczyniowego, nerek, płuc w tym POChP, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, nowotwory, a także palenie papierosów i otyłość – zauważa prof. dr hab. Brygida Knysz, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. – Wyżej wymienione choroby mogą oczywiście dotyczyć osób młodszych i mogą być przyczyną w tej grupie pacjentów COVID-19 o ciężkim przebiegu, a nawet zgonu. Ostatnio pojawiają się doniesienia o zgonach z powodu COVID-19 u młodych osób bez chorób współistniejących. Na obecnym etapie obserwacji trudno ustalić, jaka jest przyczyna tego zjawiska, czy rzeczywiście były to młode osoby, które nie miały się w grupie ryzyka, czy jednak miały jakieś problemy zdrowotne. Receptory ACE2, z którymi łączy się wirus, wykazują polimorfizm. Być może istnieją jeszcze predyspozycje genetyczne do zakażenia?

Profesor Knysz dodaje, że trwają dyskusje na temat wpływu inhibitorów konwertazy angiotensyny oraz antagonistów receptorów dla angiotensyny II, a także pioglitazonu na wzrost ekspresji ACE2 i tym samym większą wrażliwość pacjentów stosujących te leki na zakażenie SARS-CoV-2. – Jak wiemy, zarówno ACEI jak i AIIA stanowią grupy leków szeroko stosowane wśród pacjentów z nadciśnieniem – mówi. – Czy wobec tego możemy już powiedzieć, że należałoby zmienić leczenie? Na razie nie ma takich wytycznych.

Zarówno w Chinach, jak i we Włoszech zaobserwowano, że z powodu COVID-19 umiera więcej mężczyzn niż kobiet. Dlaczego? Na razie znane są tylko hipotetyczne wyjaśnienia. – Pierwsze wytłumaczenie jest takie, że w starszym wieku mężczyźni są słabsi. Jest też analiza dotycząca roli receptora wirusa, czyli białka ACE2, które bierze udział zarówno w systemie regulacji ciśnienia krwi (angiotensyna), jak i w regulacji procesów odpornościowych – tłumaczy prof. Piasecki. – Duża ekspresja tego białka sprzyja zwalczaniu stanów zapalnych. Największa jest u dzieci (to może być przyczyną, dla której dzieci najczęściej przechodzą zakażenie tym wirusem bezobjawowo, w powiązaniu z oczywistym faktem, że dzieci nie mają zwykle nadciśnienia i miażdżycy). Z wiekiem spada, ale większa pozostaje u kobiet niż u mężczyzn. Objawem, który prognozuje ciężki przebieg COVID-19, są duszności. Może to być związane z tym, że komórki docelowe dla wirusa biorą udział zarówno w regulacji immunologicznej, jak i w regulacji ciśnienia krwi w płucach. Jest hipoteza, że u kobiet ten system jest bardziej chroniony – dodaje.

Objawy, trwałe skutki, leczenie

Do najważniejszych objawów, na które trzeba zwrócić uwagę, należą gorączka (choć również może to być tylko stan podgorączkowy) oraz suchy kaszel. Katar nie jest objawem charakterystycznym dla COVID-19. Pojawiają się również informacje o zaburzeniach węchu i smaku jako pierwszych objawach zakażenia. Należy jednak pamiętać, że podobne objawy występują w zakażeniach górnych dróg oddechowych o innej etiologii wirusowej lub bakteryjnej – zauważa prof. Brygida Knysz.

Dodaje, że dobrze zebrany wywiad może pomóc w ustaleniu dalszego postępowania. Zwraca też uwagę na jeszcze jeden ważny szczegół: – SARS-CoV-2 jest wirusem, który ma wpływ na odporność. W przebiegu infekcji charakterystycznym objawem jest limfopenia. Taki spadek odporności predysponuje do jednoczesnego rozwoju innych zakażeń. Dlatego u chorych z zapaleniem płuc o niejasnej etiologii należy wykonać test na obecność wirusa – podkreśla.

Jedno z pytań, na które na razie nie ma jasnej odpowiedzi, dotyczy trwałych skutków COVID-19. – Mówi się o włóknieniu płuc. Teraz jednak trudno powiedzieć, co będzie dalej z układem oddechowym, mamy za krótki okres obserwacji. Te, które prowadzono w Chinach, są zaledwie ponad dwumiesięczne, u nas jeszcze krótsze. Jakie będą powikłania: czy trwałe, czy po jakimś czasie ustąpią, jaka będzie ich skala? Tego jeszcze nie wiemy – mówi specjalistka chorób zakaźnych z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – Nie wiemy też, jak wirus może wpływać na nasz organizm w dłuższej perspektywie, gdzie się może lokalizować, jak długo utrzymuje się w organizmie. Nie wiemy też, jak długo stwierdza się obecność RNA wirusa w wydzielinach i wydalinach.

Profesor Brygida Knysz przypomina też, że nie każdy chory na COVID-19 wymaga hospitalizacji. Osoby z chorobą o łagodnym przebiegu mogą pozostawać w kwarantannie domowej i najczęściej wyzdrowieją w ciągu 2 tygodni. Chorzy na COVID-19, wymagający hospitalizacji z powodu ciężkiego przebiegu mogą zdrowieć nawet do 6 tygodni.

Obecnie nie istnieją leki, o których możemy powiedzieć, że są w pełni skuteczne w odniesieniu do SARS-CoV-2. – Istnieje szereg badań, o których można przeczytać w licznych publikacjach. Mam nadzieję, że jesteśmy coraz bliżej opracowania skutecznej szczepionki podawanej donosowo lub parenteralnie. Na ten cel zostały skierowane potężne siły i środki i jest to obecnie priorytet dla zdrowia na świecie. Chciałabym tu tylko wspomnieć o chlorochinie, leku stosowanym w leczeniu malarii i RZS – informuje prof. Knysz. – Preparat wykazuje działanie immunomodulujące i przeciwwirusowe. Lek jest dostępny i tani. Co więcej, został zarejestrowany do leczenia wspomagającego pacjentów z COVID-19. Stosowany od kilku do kilkunastu dni jest lekiem bezpiecznym. Być może w najbliższym czasie znajdzie szerokie zastosowanie w terapii z powodu COVID-19 i będziemy mogli ocenić jego skuteczność u pacjentów z chorobą o różnym nasileniu.

Jak uniknąć zakażenia koronawirusem?

Ponieważ SARS-CoV-2 przenosi się bardzo łatwo, jego pochod przez świat jest niepowstrzymany. Zadaniem numer jeden – poza leczeniem ludzi, którzy już zachorowali – jest teraz powstrzymanie epidemii. – Istotnym zagadnieniem jest żywotność wirusa. Ustalono, że w powietrzu może on przetrwać nawet 3 godziny, na powierzchni papierowej – do 24 godzin, plastikowej i ze stali nierdzewnej – do 72 godzin, miedzi – do 4 godzin. Dlatego ma znaczenie częste wietrzenie pomieszczeń – przekonuje prof. Knysz. – Wirus ginie w temperaturze powyżej 60 stopni Celsjusza, niszczy go również alkohol powyżej 60% i środki dezynfekcyjne na bazie alkoholu.

Przestrzega, że należy postarać się nie dotykać twarzy rękami. Jest to nawyk, nad którym trudno nam zapanować, a w obecnych warunkach może być zgubny.

O konieczności zachowywania dystansu mówi prof. dr hab. Andrzej Gładysz, były wieloletni konsultant krajowy w dziedzinie



chorób zakaźnych: – SARS-CoV-2 długo zasiedla się w organizmie, wcale albo długo nie wywołuje żadnych objawów, ale skoro jest w nosogardzieli, skoro się namnaża, to każde kichnięcie, każdy kaszel, a nawet głośniejsza i wyraźniejsza mowa pociągają za sobą wypływ kropelek śliny, w której ten wirus dobrze się utrzymuje. Jest to ciężki wirus, więc nie leci daleko, pod warunkiem, że kontakt z osobą zakażoną odbywa się w pomieszczeniu zamkniętym, gdzie nie ma obiegu powietrza czy przeciągu.

Zakaźnik zwraca uwagę, że z tego powodu mocno ryzykowną są sytuacje, gdy ludzie przebywający na kwarantannie kontaktują się z otoczeniem przez otwarte okno. – Telewizje pokazywały wiele takich scen. Jedna z nich dotyczyła dzieci przebywających na kwarantannie w bursie, które kontaktowały się z ludźmi z zewnątrz przez otwarte okno. Gdyby któreś z nich było zakażone, to przeciąg, jaki mógłby nastąpić w związku z otwieraniem okna, mógłby spowodować rozniesienie wirusa wewnątrz pomieszczenia, następnie całego budynku – wyjaśnia.

Były szef Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zwraca też uwagę, że nowy koronawirus potrafi przetrwać na przedmiotach martwych (ubraniach, kławkach, sprzęcie, którego często dotykamy, takich jak telefony, okulary, klawiatura komputera) od kilku do kilkunastu godzin, a nawet do kilku dni.

Biorąc pod uwagę to wszystko, autorytety medyczne nie mają wątpliwości, że jedynym skutecznym sposobem powstrzymania epidemii jest ograniczenie kontaktów międzyludzkich do koniecznego minimum, a w przypadku kontaktu z wirusem i podejrzenia zakażenia – kwarantanna.

O czym każdy lekarz powinien pamiętać

W czasie, gdy celem numer jeden jest zatrzymanie pandemii, najważniejsza zasada to ograniczenie kontaktów do niezbędnego minimum i unikanie pojawiania się w zbiorowiskach ludzkich, nawet liczących kilka czy kilkanaście osób. – Unikanie kontaktu zbiorowego jest podstawową sprawą zarówno w grypie, koronawirusach SARS (jednym i drugim), jak i we wszystkich zakażeniach, które niosą się drogą powietrzną – mówi prof. Andrzej Gładysz. – Im więcej ludzi przebywa w jednym miejscu, tym większe jest zagrożenie. W małych pomieszczeniach, gdzie przebywa więcej osób, następuje kumulacja wirusa w środowisku i ryzyko transmisji staje się bardzo duże, nawet jeśli ktoś tam wejdzie tylko na chwilę.

Profesor Brygida Knysz wyjaśnia, że okres wylęgania wirusa wynosi najczęściej od 3 do 5 dni. Pacjent jest zakaźny już na 2 dni przed wystąpieniem objawów. Dodatni wynik testu RT-PCR, wykrywającego materiał genetyczny wirusa, można uzyskać już po 2 dniach od zakażenia, jednak ujemny w tym czasie infekcji nie wyklucza. U większości osób dodatni wynik uzyskuje się do 7 dni od zakażenia. Badania na obecność przeciwciał nie mają znaczenia w diagnostyce ze względu na późniejsze pojawianie się przeciwciał i nie są zalecane przez WHO. Natomiast mogą być przydatne w ocenie, jaka część populacji uległa zakażeniu.

– Jako medycy musimy mieć świadomość, że źródłem zakażenia może być nie tylko pacjent, lecz również ktoś z personelu przychodzącego do pracy. Nawet, jeśli aktualnie nie prezentuje objawów, nie oznacza to, że nie zakaża – przypomina prof. Brygida Knysz. – Wiemy, jak wirus się przenosi, więc powinniśmy wiedzieć, jak się przed nim uchronić. Traktujmy wszystkich, którzy przychodzą do dyżurki z dużą ostrożnością i spróbujmy zachować podstawowe zasady bezpieczeństwa: wspomniane wietrzenie pomieszczeń, zachowanie odpowiedniej odległości od drugiej osoby, własny kubek (najlepiej umyty w temperaturze powyżej 60 st. C), częste mycie rąk i używanie środków do dezynfekcji rąk jak najczęściej. Jeśli ktokolwiek pokasłuje, lepiej żeby poszedł do domu, a zanim to robi, niech założy maseczkę.

Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych podkreśla, że w przy-

padku pacjenta na oddziale z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 nie powinno być „taryfy ulgowej” w odniesieniu do odpowiedniego zabezpieczenia personelu. Biorąc też pod uwagę to, że nie zawsze objawy będą charakterystyczne, pacjent zakażony koronawirusem może niestety trafić na SOR albo na inny oddział niededykowany pacjentom „covidowym” – takie sytuacje będą się zdarzać.

Teleporady na trudny czas

Stan epidemii wymusza działanie placówek medycznych na nietypowych zasadach po to, by maksymalnie zminimalizować ryzyko zakażenia wśród pacjentów i wśród personelu medycznego. Z tego powodu przychodnie udzielają teraz przede wszystkim teleporad. Na osobistą wizytę umawiani są tylko nieliczni pacjenci. Tak jest między innymi w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.

– Wprowadziliśmy w większym zakresie teleporady w porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Mieliliśmy je już wcześniej w kontrakcie, ale w ograniczonym zakresie. Teraz przerwaliśmy się w zasadzie na porady telefoniczne. Pozwalają one wykonać wiele czynności medycznych i administracyjnych – takich jak wypisywanie e-zwolnień, e-recept. Wizyta w przychodni jest bardzo mocno uzależniona od tego, co pacjent nam powie w wywiadzie przez telefon – mówi dr Jacek Krajewski, prezes Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców i Federacji Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie. – Rejestracja odbywa się wyłącznie telefonicznie albo drogą elektroniczną, przez stronę internetową albo e-mailem. Na podstawie wywiadu telefonicznego podejmujemy decyzję, co dalej robić i w zależności od przebiegu choroby, od stanu pacjenta, jeżeli jest potrzeba zbadania go, ustalamy godzinę, na którą przychodzi do przychodni. Kontaktuje się wtedy tylko z lekarzem. Jest to krótkie spotkanie lekarz – pacjent, żeby maksymalnie ograniczyć kontakt. Pacjentów przewlekle chorych staramy się nie zapraszać, bo oni mogliby się zarazić, a dla niektórych to jest wyrok śmierci – tłumaczy.

Pacjenci przyjęli nowe zasady ze zrozumieniem, nie szturmują przychodni. Bywa jednak, że po udzieleniu teleporady, gdy w nocy czują się źle, zgłaszają się do nocnej pomocy albo na izbę przyjęć szpitala czy na SOR, bo boją się, że przez telefon lekarz może do końca wszystkiego nie wyłapać – Niepewność u pacjentów i obawa, że mogą nie być zabezpieczani tak, jak się do tej pory przyzwyczaili, jest większa – przyznaje dr Krajewski. I dodaje, że z tego powodu może się wzmacniać ruch na SOR-ach, izbach przyjęć i w nocnej pomocy.

Czego brakuje, jakie są obawy?

Nie mniej ważne niż zdrowie pacjentów jest zdrowie personelu medycznego. Strach jest tym większy, im bardziej brakuje środków ochrony osobistej. Jak mówi dr Krajewski, niedobór tych środków to teraz największy problem. – Wszyscy robimy bardzo wiele, żeby je pozyskać, ale te dostępne na rynku nie do końca spełniają standardy zalecane przez ECDC. Nie mając środków ochrony osobistej, czujemy obawę, że możemy nie tylko sami zostać zakażeni przez pacjenta, ale przede wszystkim, że już będąc zakażonymi i nie wiedząc o tym, możemy zakażać pacjentów. To jest sytuacja, z którą się permanentnie borykamy w POZ – mówi szef Porozumienia Zielonogórskiego. – Jedyne, czego nam nie brakuje, to rękawiczki jednorazowe, których używamy na okrągło, więc mamy pewien zapas. Już nie mówię o kombinezonach, fartuchach, goglach i przyłbicach, które są zarezerwowane dla szpitali. Rękawiczki i maski to nie jest wystarczające zabezpieczenie, przy większej liczbie pacjentów będziemy w trudnej sytuacji.

Obaw jest więcej, poza tą o zdrowie – jest też inna dotycząca przyszłości. Zakażenie kogoś z pracowników wiąże się z ryzykiem wyłączenia danej placówki z normalnego funkcjonowania. Jeżeli się okaże, że do przychodni, zwłaszcza niedużej, przyszedł ktoś zakażony, to cały personel będzie musiał odbyć kwarantannę, a w tym czasie placówka będzie zamknięta. Wszyscy pacjenci,

k którzy mogliby tam otrzymać pomoc, muszą zgłaszać się gdzie indziej. – Najważniejsze jest bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego, dalej kwestia braku sprzętu, a na końcu czai się pytanie, co będzie, jeśli się zarażę i będę musiał na dwa tygodnie wyłączyć praktykę. A jeżeli zachoruję ciężko i będę wymagał wielomiesięcznego leczenia, to praktyka upadnie. To jest ogromny stres, który odczuwa wiele moich koleżanek i wielu moich kolegów, zwłaszcza tych prowadzących jednoosobowe praktyki – mówi dr Krajewski.

Jak długo potrwa epidemia?

Jedno z częściej zadawanych pytań brzmi: jak długo to jeszcze potrwa, kiedy skończy się epidemia, czy w Polsce może nas czekać scenariusz włoski? Profesor Brygida Knysz nie ma złudzeń, że liczba chorych będzie rosła, zanim opanujemy epidemię. Przypomina, że SARS-CoV-2 jest nowym wirusem. Znamy go dopiero od 3 miesięcy, ale w Polsce doświadczamy wszystkich problemów związanych z infekcją po 4 marca, kiedy stwierdzono zakażenie u pierwszego pacjenta. – Dlatego cały czas uczymy się zakażenia SARS-CoV-2, poznajemy naturę wirusa, objawy kliniczne, które powoduje, lepiej poznajemy metody prewencji, a przede wszystkim możemy na bieżąco obserwować liczbę zakażeń w Polsce i na świecie. I to chyba najbardziej nas zdumiewa – przyznaje i dodaje: – Odpowiedź na pierwsze dwa pytania jest niezwykle trudna. W tym zakresie mamy obserwację z Chin, które uporały się z problemem po prawie 3 miesiącach, stosując drakońskie i trudne do zaakceptowania dla Europejczyków metody. Na razie w Europie epidemia cały czas rozwija się w różnym tempie w różnych krajach. Jak epidemia będzie przebiegała w Polsce? Myślę, że nie tak jak we Włoszech, łagodniej, choć osób zakażonych będzie przybywać.

Specjalistka chorób zakaźnych zwraca uwagę na jeszcze jeden aspekt: – W tym całym zamieszaniu z tak poważnym problemem, jakim jest pandemia SARS-CoV-2, na dalszy plan zesłała znaczna część innych spraw. Przykładem są zamknięte specjalistyczne przychodnie. Rozumiem, że to nie jest czas wizyt u specjalisty z różnych błahych powodów, czego często doświadczamy. Są jednak pacjenci, którzy bez specjalistycznych konsultacji nie mogą się obejść, a zostali obecnie bez możliwości zasięgnięcia porady. Dłużej się tak nie da i musi nastąpić jakieś rozwiązanie, tym bardziej, że epidemia nie skończy się w ciągu najbliższego miesiąca.

Jak mówi prof. Egbert Piasecki, rozwój sytuacji możemy jedynie prognozować i to z dużym marginesem błędu, korzystając z modelu rozprzestrzeniania się pandemii grypy. Wirus grypy i koronawirus SARS-CoV-2 są zupełnie innymi wirusami, ale rozprzestrzeniają się w podobny sposób i objawy zakażenia mają zbliżony charakter. – Przez analogię można powiedzieć, że okres pandemiczny potrwa rok – dwa lata. Później SARS-CoV-2 pozostanie z nami jako wirus endemiczny, stale obecny w populacji ludzkiej, stanie się piątym koronawirusem człowieka, już nie tak groźnym. Teraz, kiedy mamy do czynienia z nowym patogenem, wrażliwa jest cała populacja. Można jednak przypuszczać, że – jak to się działo z koronawirusami, które pojawiły się wcześniej – po przechorowaniu powstanie w populacji ludzkiej odporność swoista, która w dużej mierze chroni przed następnym zachorowaniem. Jeśli dojdzie do reinfekcji, zachorowanie będzie łagodniejsze. Jeżeli teraz wirus totalnie zakazi populację, a potem z nami zostanie, w przyszłości będzie zakażał głównie dzieci, które będą przechodziły łagodną infekcję. Natomiast jeśli ktoś w dzieciństwie nie zachoruje na COVID-19, w dorosłym wieku będzie miał cięższą postać infekcji. Tak się dzieje np. z ospą wietrzną, świnką, różyczką – pierwotne zakażenie osoby dorosłej przebiega ciężiej niż u dziecka. Taka może być przyszłość.

Ostra fala pandemii, zdaniem wirusologa z PAN, potrwa kilka miesięcy. Dodaje, że SARS-COV-2, atakujący teraz mocno m.in. Iran, gdzie jest obecnie znacznie cieplej niż w Polsce, nie boi się temperatury letniego dnia. Zabójcza jest dla niego ta sięgająca 50, 60, 70 stopni. Naturalnym naszym sprzymierzeńcem będzie

więc nie tyle ciepło, co zmiany wilgotności powietrza. Bardzo ważne jest też wietrzenie pomieszczeń. Jedną z hipotez tłumaczących, dlaczego u nas sezon grypowo-przeziębieniowy jest w zimie, a w krajach tropikalnych w porze deszczowej, wskazuje na fakt, że w tych okresach ludzie przebywają zwykle w zamkniętych pomieszczeniach. Z wielu obecnie pojawiających się doniesień dowiadujemy się, że do zakażenia doszło na spotkaniu rodzinnym albo zebraniu w pracy bądź w autobusie itp.

Profesor Andrzej Gładysz zwraca uwagę, że mamy do czynienia z wirusem odzwierzęcym, którego genomu nasz układ odpornościowy w skali społeczeństwa świata jeszcze nie rozpracował. Zaznacza, że nie możemy zapomnieć o rezerwuarach. – Ciągłe do końca nie wiemy, gdzie i na jak długo wirus się przyczai i przeczeka. A wtedy tylko zwykłe rozluźnienie higieny osobistej i powrót do rutyny w zachowaniach może dać szansę oportunistycznego ponownego obudzenia się epidemii – mówi były konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych. – Ktoś powiedział, że jest to przebudzenie SARS. Tak! Kiedy skończyła się epidemia SARS, powiedziałem do mediów: „To jest tylko przyczajenie”. Powiedziałem to świadomie. Podobnie było z ospą prawdziwą. Wirus, z którym teraz walczymy, tkwi w środowisku (jest wirusem RNA) i ma zdolność do szybkiego mutowania. Wszystko więc będzie zależało od tego, na czym będzie polegała hybrydyzacja. Dla każdej odmiany/hybrydy tego wirusa nasz układ odpornościowy musi wytworzyć nowe przeciwciała. Ale żeby to zrobić, musi go najpierw rozpoznać, musi się z nim spotkać, rozpracować go, a więc znowu będą ofiary i to jest najgorsze. Musimy pamiętać, że oprócz wirusów, jak zapowiadają biolodzy, jest jeszcze około 30 czających się drobnoustrojów odzwierzęcych. Trzeba więc być przygotowanym na kolejne zagrożenia – przestrzega. ■

STOMATOLOGU! W ZAKŁADCE „KOMUNIKATY STOMATOLOGICZNE” – PUBLIKUJEMY AKTUALNE INFORMACJE DOT. COVID-19

Szanowne Koleżanki, szanowni Koledzy

Znaleźliśmy się w bardzo trudnej sytuacji. W obliczu ogłoszonej pandemii wirusa SARS-Cov-19, stomatolodzy są szczególnie narażeni na zakażenia z racji pracy w środowisku jamy ustnej pacjenta, oraz wytwarzanego aerozolu. Komisja Stomatologiczna DRL współpracuje z KS NRL oraz innymi instytucjami środowiska stomatologicznego.

Na stronie internetowej DIL – w zakładce „Komunikaty stomatologiczne” – publikujemy aktualne informacje dot. Covid-19 i stomatologii. Znajdziecie tam m.in. zalecenia Ministerstwa Zdrowia ws. postępowania przy udzielaniu świadczeń stomatologicznych.

lek. dent. Iwona Świętkowska,
wiceprezes DRL ds. stomatologii, przewodnicząca
Komisji Stomatologicznej DRL



Z dr. n. med. Pawłem Wróblewskim rozmawia Agata Grzelińska.

Praca na wielu etatach to największe zagrożenie dla białego personelu w czasach epidemii



Fot. z archiwum PW.

Jak zorganizować dolnośląską służbę zdrowia w dobie zmagania z koronawirusem? Jakiej pomocy potrzebuje personel medyczny i w jaki sposób samorząd lekarski zamierza jej udzielić? Jak zminimalizować skutki epidemii? O tym wszystkim mówi dr n. med. Paweł Wróblewski, prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu.

Agata Grzelińska: Dolny Śląsk jest drugim regionem pod względem liczby wykrytych zakażeń. Czy takie kwestie jak bliskość granic, wysokie uprzemysłowienie, duża gęstość zaludnienia i położenie na trasie głównych szlaków komunikacyjnych warunkują sposoby walki z koronawirusem? Czy są tu potrzebne dodatkowe działania, a jeśli tak, to jakie?

Dr n. med. Paweł Wróblewski: Jesteśmy dynamicznie rozwijającym się regionem, a Dolnoślązacy – ludźmi zamożnymi i ciekawymi świata. W naszym województwie dzięki specjalnym strefom ekonomicznym ulokowano inwestycje z różnych zakątków globu. Tylko w podwrocławskich Kobierzycach mamy około 6000 pracowników pochodzenia azjatyckiego, którzy niemal bez przerwy krążą pomiędzy naszym regionem a krajem ojczystym. Ta mobilność niewątpliwie przyczynia się do stosunkowo dużej liczby zachorowań. W pierwszych tygodniach epidemii niemal wszyscy rozpoznani pacjenci przywieźli chorobę z zagranicznych wojaży. Jedynym skutecznym w takiej sytuacji działaniem jest czasowe zamknięcie granic i poddanie obowiązkowej kwarantannie wszystkich powracających do kraju. I to się dzieje. A gdy to nie wystarczy, musimy spodziewać się zamknięć w kwarantannach, np. określonych obszarów naszego regionu.

A.G.: Nie wiemy, jak długo potrwa epidemia, chorych przybywa, rośnie ryzyko zachorowania wśród personelu medycznego. Czy grozi nam paraliż służby zdrowia? Co zrobić, żeby do niego nie dopuścić?

P.W.: Walka z epidemią to długotrwały proces, wymagający dostosowania dostępnych metod do rzeczywistego zagrożenia. Głównym celem jest takie działanie, żeby straty spowodowane skutkami ubocznymi zastosowanych restrykcji i ograniczeń w funkcjonowaniu państwa i obywateli nie były większe od tych, które spowodowałaby sama choroba. Główna strategia walki z koronawirusem SARS-CoV-2 jest nastawiona na ograniczenie liczby zachorowań i rozciągnięcie epidemii w czasie tak, by nie dopuścić do kumulacji ciężkich zachorowań w krótkim okresie, co doprowadziłoby do niewydolności systemu opieki zdrowotnej. Czas ten jest także wykorzystywany na poznanie właściwości nowego wirusa, poszukiwanie ewentualnych leków i szczepionek oraz stworzenie warunków do uruchomienia mechanizmów zmierzających do wytworzenia odporności populacyjnej. Jeśli uda się nam ten plan zrealizować, paraliżu systemu ochrony zdrowia nie będzie.

A.G.: Ryzyko, że lekarz czy ktoś z personelu medycznego zachoruje, jest ogromne. W jaki sposób osłaniać pracowników ochrony zdrowia?

P.W.: Koronawirus SARS-CoV-2 to nie ebola czy ospa prawdziwa. Nie jest to też z pewnością biblijne, morowe powietrze. Przy stosowaniu odpowiednich środków ochrony osobistej i ograniczaniu kontaktu z chorymi do niezbędnego minimum ryzyko zarażenia jest niewielkie. Największym problemem epidemiologicznym w przypadku tego wirusa jest niestety duży procent zachorowań skąpo objawowych lub wręcz bezobjawowych. Kiedy do tego dołożymy ogromną mobilność białego

personelu, czyli pracę na wielu etatach, to przy lekceważącym podejściu do zaleceń sanitarno-epidemiologicznych będziemy mieli problem z ciągłością udzielania świadczeń medycznych. Jedyny sposób na uniknięcie epidemii wśród pracowników ochrony zdrowia to restrykcyjne przestrzeganie zasad zmierzających do ograniczenia ekspozycji na skażone wydzieliny chorych i ograniczenie kontaktów osobistych. Niestety, każdego pacjenta dziś powinniśmy traktować jak potencjalne zagrożenie. Gogle, przyłbice, maseczki, fartuchy ochronne i rękawiczki albo niemal ciągła dezynfekcja rąk powinny w okresie epidemii stać się stałym elementem w naszej pracy. Ograniczenia, niestety, powinny dotyczyć także wzajemnych kontaktów ze współpracownikami. Wszystkie dotychczasowe ogniska zakażeń w szpitalach rozpozczęły się od personelu medycznego.

A.G.: Jakiego rodzaju wsparcia potrzebują teraz lekarze? Prawnego? Biznesowego? W kwestiach dotyczących RODO? Psychologicznego? A może w opiece nad swoimi dziećmi?

P.W.: W sytuacji kryzysowej każde wsparcie jest ważne. Stomatolodzy i lekarze prywatnie praktykujący poza systemem NFZ będą mieli poważne kłopoty finansowe. Młodym lekarzom przyda się pomoc przy dzieciach, bo szkoły, przedszkola i żłobki zamknięto. Najbardziej obciążonym psychicznie zakaźnikom i pracownikom pogotowia ratunkowego pewnie najszybciej będzie przydatna pomoc psychologiczna. O RODO nawet nie chcę wspominać, bo gdybyśmy chcieli się nim przejmować, to analizy prawne niemal codziennych sytuacji wydłużyłyby albo nawet uniemożliwiłyby nasze skuteczne działanie. Dlatego i pomoc prawna, niestety, będzie potrzebna, gdy wzorem polskiej polityki, po uporaniu się z epidemią przyjdzie czas rozliczeń i wszelkie instytucje kontrolne rzucą się na dyrektorów i lekarzy, i oczywiście inspektorzy z za bezpiecznych biur przy dobrej kawie, jak zwykle po czasie, będą wszystko wiedzieli lepiej... Jednak dziś chyba największą bolączką są braki w środkach ochrony osobistej.

A.G.: Czy samorząd lekarski rozpoznaje to zapotrzebowanie? Czy i jakie wsparcie planuje?

P.W.: Oczywiście. Na własnej skórze ćwiczymy np. braki sprzętu ochronnego i błędy organizacyjne wynikające najczęściej z nadzwyczajnych i niespotykanych dotąd okoliczności obecnych wydarzeń. Takiej sytuacji nie odnotowano nigdy w nowożytnej historii świata. Cieszę się, że mamy do czynienia „tylko” z naszym koronawirusem SARS-CoV-2, bo przećwiczymy walkę z epidemią w praktyce, bez większych tragedii przy ewentualnych błędach.

Działania samorządu lekarskiego są wielokierunkowe. Przede wszystkim staramy się uzupełnić we własnym zakresie braki sprzętowe. Razem z prezesem „Fundacji Lekarze Lekarzom”, kolegą Mariuszem Janikowskim, podpisałem 25 marca umowę z „Kulczyk Foundation”, na mocy której pozyskaliśmy 20 mln zł na zakup sprzętu do diagnostyki genetycznej koronawirusa, ekwipunku ochronnego dla personelu medycznego w postaci masek z filtrem N95, kombinezonów ochronnych spełniających kryteria wirusologiczne i środków antyseptycznych. Specjalnie do tego powołany zespół przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, którego jestem członkiem, pracuje intensywnie. Mam nadzieję, że gdy Koleżanki i Koledzy będą czytać ten wywiad, sprzęt będzie już leciał z Chin do Polski.

W podobny sposób organizuje się też dolnośląski biznes. Na gruncie lokalnym uruchomiliśmy konto naszej dolnośląskiej Fundacji „Dla Wiedzy i Mądrości”, na cele działań związanych z epidemią możemy przeznaczyć środki z funduszu rezerwo-

wego DIL. Komisja Socjalna uruchomiła swoje fundusze na potrzeby wsparcia lekarzy w trudnej sytuacji w związku z epidemią. Cały czas próbujemy interweniować w Ministerstwie Zdrowia i NFZ w sytuacjach związanych z komplikacjami naszej codziennej pracy wynikającymi z ogłoszonego oficjalnie przez władze stanu epidemii w naszym kraju.

W pomoc włączyli się też aktywnie studenci naszej uczelni medycznej, którym użyczyliśmy pomieszczeń Izby i sfinansowaliśmy niezbędne materiały: wyprodukowali z nich już kilka tysięcy przyłbic własnego pomysłu. Studenci oferują także pomoc w opiece nad dziećmi lekarzy, którzy pełnią służbę przy chorych, a zaprzyjaźnione samorządy prawnicze oferują bezpłatne porady prawne. Wszystkie informacje na temat tych działań dostępne są na naszej stronie internetowej i na portalach społecznościowych.

” —————
To właśnie jest największy problem epidemii, a nie sam wirus czy jego zjadliwość. Statystyki pokazują, że około 6% pacjentów wymaga intensywnej terapii oddechowej. Dlatego nie możemy dopuścić do niekontrolowanego wzrostu zachorowań, bo przy dużej liczbie chorych w krótkim czasie zablokujemy całą intensywną terapię i anestezjologię.

“
A.G.: Na ile skuteczne są teleporady? Czy ten system dobrze działa, sprawdza się, czy wymaga zmian? Jakich?

P.W.: Teleporady, e-recepty i e-zwolnienia są zbawieniem w obecnej sytuacji. Pozwalają na skuteczną pracę bez bezpośredniego narażania na zarażenie personelu medycznego. Oczywiście nie wszyscy byli przygotowani logistycznie na tak gwałtowną zmianę sposobu pracy, ale myślę, że powoli sytuacja się normalizuje i telemedycyna dzięki epidemii złapie drugi oddech na fali swojego rozwoju.

A.G.: Wszystkie siły skierowane są na walkę z koronawirusem. Jak pogodzić to z faktem, że wielu ludzi chorujących na inne poważne schorzenia pilnie potrzebuje pomocy?

P.W.: To właśnie jest największy problem epidemii, a nie sam wirus czy jego zjadliwość. Statystyki pokazują, że około 6% pacjentów wymaga intensywnej terapii oddechowej. Dlatego nie możemy dopuścić do niekontrolowanego wzrostu zachorowań, bo przy dużej liczbie chorych w krótkim czasie zablokujemy całą intensywną terapię i anestezjologię. Mam nadzieję, że ograniczenie leczenia planowego będzie krótkotrwałe i pacjenci nie ucierpią z tego powodu, natomiast przypadki pilne są oczywiście cały czas leczone. Lepiej teraz wstrzymać planowe leczenie nawet na kilka tygodni, niż całkowicie zablokować system na wiele miesięcy, jak to się dzieje dziś we Włoszech. ■



Tekst Marcin Lewicki

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/coronavirus-4959763/congerdesign

Najwyższa pora na panikę*

Czas karnawału wydaje się być teraz odległy od nas niczym Ameryka od Europy w czasach przedkolumbijskich. W tym roku Wielki Post jest dla nas wszystkich postem – wstrzemięźliwość od zgromadzeń jest jak najbardziej uzasadniona, imprezy wszelkie odwołano. Tylko umiarkowania w jedzeniu i picu ciężko szukać, patrząc po półkach sklepowych. Przez mgłę przypominam sobie rozmowę, którą wtedy odbyłem. Pamiętam, że dzieliłem się moimi spostrzeżeniami na temat czasu pracy, że chwalę sobie te pół równoważnika etatu, który akurat wypełniałem. Teraz widzę, że trochę przedwcześnie...

Mój ostatni tydzień był, pod względem zawodowym, dość monotony. Zaczynałem pracę o godz. 10.00, kończyłem, gdy zamykano budynek, ok. godz. 20.00. Od razu chcę uciąć spekulacje – mam możliwość unikania bezpośredniego kontaktu z pacjentami, pracuję w jednej z placówek pewnej ogólnopolskiej sieci dość luźno powiązanej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Pacjentów przyjętych przeze mnie na miejscu w gabinecie mogę więc policzyć na palcach jednej ręki.

Czas upływał mi na wykonywaniu dziesiątek telefonów do pacjentów. Rozmowy z nimi urozmaicałem sobie oczekiwaniem na połączenie z Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną we Wrocławiu – w ostatnim czasie skuteczność podobna jak dodzwonienie się do audiotele. Wyprodukowałem olbrzymią ilość makulatury – wreszcie nauczyłem się, jak wypełniać druk ZLK-1. Nie jest to wcale trudne, a może się jednak okazać przydatne w czasie następnej epidemii grypy, na którą zachorowalność, wbrew pozorom wcale nie spadła. Zajęcia z przysposobienia obronnego także nie poszły na marne – teraz miałem świetną okazję do powtórki – zieleń kombinezonu podobno podkreśla mój kolor oczu. Za drugim podejściem udało mi się założyć go i zdjąć zgodnie ze sztuką.

Chciałbym wrócić do poruszonego wątku telefonicznego – jestem pełen podziwu i współczucia dla pracowników sanepidu. Przy tak dużym niedoborze kadr, tak głębokim niedofinansowaniu – wbrew wszelkim niedogodnościom – stawiają czoła nieprzebranym rzeszom ludzi, którzy próbują się dodzwonić do stacji.

W poniedziałek, 16 marca, przyjmowałem objawowego pacjenta, transportem sanitarnym wysłałem go do szpitala zakaźnego. W środę 18 marca dodzwoniłem się po kilku godzinach prób i dowiedziałem się, że wyniku nie ma i mam dzwonić przed godz. 15.00 lub następnego dnia rano. Jako że środa także do najłżejszych nie należała, kwadrans po piętnastej przypomniałem

sobie, dokąd miałem zadzwonić. Przyszedł czwartek – wszyscy w placówce siedzą na szpilkach, którymi co i rusz mnie dźgają, ponieważ nikomu nie uśmiecha się zbyt długie życie w niepewności. Godzinka na słuchawce i wreszcie uprzejmy głos informuje mnie, że mam dzwonić po południu lub rano następnego dnia, ponieważ wyniku nie ma (ani pozytywnego, ani negatywnego). W głowie huczało mi od słów powszechnie uznawanych za obraźliwe i niecenzuralne, jednak, pamiętając o tym, że nie jestem jadowity, w porę ugryzłem się w język. Coraz bardziej bolały szpilki wbijane przez dyrektora placówki i innych pracowników mających kontakt z pacjentem.

W piątek wpadł mi do głowy pomysł, by za pomocą pewnego popularnego portalu społecznościowego poprosić o pomoc lekarzy pracujących w jednoimiennym szpitalu zakaźnym. Uzyskałem numer telefonu, zadzwoniłem – połączenie – pacjent dotarł, nawet miał wykonany test! Więcej informacji lekarz dyżurny podać nie mógł. W pełni to dla mnie zrozumiałe, bo podyktowane ochroną danych osobowych (co mocno popieram). Czas na ponowny kontakt ze stacją – tym razem miałem jedynie czternaście nieudanych połączeń, piętnaste było tym szczęśliwym. Uchwyciłem się go niczym tonący brzytwy, anestezjolog ostatniej rurki, czy internista na piątkowym dyżurze ostatniego Foley'a na oddziale. Po wyjątkowo krótkim oczekiwaniu uprzejmy, ale już dość mocno zmęczony, głos poinformował mnie, że wyniku nadal brak. Konsultacja z kilkoma osobami w pobliżu także nas do wyniku nie zbliżyła. Po bez mała dwóch kwadransach umówiłem się z uprzejmym głosem, że oddzwoni do mnie do końca dnia roboczego, jeśli wynik okaże się być pozytywnym. Pacjent był szybszy – po godz. 13.00 mogłem uspokoić moich współpracowników negatywnym wynikiem, o którym zostałem poinformowany właśnie przez pacjenta. Szpilki znów wyładowały w poduszce, a ja jestem bezpieczny (średnio przepadam za tego typu przedmiotami, lubię czasem coś zeszyć, ale bez pomocy imadła niemal zawsze się zakłuwam).

Długo zwlekałem z rozpoczęciem pracy w podmiocie prywatnym. Zawsze miałem z tyłu głowy myśl, że przecież, jeśli coś jest finansowane ze środków publicznych nie może być gorsze niż z prywatnych. Cóż, dość szybko zorientowałem się, że jednak sektor zdrowotny jest w całości tragicznie niedofinansowany, nie tylko jeśli chodzi o sanepid. Gdy znalazłem się „na wysuniętej placówce” nie miałem specjalnego kłopotu ze zlecaniem najbardziej fantazyjnych badań, które w tabelkach podręcznika profesora Szczeklika były umieszczone drobnym maczkiem gdzieś na dole strony. Nie miałem pro-



► LEK. MARCIN LEWICKI

Członek Zarządu Krajowego OZZL, członek Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii Naczelnej Rady Lekarskiej

Fot. z archiwum autora

A ile to wszystko będzie jeszcze trwać...? Tego chyba nawet najstarsi górale nie są w stanie przewidzieć.

blemu z kombinezonem i goglami, ba! Nawet maskę z filtrem odpowiednim dostałem. Co, niestety, nie jest praktyką powszechną. Istnieją szpitale na Dolnym Śląsku, które nie mają opracowanych procedur na wypadek epidemii, o środkach ochrony osobistej już nie wspominając. Dyrekcja dzielnie wszystkim niemal zarządza, okopawszy się uprzednio w domach w ramach home office. Coraz więcej pacjentów zgłasza się z powodu F43.2, nie mówiąc już o F41. Stąd już prosta droga do paniki – zarówno u pacjentów, jak i pracowników, a komfort pracownika przekłada się wprost proporcjonalnie na komfort dyrektora. Czego część dyrektorów zdaje się nadal nie zauważać.

Cytując za profesorem Adamem Bilikiewiczem: „Lęk – to nastrój, w którym dominuje odczucie silnego zagrożenia lub zatrważającej zmiany wywodzącej się z nieznanego, nierealnego źródła. W przypadku, gdy źródło zagrożenia lub zmiany jest znane, używane jest raczej określenie – strach, obawa – gdy zagrożenie jest dopiero przewidywane, trwoga, gdy zachodząca zmiana jest trwała, a panika, gdy jest ona nagła” (Bilikiewicz A., *Psychiatria, Podręcznik dla studentów*, Warszawa 2006; s. 83). Obecna sytuacja epidemiologiczna dotyka większości ludzi zamieszkujących naszą planetę, bezpośrednio wpływa na życie codzienne. Przewlekły stres upośledza mechanizmy adaptacyjne człowieka, pogarsza się jego funkcjonowanie w społeczeństwie, niektórzy porzucają dotychczasowe role. Rozluźnieniu ulegają także więzi międzyludzkie (tamże; strony 426-427). Z pótek aptecznych znika w zatrważającym tempie Arechin, na resztki Plaquenilu państwo założyło blokadę.

Zacząłem się niedawno zastanawiać, jak świat będzie wyglądał po epidemii. Czy ludzie będą miłsi? Czy przyjaźnie pozostaną niezachwiane? Jak będziemy postrzegani przez współobywateli? Czy współpraca wewnątrz środowiska się poprawi? Stropiłem się okrutnie, ponieważ do żadnych optymistycznych wniosków nie doszedłem – ludzie zapomną, a ci, którzy będą pamiętać, stwierdzą, że to nasz psi obowiązek i o czym my w ogóle mówimy. Przypomnienie protestów sprzed dwóch lat i postulatów, o które walczyliśmy, są teraz czczym gadaniem, grochem rzucanym o ścianę – dopiero wizja Chin, a teraz nieodległych Włoch zmusiła rządzących do przesunięcia funduszy do systemu ochrony zdrowia. Pocięsza mnie tylko myśl, że fałszywi przyjaciele znikną, a te prawdziwie silne relacje tylko się wzmocnią.

A ile to wszystko będzie jeszcze trwać...? Tego chyba nawet najstarsi górale nie są w stanie przewidzieć. ■

* Tytuł felietonu został zaczerpnięty z filmu animowanego Toy Story.



Zródło grafiki: www.pixabay.com/photos/coronavirus-4939290/congerdesign

KORONA-PANIKA? INFODEMIA?

Socjologiczny kontekst pandemii koronawirusa w Polsce

Fot. z archiwum autorki



► DR MONIKA WÓJTA-KEMPA

Socjolog medycyny, zdrowia i choroby. Adiunkt w Zakładzie Medycznych Nauk Społecznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Zastępca redaktora naczelnego kwartalnika „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, opiekun Studenckiego Koła Badań Naukowych w Medycynie. Zainteresowania naukowe: metodologia badań społecznych w obszarze zdrowia, socjologia medycyny, zdrowia i choroby, komunikowanie w obszarze usług zdrowotnych, kampanie zdrowotne. Prywatnie miłośniczka Japonii, mama dwóch synów.

Socjologowie są zdania, że ludzie znajdują się w ryzykownych sytuacjach nie ze względu na to, kim są (np. w sensie płci czy wieku), lecz ze względu na to, kogo znają i w jakiej sieci społecznej się obracają (Christakis N., Fowler J.H., *W sieci, Smak słowa*, Sopot 2011, s. 107). Wyłączenie z sieci społecznej choćby jednej osoby powoduje przerwanie łańcucha „zaraźliwych” czynności, prowadzących do szerzenia się (epidemii) niewłaściwych zachowań. Niektóre sieci społeczne są odporne na usuwanie jednostek (kluczowych węzłów komunikacji). Tak może zdarzyć się w sieciach rówieśniczych albo innych, opartych na podobieństwie poglądów (np. ruchów antyszczepionkowych). Mamy także takie przypadki, w których lider tworzy wokół siebie wianuszek wyznawców i na poparcie swoich racji używa argumentu ilościowego („zobaczcie, ile mam lajków”).

Sieci społeczne to zbudowane przez połączenia grupy społeczne. Składają się z jednostek (nazywanych ego) oraz węzłów (alterzy), swoistych punktów komunikacyjnych, influencerów umożliwiających rozprzestrzenianie się zachowań (lub idei) społecznych. Niezwykle przydatne do zrozumienia tego zjawiska są graficzne ilustracje sieci społecznych (rys. 1). Sektor analiz sieci społecznych rozwija się bardzo dynamicznie i wspiera epidemiologów i medycynę rodzinną. W sieciach społecznych przenoszone są nie tylko wirusy i bakterie, ale przede wszystkim zachowania prowadzące do choroby. Udowodniono, że członkowie rodzin i grup znajomych wzajemnie oddziałują m.in. na zachowania żywnościowe, tworząc grupy (klastery) z osobami z podobnym BMI („epidemia otyłości” – Nicholas A. Christakis, M.D., Ph.D., M.P.H., and James H. Fowler, Ph.D., *The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years*, 2007, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs066082>) [wykres 1].

Naśladownictwo społeczne jest ogromną siłą, z której często nie zdajemy sobie sprawy. W ramach lokalnych sieci rozprzestrzeniają się idee i zachowania, a zależą od nasilenia więzi (kontaktów) pomiędzy jednostkami. Członkowie sieci społecznych w mniej czy bardziej świadomy sposób uzgadniają sposób głosowania w wyborach (Jackson J.E., Mach B.W., Sadowski I., *Wpływ otoczenia społecznego na decyzje wyborcze [w] Ludzie w sieciach. Znaczenie otoczenia społecznego dla funkcjonowania jednostki*, Instytut Studiów Politycznych PAN, Warszawa 2018). Ludzie o podobnej wadze (poglądach, hobby) lubią swoje towarzystwo (zjawisko to nazywamy homofilią) i uruchamiają szereg działań, by wesprzeć racjonalnymi (lub nieracjonalnymi) argumentami zasadność wspólnego objadania się (dyskusowania, spędzania czasu na ulubionych zajęciach). Zresztą wspólny grzech cięży ludziom jakby mniej...

Środowisko medyczne rzadko docenia wyniki badań nad wpływem sieci społecznych na zdrowie. W ostatnich latach ukazały się jednak ważne artykuły, ukazujące znaczenie otoczenia społecznego w zapobieganiu rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. W bazie PUBMED możemy znaleźć artykuł ukazujący znaczenie sieci społecznych w rozprzestrzenianiu się ryzykownych zachowań wśród migrantów (Wenqing W., Muessig K.E., *Social network correlates of HIV risk-related behaviors among male migrants in China*, *BMC Public Health*, 2017), chorych na HIV (Felsher M., Koku E., *Explaining HIV Risk Multiplexity: A Social Network Analysis*, *AIDS and Behavior*, 2018), nastoletnich palaczy (Seo D-C, Huang Y., *Systematic review of social network analysis in adolescent cigarette smoking behavior*, *Journal of School Health*, 2012) czy chorób wenerycznych (Trecker M.A., Dillon J.R., Lloyd K, Hennink M, Jolly A, Waldner C., *Can Social Network Analysis Help Address the High Rates of Bacterial Sexually Transmitted Infections in Saskatchewan? Sexually Transmitted Diseases*, 2017). Ostatnio coraz częściej zwraca się uwagę na system wsparcia społecznego w sieciach społecznych pacjentów z bólem przewlekłym (Fernández-Peña R., Molina J.L., Valero O., *Personal Network Analysis in the Study of Social Support: The Case of Chronic Pain*, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018) czy chorych psychicznie (Rosenquist J.N., Fowler J.H., Christakis N.A., *Social network determinants of depression*, *Molecular psychiatry*, 2011). Osoby posiadające duży krąg przyjaciół lepiej tolerują ból (<https://www.theguardian.com/science/2016/apr/28/people-with-more-friends-have-higher-pain-thresholds-study-suggests>; Johnson K.A., Dunbar R., Dunbar M., *Pain tolerance predicts human social network size*, *Sci Rep.* 2016; 6: 25267.; doi: 10.1038/srep25267), ale skłonne są też bezgranicznie ufać osobom z własnej sieci społecznej.

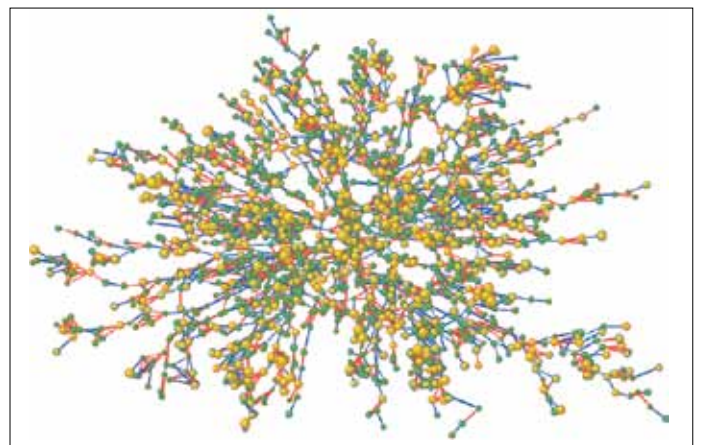
Kobiety zwykle tworzą bardziej rozległe sieci społeczne niż mężczyźni. Z pewnością pomagają im w tym kompetencje społeczne i umiejętność emocjonalnego dopasowania się. Osoby na peryferiach sieci czują się bardziej samotne niż te w centrum (w klastrach). Osoby otaczające się wieloma przyjaciółmi czują się mniej samotne, ale ulegają zwielokrotnionym wpływom społecznym. W perspektywie sieciowej słowo „epidemia” ma dwa znaczenia: po pierwsze, oznacza nieprzeciętnie częste występowanie jakiegoś stanu (np. ilości zachorowań). Po drugie wskazuje na możliwość zarażenia się i sugeruje, że jakiś czynnik rozprzestrzenia się bardzo szybko (Christakis, Fowler, *W sieci...*, s. 10). Oznacza to, że jeśli utyje (naszym zdaniem) najlepszy przyjaciel, to ryzyko, że my także przytyjemy, zwiększa się trzykrotnie. Wydaje się więc, że wyjaśnienie nieprawidłowych zachowań zdrowotnych poprzez analizę sieci może być co najmniej tak samo skuteczne, jak doszukiwanie się związków pomiędzy nadużywaniem alkoholu, zażywaniem narkotyków itd. a miejscem zamieszkania czy rasą (czyli czynnikami indywidualnymi).

Sieci społeczne mają wpływ na zachowania zdrowotne w określony sposób. Nie są jedynie sumą zachowań indywidualnych, lecz siecią osób i przekazywanych między nimi informacji. Christakis porównał światową epidemię otyłości rozwijającą się w XX wieku do garści kamieni wrzuconej do dużego akwenu. W wielu miejscach naraz powstają lokalne skupiska podobnych zjawisk. Kontakty społeczne nie są naturalnie jedynym czynnikiem sprzyjającym tyciu czy innym niezdrowym zachowaniom. Są nimi także: wzrost podaży, reklama, całe to „kuszenie”, które sprawia, że konsumenci „jedzą oczami”. Ludzie zaczynają się objadać pod wpływem stresu, napięcia, rozvodu, problemów osobistych, ale także wtedy, gdy rzucają palenie lub biorą niektóre leki. Głównym wektorem są tu jednak jednakowe zachowania, czyli naśladownictwo społeczne.

Obserwacja ludzi, którzy zachowują się podobnie jak my, wywołuje w nas uczucie spokoju. Na tej samej zasadzie rozprzestrzeniają się fake newsy, lęk i panika.

Użyjmy wyobraźni socjologicznej (Mills C.W., *Wyobraźnia socjologiczna*, PWN, Warszawa 2007). Co się stanie, jeśli ludziom pozwolimy robić to, co chcą? Najprawdopodobniej najpierw pomyślą: „Ale super! Teraz mogę robić to, co chcę”, ale sekundę później pojawi się kolejna myśl: „A co w tym czasie będą robić inni?”. Zanim więc zaczną realizować swoje plany, w pierwszej kolejności rozejrzą się wokół, sprawdzając, co robią inni. Szczególnie wtedy, gdy sytuacja jest nowa, poszukujemy norm, które podpowiedzą nam, jaki sposób myślenia czy działania jest słuszny. Czasem normy te preferują interes jednostki, czasem interes grupy.

Jeśli w nowej sytuacji społecznej nie wiemy, co się dzieje („Czy koronawirus naprawdę istnieje?”, „Czy jest groźny?”), czekamy na reakcję innych, wierząc, że liderzy podpowiedzą, co myśleć i co robić. Takie społeczne (informacyjne, normotwór-



Rysunek 1. Sieć 2200 osób z badania panelowego „Framingham Heart Study” z 2000 roku. Kolor obramowań węzłów oznacza płeć (czerwony – kobiety, niebieski – mężczyźni). Kolor żółty oznacza osobę z BMI >30, zielony – osobę z BMI <30. Rozmiar węzła jest tym większy, im wyższe jest BMI osoby. Kolory połączeń przedstawiają rodzaj relacji (fioletowy – przyjaciele lub małżonkowie, pomarańczowy – członkowie rodziny). W poszczególnych miejscach sieci można zaobserwować skupiska otyłych i nieotyłych osób. Na stronie <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa066082> można obserwować, jak dynamiczne są sieci społeczne – polecam ciekawą animację. Źródło: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa066082>

cze) lokomotywy robią z nas „pasażerów na gapę” (tzw. prawo Olsona). Dokładnie tak stało się w przypadku koronawirusa. Opinia publiczna czekała na opinię ekspertów (zarówno chińskich, jak i rodzimych epidemiologów, lekarzy chorób zakaźnych), ale też i na ekspertów-laików (Collins H., *Czy wszyscy jesteśmy ekspertami?*, PWN 2018). W sieciach każdego z nas występują obywatele-sceptycy – poddający w wątpliwość rzetelność badań naukowych oraz obywatele-demaskatorzy – dopatrujący się w projektach naukowych konfliktu interesów, czy też „eksperci” w dziedzinach, którymi po prostu się interesują. A może sami jesteśmy kimś takim?

Liderzy opinii (naukowi bądź nie) robią to, czego od nich oczekujemy. Konstruują definicję zjawiska (np. czy SARS-CoV-2 jest groźny). We własnych sieciach społecznych tworzymy jednak normy zachowań dedykowane tym definicjom. Niezależnie od podawanej listy czynników ryzyka i zalecanych działań profilaktycznych lub ochronnych (np. noszenie maseczki, unikanie miejsc publicznych), w sieciach wyczuwane są i powielane normy dotyczące akceptacji zaleceń. »

Norma społeczna to przyjęta, ustalona reguła, zasada albo wzór zachowania (Encyklopedia Socjologii, 1999, T. 2, s. 336). Niektóre normy tworzą się bardzo długo (np. powstające w politycznych bólach normy prawne), ale niektóre mogą po-



wstawać w sposób „obiegowy”. Niektóre normy, mówiąc kolokwialnie, są bardziej „zaraźliwe”. Im mniej czasu ma osobnik na podjęcie decyzji, jak się zachować, tym chętniej opiera się na jakimkolwiek autorytecie.

Koronawirus i wywołana przez niego choroba COVID-19 to zdradziecki patogen. Gdyby, podobnie jak Ebola, powodował szybkie i straszliwe objawy, wielu ludzi natychmiast dałoby się zamknąć na dwa tygodnie w szpitalnej izolatce. Jeśli jednak został on zdefiniowany przez ekspertów jako „grypopodobny” i brakuje obrazów ukazujących zakażonych ludzi pod respiratorami, strach ma niski poziom. Lęk nie generuje wtedy norm społecznych, które są definiowane jako obowiązujące.

„Cancel everything” – to jedyna skuteczna szeroko dostępną metoda walki z epidemią koronawirusa na poziomie społecznym. Jeśli zostanie uznana za definicję sytuacji i normę zachowania, to ludzkość wygra z zarazą. Dlaczego nie zawsze zwyciężają najrozsądniejsze opcje? Co jeśli ludzie postanowią jednak zachować się inaczej?

W kilku ostatnich tygodniach byliśmy świadkami, jak kształtują się ścieżki naśladownictwa społecznego. Kiedy pojawiły się pomysły na izolację jako skuteczną formę walki z koronawirusem, Polacy podzielili się na dwa obozy. Ognisko pierwszej sieci informacyjnej było skupione wokół pomysłu „idzie wojna, zróbmy zapasy”, drugi zaś „nie dajcie się panice, koronawirus to tylko kolejna odmiana grypy”. Nie ulega wątpliwości, że obozy te były konsekwencją braku jasnego i spójnego przekazu eksperckiego. Lekarze i naukowcy nie poznali jeszcze charakterystyki nowego wirusa, polegając jedynie na szczątkowych doniesieniach chińskich badaczy. Politycy z kolei łagodźli i zapewniali, że stosowne kroki zostaną bądź już zostały podjęte. Lukę w wiedzy eksperckiej chętnie wypełnili „obywatele-sceptycy” czy „obywatele-demaskatorzy”.

Obserwacje czynione w kolejnych dniach marca 2020 r. ukazały zjawiska, polegające przede wszystkim na walce z niedowiarstwami i szerzącymi się fake newsami w obszarze:

- etiologii wirusa (*chińskie laboratoria „wypuściły” wirusa podczas badań nad bronią biologiczną, wirus to próba zatuszowania wprowadzenia sieci 5G, zwierzęta roznoszą koronawirusa*),
- zachowań ochraniających (domowe testy na koronawirusa, szczepionki jako sposób na zachipowanie obywateli, wzmacniacze odporności typu ssanie tabletek z cynkiem lub wlewki z perhydrolu),
- konsekwencji epidemii: wprowadzenie stanu zagrożenia epidemicznego przez rząd RP (tańcuszek wiadomości na komunikatorach o wprowadzeniu stanu wojennego w piątek, 13.03.2020),
- społecznym (kto zachorował, np. fake news dotyczący Daniela Radcliffe’a czy izolatek dla VIP-ów).

Ostatecznie jednak Polacy (na co wskazuje pierwszy tydzień ogólnopolskiej akcji „zostań w domu”) przyjęli za wytyczne eksperckie definicje sytuacji. Sam wirus nie wywołał paniki. Może ją jednak wywołać brak pracy, zarobku, możliwości kontaktu z innymi ludźmi (podczas izolacji czy kwarantanny).

Bardzo silne i spójne sieci tworzy ruch antyszczepionkowy (Stahl J.P., Cohen R., Denis F., Gaudelus J., Martinot A., Lery T., Lepetit H., *The impact of the web and social networks on vaccination. New challenges and opportunities offered to fight against vaccine hesitancy*, Médecine et Maladies Infectieuses. 2016 May;46(3):117-22. doi: 10.1016/j.medmal.2016.02.002), który (odwołując się do pewnej sekwencji zdarzeń: szczepienie = autyzm) służy „wyjaśnieniami” osobistych tragedii rodziców dzieci z objawami ze spektrum autyzmu. Tak pisze o sile sieci Harry Collins: „Trzeba wykazać się empatią wobec rodziców, którzy twierdzili, że ich dzieci zachorowały na autyzm wskutek

szczepień MMR. Nie możemy wymagać, by zwykli ludzie rozumieli nawet podstawowe dane statystyczne związane z opisywanym tematem. Rodzice dostrzegali zaskakującą i przerażającą sekwencję wydarzeń związaną z czymś, co wyglądało na nieodpartą logikę: ich dzieciom wykonywano zastrzyk MMR i wkrótce po tym pojawiały się u nich oznaki autyzmu. W obliczu tragedii wszyscy szukamy przyczyn, możemy wręcz sądzić, że to kara Boża za popełnione w przeszłości złe uczynki. W jaki sposób rodzice mogli widzieć coś innego niż to, że zastrzyk wywołał autyzm? Presja psychologiczna, by tak właśnie to postrzegać, była obeszładniająca” (Collins H., *Wszyscy jesteśmy ekspertami*, s. 131-132). Anegdotycznym dowodom, świadectwom i innym przekonaniom sieciowym prowadzącym do podważania wiedzy eksperckiej powinniśmy przeciwdziałać. Co jednak w sytuacji, kiedy wiedza naukowa dopiero powstaje, tak jak w przypadku koronawirusa?

Lekarz stanowi bardzo ważną część informacyjnej sieci społecznej każdego pacjenta. Pacjenci liczą na ekspercką wiedzę i rzetelne stosowanie się do sztuki leczenia. Dlatego lekarz powinien być na bieżąco z rozwijającą się błyskawicznie wiedzą medyczną i wiedzieć, jak może rozprawić się z nieprawdziwymi informacjami, którymi karmią się pacjenci. Pełnienie roli autorytetu nie wszystkim przychodzi jednak z taką samą łatwością.

Jak lekarz może – korzystając z kilku socjotechnik – zachować spokój i rozsądek u pacjenta, który jest bombardowany zaraźliwym lękiem i mnóstwem nieprawdziwych informacji? Po pierwsze, nie podkreślać faktu, że sieci laickie generują czasem fałszywe wnioski. Warto pamiętać, że w większości sytuacji „co dwie głowy to nie jedna” i dlatego sieci są bardzo skuteczne w zaspokajaniu potrzeb jednostek. Po jednej stronie stoi wtedy (jeden) lekarz, po drugiej zaś (wieloosobowa i rozległa) sieć społeczna pacjenta (także ta wirtualna). Eksperci wpadają czasem w pułapkę wyższości (jestem przecież lekarzem, człowiekiem wykształconym itp.), ale – bądźmy szczerzy – za takim podkreśleniem nierówności kryją się interesy osobiste, służące podtrzymaniu wysokiej samooceny, a nie chęć przekonania kogoś. Mimo tego, że lekarz może mieć rację, pacjent skonfrontuje i uzgodni normę postępowania w ramach własnej sieci społecznej. Po drugie, w celu uchronienia pacjenta przed epidemią strachu, terapeuta może wzmacniać kompetencje intelektualne i społeczne pacjenta poprzez odwołanie się do jego wcześniejszych sukcesów w radzeniu sobie z problemami zdrowotnymi.

Warto uwrażliwić się na emocjonalną sytuację pacjenta i rozważyć następujące techniki upodmiotawiające:

1. traktować pacjenta jako tego, który wiedzę buduje w różnych sieciach społecznych (najczęściej niemedycznych, ale to nie znaczy nieprofesjonalnych!). Z tych sieci pochodzi bowiem wiedza na temat przyczyn choroby, sposobu rozprzestrzeniania się, leczenia itd. Warto podkreślać, że „każdy szuka wyjaśnień w trudnej sytuacji, a ile osób, tyle opinii. Poczekajmy na opinię ekspertów (choćby nawet mieliby być z Chin)”.
2. wspierać autonomię sieci społecznej pacjenta (w myśl *patient empowerment*): „Každy musi ochronić siebie i swoją rodzinę. Lepiej działać wspólnie niż w pojedynkę. Proszę razem z rodziną zastanowić się, jakie wyjście będzie rozsądne”.
3. pomóc wyszukać w sieci społecznej pacjenta te osoby lub sytuacje, z którymi sobie poradzono, dostrzec i docenić osobiste doświadczenia pacjenta.
4. przekazać pacjentowi dostęp do wiarygodnych danych, organizacji rządowych i pozarządowych, które publikują instrukcje, porady, instruktaże. ■

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/coronavirus-4959763/congerdesign

Pandemia wirusa czy pandemia strachu?

Obecnie mamy do czynienia nie tylko z pandemią wirusa, ale również pandemią strachu. Sytuacja ta przypomina niemal zbiorową „hipnozę lęku”. Jest to mechanizm, który bardzo prosto uruchomić w społeczeństwie w ogromnej mierze wychowanym przy użyciu lęku. W społeczeństwie, które dźwiga bagaż nieprzepracowanych traum poprzednich pokoleń (tj. wojna, stan wojenny).

► MGR ANNA MASTERNAK

Psycholog, trener komunikacji. Prowadzi szkolenia dla lekarzy z zakresu budowania relacji z pacjentem, komunikacji, asertywności oraz zarządzania emocjami. Kontakt: a.masterin@gmail.com



Fot. z archiwum autorki

Zbiorowa „hipnoza lęku”

Myśl o koronawirusie nabrała tak dużego potencjału lękotwórczego, jak objaw chorobowy dla hipochondryka. Gdzie więc leży problem? Z psychologicznego punktu widzenia w opartym na lęku procesie socjalizacji, o którym pisałam wcześniej. Jesteśmy, niczym psy Pawłowa, nauczeni się bać. Staliśmy się społeczeństwem neurotycznym i zależnym. Cechy te ujawnią się wyraźnie, gdy zostajemy rodzicami. Gdy nasze dziecko się przewróci, skaleczy, dostanie wysypki, zazwyczaj towarzyszy nam wtedy przerażenie, a mógłby spokój i świadomość, że żywy organizm wysyła różne sygnały i jest to naturalne.

W trakcie procesu socjalizacji w dużej mierze korzysta się z lęku, aby wykształcić w jednostce pożądany sposób myślenia bądź zachowania. System kar i nagród opiera się w ogromnej mierze na lęku. Niektórzy eufemizują stosowanie lękowych projekcji dotyczących przyszłości, nazywając je „mówieniem o konsekwencjach”, co sprawia, że szkodliwe psychicznie działanie brzmi lepiej i zyskuje aprobatę.

Gdy rodzic mówi swojemu dziecku, że „nic z niego nie będzie”, jeśli nie zacznie uczyć się matematyki, nie mówi o konsekwencjach, lecz stosuje okrutną projekcję lękową, która ma za zadanie skłonić dziecko do nauki. Często osiąga tym zamierzony rezultat, wywołując jednocześnie poważny skutek uboczny: wysoki poziom lęku. Większość z nas słyszała podobnie sformułowane komunikaty: w domu, w szkole, w pracy, a nawet w reklamach firm ubezpieczeniowych. Ostatecznie doprowadziło to do sytuacji, w której portret psychologiczny naszego społeczeństwa w 80% składa się z lęków. Od tych dużych, takich jak: utrata pracy, zaległości w spłacie kredytu, rozstanie z bliską osobą czy kryzys osobisty; po małe (ale konsekwentnie pogarszające nasze samopoczucie): spóźnienie się do pracy, pretensje ze strony przełożonego, krytyka, konflikt z partnerem, problemy ze snem. Czym innym jest realnie doświadczyć danego „zagrożenia”, a czym innym jest każdego dnia podskórnie odczuwać niepokój.

Gdy znajdujemy się w sidłach lęku, nasz organizm działa w trybie ciągłej mobilizacji, czyli tzw. trybie walcz lub uciekaj, który pochłania bardzo dużo naszej energii, niczym serce pozostające w ciągłym skurczu. Jest to sytuacja nienaturalna, patologiczna i stanowi podstawowe zaburzenie normalnego funkcjonowania psychicznego. Ścisły związek psychiki z organizmem sprawia, że osłabia to też organizm i jego możliwości radzenia sobie z zagrożeniem (np. chorobą).

Jakie jest więc rozwiązanie? Co trzeba zrobić, by nasza psychika nie ucierpiała w obliczu epidemii? »



Musimy przebudzić się ze zbiorowej „hipnozy lęku” i zacząć odnajdować w sobie spokój. Nie zewnętrzny, tylko wewnętrzny. Ten, za który sami jesteśmy odpowiedzialni, gdyż sami go budujemy. Nie jest to stan oparty na przesłankach typu: jestem spokojny, bo mam swój dom/splaciłem kredyt/mam oszczędności na koncie/jestem dyrektorem/sytuacja w Polsce nie jest wcale taka zła, jak w innych krajach. Ten spokój odczuwa się „po prostu” i bez względu na okoliczności. Jeśli opieramy go tylko na czynnikach zewnętrznych, okazuje się bardzo kruchy i jakakolwiek gorsza wiadomość może go zburzyć.

Pozorny spokój zewnętrzny powoduje, że gdy tylko usłyszymy wiadomość o nowym przypadku zakażenia, wpadamy w panikę. Myśl, która chroniła nas wcześniej, że coś się dzieje daleko od nas, już nie działa. To niesamowicie wykańczająca walka wewnętrzna: nieustanne szukanie potwierdzenia, ciągle podążanie za informacjami medialnymi. Zaistniałe okoliczności pokazują, jak bardzo większość z nas była dotąd zależna w swojej emocjonalności od czynników zewnętrznych i nie posiada sprawnego systemu zarządzania własnymi stanami. Tak podstawowa dla dorosłego człowieka umiejętność jak kontrolowanie tego, co czuje oraz generowanie w sobie spokoju i uwalnianie lęku, daje teraz o sobie znać.

Potrzeba nam wyciszenia

Po pierwsze – „nie dokładajmy” sobie niepokoju, karmiąc się każdego dnia, godzina po godzinie, minuta po minucie informacjami na temat koronawirusa. Wbrew powszechnemu przekonaniu wiedza nie zawsze jest skarbem. Niewłaściwa forma przekazu może być brzemienne w skutkach, o czym doskonale wiedzą onkolodzy, mając na co dzień do czynienia z trudnymi tematami i dużą dawką lęku. Informację trzeba umieć przekazać w taki sposób, aby nie szkodziła. Przesycony sensacją perswazyjny język wywołuje ogromne pokłady lęku (np. „konieczność”, „niezwłocznie”, „natychmiast”) i nakręca pandemię strachu. Zamiast zwrotów, które w sferze emocjonalnej wprowadzają nas w stan gotowości, potrzeba nam więcej wyciszenia.

Zwróćmy uwagę, w jaki sposób środki masowego przekazu korzystają z naszych emocji. Możecie sprawdzić, czy po obejrzeniu programu informacyjnego czujecie się spokojni, stabilni i umocnieni, czy raczej osłabieni, zagubieni i przestraszeni. Media wręcz atakują nas wiadomościami o kolejnych zakażeniach, dobudowując to tego silnie poruszającą historię – że zaraził się pielęgniarz w szpitalu lub nauczyciel w szkole. Im więcej dostaniemy szczegółów, tym więcej realistycznych wizji wygeneruje nasz owładnięty strachem umysł. Działa to już nie tylko na tych, którym pewnie sami wielokrotnie powtarzaliście, by przestali mnożyć czarne scenariusze, ale także na osoby dotąd zachowujące zdrowy dystans. Czy więc takie informacje, pełne szczegółów, prowadzą do czegoś dobrego czy jedynie zwiększają odczuwany lęk? A co z pacjentami, którzy muszą trafić do szpitala z powodów innych niż koronawirus, np. kobiety w ciąży? Nie trzeba chyba wyjaśniać, jakie potencjalne zagrożenia niesie wysoki poziom lęku u ciężarnych lub osób cierpiących na różnego rodzaju przewlekłe dolegliwości. Warto to ocenić indywidualnie pod kątem odpowiedzialności zawodowej lekarza za drugiego człowieka. Jedno jest jednak, mam nadzieję, oczywiste: to, co media ładnie nazywają „informowaniem” i „uświadamianiem”, może wpływać negatywnie na nasze zdrowie.

Uspokajaj, nie strasz

W obliczu epidemii w większości z nas, na skutek procesu socjalizacji opartego na lęku, wzmożł się stan napięcia. W dużej mierze wychowaliśmy się w otoczeniu, w którym przesadne martwienie się o innych było aprobowane. Kiedy przyjrzymy się temu zjawisku z bliska, zauważymy, że postępując w ten sposób, przekazujemy drugiej osobie sygnały świadczące o tym, iż nie wierzymy, że wszystko będzie dobrze, i sami się boimy. A to, czego potrzeba, to taki przekaz, który wyraża spokój – spokój, zamiast martwienia się, i wiarę w to, że organizm pacjenta sobie poradzi.

W sferze psychologicznej obecna sytuacja wymaga od nas, aby zwiększyć nasze kompetencje w zakresie zarządzania naszymi stanami emocjonalnymi. I to o parę poziomów, w trybie przyspieszonym. Jednym z kluczowych elementów właściwie działającej psychiki człowieka jest możliwość zarządzania. Niepokój i lęk, zarówno ten aktualny, jak i wcześniej skumulowany, należy uwalniać. Jedną z najbardziej skutecznych strategii jest uwalnianie go w codziennej praktyce wyciszenia i relaksacji. Musimy nauczyć się zauważać własne napięcie (np. po trudnej rozmowie z rodziną chorego, po przyjeździe w pośpiechu do pracy, po długim zabiegu, po wyjściu ze szpitala) i pozbywać się go, chociażby poprzez głośny, długi wydech. Regularnie, wielokrotnie w ciągu dnia. Bardzo skuteczne są wszelkiego rodzaju relaksacyjne czynności rytualne: dla jednych będzie to wspólnie wypita herbata na tarasie z partnerem po powrocie z pracy, dla innych odpoczynek na kanapie ze słuchawkami po dyżurze, dla jeszcze innych modlitwa przed snem. Sposobów jest wiele, ale cel jeden: zadbać o zrównoważenie napięcia relaksacją, a niepokoju – spokojem.

W momencie, kiedy niemal w każdym z nas zaistniała sytuacja uruchomiła jakiegoś rodzaju lęk lub emocje, ważne jest, aby zdawać sobie sprawę ze swojego pobudzenia emocjonalnego i świadomie je uwalniać. W ten właśnie sposób odzyskujemy spokój znajdujący się pod warstwą negatywnego pobudzenia i negatywnych projekcji umysłu. Sytuacją odwrotną jest zaangażowanie w myśli i pozwolenie im, by mnożyły czarne scenariusze.

Warto uświadomić sobie, że wprowadzony w kraju stan wyjątkowy uruchamia się u większości z nas również lęk będący dziedzictwem poprzednich pokoleń: lęk o byt, lęk przed głodem. Ta grupa lęków jest niejako spadkiem po przodkach, którzy przeżyli wojnę. Reakcje, jakie obserwowaliśmy u siebie bądź innych osób po pierwszych decyzjach związanych z wprowadzeniem powszechnej kwarantanny, uaktywniły w naszej psychice wspomnienia innych stanów wyjątkowych, przeżytych przez nas lub przez naszych przodków. Te tzw. traumy rodowe, obecne w zbiorowej podświadomości, dały o sobie znać w postaci historycznych zachowań, działań w strachu i popłochu. Przesadne robienie zapasów to paniczna reakcja wielu osób, które wpadły w schemat stanu wyjątkowego. W wyniku tych działań w przestrzeni publicznej zaczęły pojawiać się komunikaty: „Nie ma potrzeby panikować”. Jest to jednak strategia zupełnie nieskuteczna i w moim odczuciu zwyczajnie niesprawiedliwa. Nie można najpierw wprowadzać człowieka w hipnozę lęku, a potem wmawiać mu, że tak naprawdę nie ma się czego bać, kiedy ten jest już roztrzęsiony. Stanowi to niespójny przekaz dla naszego podstawowego systemu psychicznego reagowania na zagrożenie: z jednej strony zostaje pobudzony, czyli rozumie, że dzieje się coś złego, z drugiej zaś jest wyciszany.

Niestety, wielu z Państwa pacjentów znajduje się w trybie ucieczki, jednej z podstawowych odpowiedzi psychiki na sytuację odbieraną jako zagrożenie. Powszechna kwarantanna niejako umacnia ten schemat. A potem zdarza się, że konieczna jest wizyta u lekarza... I pojawia się silny lęk. Ktoś, kto nie przejawia podstawowej wiary w możliwości samoobrony organizmu, bądź nie czerpie spokoju z innego źródła, w kontakcie z drugim człowiekiem może być obezwładniony przez lęk. Jako lekarze mogą Państwo ten lęk skutecznie wyciszyć. Nic przecież nie działa na rozemocjonowanego pacjenta tak kojąco, jak uzyskana od medyka informacja, że nie ma powodów do zmartwienia: „Jest pan po prostu przeziębiony. Proszę o siebie zadbać, a pana organizm sam sobie z tym poradzi. Jak miliony innych razy”. Chodzi tu o bazowanie na stanie faktycznym w połączeniu z wiarą i spokojem. Dla jednych z nas jest to wiara w organizm ludzki, biologię, układ odpornościowy, życie, dla innych: spokój oparty na tym, co medycyna i epidemiologia przeszły już w swojej historii.

Bez względu na to, jak silny lęk wzbudzają w nas zewnętrzne okoliczności, my zawsze możemy znaleźć dostęp do wewnętrznego spokoju. ■

KORONASTOP
STUDENCI MEDYKOM
DOLNY ŚLĄSK

MEDYKU!
POTRZEBUJESZ POMOCY W OPIECE NAD DZIECKIEM?

Nasi wolontariusze mogą zająć się Twoim dzieckiem zupełnie za darmo, podczas gdy Ty będziesz w pracy!

DOLAŻ DO NASZEJ GRUPY NA FACEBOOKU!
Studenci Medykom - pomoc w opiece nad dziećmi DOLNY ŚLĄSK

SKONTAKTUJ SIĘ Z ADMINISTRATORKĄ SWOJEGO SZPITALA, TAM UZYSKASZ NUMER TELEFONU DO NASZEGO KOORDYNATORA!

STUDENCIE!
CHCESZ POMÓC?

POSZUKUJEMY WOLONTARIUSZY:

- czynnych: do opieki nad dzieckiem, gdy rodzic jest w pracy
- zdalnych:

możesz pomóc dziecku w wieku szkolnym przy odrabianiu lekcji np. za pośrednictwem Skype

możesz udzielić wsparcia telefonicznego osobom starszym, które obecnie, w sposób szczególny, dotyka problem samotności

DOLAŻ DO NASZEJ GRUPY NA FACEBOOKU!
Studenci Medykom - pomoc w opiece nad dziećmi DOLNY ŚLĄSK

WSPARCIE:

XXXIX Zjazd Delegatów DIL ODWOŁANY!!!

Delegaci VIII kadencji!

W związku z zaistniałą sytuacją zagrożenia epidemią zarażeń koronawirusem SARS-CoV-2 powodującym COVID-19, kierując się stanowiskiem nr 30/20/P-VIII Prezydium NRL z dnia 20 marca 2020 r. ws. okręgowych zjazdów lekarzy w 2020 r., odwołujemy zaplanowany na 25 kwietnia 2020 r. XXXIX Zjazd Delegatów DIL.



Foto: M.J.

Akcja zainicjowana przez Wiktora Wiśniewskiego szybko zyskała aprobatę prezesa DRL dr. n. med. Pawła Wróblewskiego.

Studenci UMW i harcerze produkują przyłbice ochronne dla wrocławskich szpitali. Przedsięwzięcie finansuje DIL

Choć uczelnia jest zamknięta, a zajęcia odbywają się wyłącznie online, studenci Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i harcerze nie próżnują. Od 24 marca produkują przyłbice ochronne dla pracowników ochrony zdrowia. Akcję zainicjowaną przez studenta medycyny VI roku Wiktora Wiśniewskiego finansuje w całości Dolnośląska Izba Lekarska.

Grupa ok. 20 wolontariuszy ma ręce pełne roboty. Jedna osoba produkuje dziennie ok. 200 sztuk przyłbic ochronnych. Zasadniczo pracują zdalnie, ale minilinia produkcyjna powstała także w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Od 24 marca wyprodukowali kilka tysięcy sztuk przyłbic. Wszystkie trafiły bezpośrednio do wrocławskich szpitali, które coraz bardziej odczuwają braki podstawowych środków ochrony.

Zrobienie jednej przyłbicy zajmuje pół minuty, a koszt jej wytworzenia wynosi złotówkę. Materiał do produkcji sprzętu ochronnego zakupiła Dolnośląska Izba Lekarska. Izba odpowiada też za dystrybucję przyłbic. Do tej pory przeznaczono na ten cel ok. 2 tys. zł. – Nie będziemy szczędzić sił i środków, by wspomóc naszych Kolegów i Koleżanki na pierwszej linii frontu – zapowiada prezes DRL dr n. med. Paweł Wróblewski.

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu już na starcie zasilil akcją kwotą 3 tys. zł.

– Wciąż potrzeba nam wolontariuszy – mówi Wiktor Wiśniewski i wspólnie z szefem dolnośląskiego samorządu lekarskiego proszą, by każdy, kto może, włączył się w akcję pomocową.

M.J.

POMÓŻ NAM W WALCE Z EPIDEMIĄ. RUSZAMY ZE ZBIÓRKĄ

Liczba zachorowań na koronawirusa COVID-19 stale wzrasta. Nie chcemy dopuścić do sytuacji, która zaistniała we Włoszech. Ruszamy ze zbiórką funduszy na zakup środków ochrony indywidualnej dla pracowników ochrony zdrowia i innych służb będących na pierwszej linii frontu oraz zakup respiratorów i sprzętu niezbędnego do walki z koronawirusem.

Zwracamy się do wszystkich ludzi dobrej woli o dokonywanie wpłat na konto działającej przy DIL Fundacji „Dla Wiedzy i Mądrości”:

12 2030 0045 1110 0000 0402 7620

Tytuł przelewu: KORONAWIRUS

Jeżeli możesz i chcesz włączyć się w walkę o lepsze jutro. Jeśli pomóc nie możesz, wspieraj nas chociaż dobrą myślą i trzymaj kciuki!



Fot. z archiwum „Medium”



PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

27 lutego 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 309.

W wykazie świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania w ramach kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, określonej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawieranych

Minister zdrowia może nałożyć obowiązek wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 na podmiot leczniczy będący:

- *spółką kapitałową, w której jedynym albo większościami udziałowcem albo akcjonariuszem jest Skarb Państwa;*
- *samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub jednostką budżetową.*

z podmiotami zakwalifikowanymi do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zostały dodane świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie następujących porad specjalistycznych: endokrynologia, kardiologia, neurologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, endokrynologia dla dzieci, kardiologia dziecięca, neurologia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci oraz świadczenia z zakresu ratunkowego dostępu do technologii lekowej.

Zmiany w wykazie świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 marca 2020 r.

Więcej na stronie:
www.dilnet.wroc.pl/
zakładka PRAWO

28 lutego 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 325.

Zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 zostało objęte przepisami o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

8 marca 2020 r. weszła w życie Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, opublikowana w Dz. U. z 2020 r., poz. 374.

W zakresie nieuregulowanym w ustawie stosuje się ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

W celu przeciwdziałania COVID-19 pracodawca może polecić pracownikowi wykonywanie, przez czas oznaczony, pracy określonej w umowie o pracę, poza miejscem jej stałego wykonywania (praca zdalna).

W przypadku zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko, z powodu COVID-19 ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat przysługuje **dotatkowy zasiłek opiekuńczy** za okres nie dłuższy niż 14 dni.

Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, są udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą wpisane do wykazu opracowywanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w porozumieniu z wojewodą.

W wykazie umieszcza się podmioty wykonujące działalność leczniczą, uwzględniając potrzeby wynikające z zabezpieczenia dostępności do wymienionych świadczeń na obszarze województwa, a także strukturę organizacyjną tych podmiotów, rodzaj wykonywanej działalności leczniczej oraz zasoby kadrowe i sprzętowe.

Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielone przez podmioty wykonujące działalność leczniczą wpisane do wykazu, są finansowane przez NFZ ze środków pochodzących z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister zdrowia. Świadczenia są finansowane w formie opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do ich udzielania oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi świadczeń udzielonych w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Minister zdrowia może nałożyć obowiązek wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 na podmiot leczniczy będący:

- **spółką kapitałową, w której jedynym albo większościami udziałowcem albo akcjonariuszem jest Skarb Państwa;**
- **samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub jednostką budżetową.**

Zadanie może dotyczyć w szczególności zmian w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego lub przekazania pro-

duktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz aparatury i sprzętu medycznego, w celu zapewnienia kontynuacji udzielenia świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym.

W przypadku nałożenia powyższego obowiązku zapewnia się środki na pokrycie wydatków związanych z jego wykonaniem, a minister zdrowia jest obowiązany do naprawienia szkody poniesionej przez podmiot leczniczy przy wykonywaniu tego zadania.

Wojewoda może wydawać polecenia obowiązujące wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie i państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

Prezes Rady Ministrów, na wniosek wojewody, po poinformowaniu ministra gospodarki może, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, wydawać polecenia obowiązujące inne, niż wymienione osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej oraz przedsiębiorców. Polecenia są wydawane w drodze decyzji administracyjnej, podlegają one natychmiastowemu wykonaniu z chwilą ich doręczenia lub ogłoszenia oraz nie wymagają uzasadnienia.

Wykonywanie zadań następuje na podstawie umowy zawartej z przedsiębiorcą przez właściwego wojewodę i jest finansowane ze środków budżetu państwa z części budżetowej, której jest dysponentem.

W przypadku odmowy zawarcia przez przedsiębiorcę umowy, zadania wykonywane są na podstawie decyzji, która podlega natychmiastowemu wykonaniu. **Powyższe przepisy tracą moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie ustawy.**

W przypadku zagrożenia zdrowia pacjenta związanego z COVID-19, farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu może wystawić receptę farmaceutyczną.

ZMIANY W USTAWIE PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ

Główny inspektor sanitarny lub działający z jego upoważnienia państwowy wojewódzki inspektor sanitarny może wydawać osobom prawnym, osobom fizycznym i jednostkom organizacyjnym nieposiadającym osobowości prawnej, w szczególności podmiotom wykonującym działalność leczniczą, pracodawcom: *decyzje nakładające obowiązek:

- a) podjęcia określonych czynności zapobiegawczych lub kontrolnych oraz żądać od nich informacji w tym zakresie,
- b) dystrybucji:

- produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych – w stosunku do hurtowni farmaceutycznych,
- środków ochrony osobistej – w stosunku do producentów, dystrybutorów lub importerów,

- c) współdziałania z innymi organami administracji publicznej oraz organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej – w przypadku kierowania decyzji do podmiotów innych niż te organy,

* zalecenia i wytyczne określające sposób postępowania w trakcie realizacji zadań

– w przypadku stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej lub wysoce zakaźnej, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. »



ZMIANY W USTAWIE – PRAWO FARMACEUTYCZNE

W przypadku:

- * zagrożenia braku dostępności na terytorium RP produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, niezależnie od umieszczenia produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego w obwieszczeniu ministra zdrowia,
 - * stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej lub wysoce zakaźnej, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- minister zdrowia może, w drodze obwieszczenia, ograniczyć ilość produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego na jednego pacjenta.

Hurtownie farmaceutyczne są obowiązane do zbywania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, określonych w wykazie ministra zdrowia, wyłącznie **do innych hurtowni farmaceutycznych, aptek, punktów aptecznych oraz zakładów leczniczych podmiotów leczniczych**, działających na terytorium RP.

ZMIANY W USTAWIE Z DNIA 5 GRUDNIA 2008 R. O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEŃ I CHOROBY ZAKAŹNYCH U LUDZI

W celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, osoby chore na chorobę zakaźną albo osoby podejrzane o zachorowanie na chorobę zakaźną mogą podlegać **obowiązkowej hospitalizacji**.

Osoby zdrowe, które pozostawały w styczności z osobami chorymi na choroby zakaźne, podlegają **obowiązkowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu**, jeżeli tak postanowią organy inspekcji sanitarnej przez okres nie dłuższy niż 21 dni, licząc od ostatniego dnia styczności.

Obowiązkowa kwarantanna lub nadzór epidemiologiczny mogą być stosowane wobec tej samej osoby więcej niż raz, do czasu stwierdzenia braku zagrożenia dla zdrowia lub życia ludzkiego.

W przypadku wystąpienia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego o charakterze i w rozmiarach przekraczających możliwości działania właściwych organów administracji rządowej i organów jednostek samorządu terytorialnego, Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia:

- * zagrożony obszar wraz ze wskazaniem rodzaju strefy, na którym wystąpił stan epidemii lub stan zagrożenia epidemicznego,
 - * rodzaj stosowanych rozwiązań
- mając na względzie zakres stosowanych rozwiązań oraz uwzględniając bieżące możliwości budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego.
- rozporządzeniu można ustanowić:
- ograniczenia, obowiązki i nakazy, o których mowa w przepisach ustawy;
 - czasowe ograniczenie określonych zakresów działalności przedsiębiorców;
 - czasową reglamentację zaopatrzenia w określonego rodzaju artykuły;
 - obowiązek poddania się badaniom lekarskim oraz stosowaniu innych środków profilaktycznych i zabiegów przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie,
 - obowiązek poddania się kwarantannie oraz jej miejsce i zakaz opuszczania,

- czasowe ograniczenie korzystania z lokali lub terenów oraz obowiązek ich zabezpieczenia,
- nakaz ewakuacji w ustalonym czasie z określonych miejsc, terenów i obiektów,
- nakaz lub zakaz przebywania w określonych miejscach i obiektach oraz na określonych obszarach,
- zakaz opuszczania strefy zero przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie,
- nakaz określonego sposobu przemieszczania się.

W przypadku braku produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych lub środków ochrony osobistej niezbędnych dla pacjentów, minister zdrowia poleca wydanie w niezbędnych ilościach tych produktów, środków lub wyrobów z Agencji Rezerw Materiałowych **do podmiotów leczniczych prowadzących szpitale, stacji sanitarno-epidemiologicznych, aptek ogólnodostępnych lub punktów aptecznych**.

W przypadku, gdy uzupełnienie rezerw strategicznych nie jest możliwe w terminie pozwalającym na skuteczne przeciwdziałanie epidemii, właściwy minister albo minister zdrowia, w drodze decyzji administracyjnej, zarządza przejęcie na rzecz Skarbu Państwa danego produktu, wyrobu i środka, o których mowa wyżej albo sprzętu lub aparatury.

Produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne oraz środki ochrony osobistej, które zostały udostępnione z rezerw strategicznych przez Agencję Rezerw Materiałowych są dystrybuowane do podmiotów leczniczych prowadzących szpitale, inspektoratów sanitarnych, aptek ogólnodostępnych lub punktów aptecznych.

Produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne oraz środki ochrony osobistej, które zostały udostępnione z rezerw strategicznych, określone w obwieszczeniu ministra zdrowia, są wydawane pacjentom ze stacji sanitarno-epidemiologicznych, aptek ogólnodostępnych lub punktów aptecznych nieodpłatnie wyłącznie na podstawie nr PESEL pacjenta.

8 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2020 r. w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 375.

Obowiązkowej hospitalizacji podlegają:

- **osoby chore** na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie,
- **osoby chore i podejrzane o zachorowanie** na błonicę, cholewę, dur brzuszny, dury rzekome A, B, C, dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera), dżumę, ebolę (EVD), wysoce zjadliwą grypę ptaków u ludzi (HPAI), w szczególności spowodowaną szczepami H7 i H5, ospę prawdziwą, ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) oraz inne ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo, tularemię, wąglik, wściekliznę, wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółta gorączka, zakażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi wywołującymi zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej, w szczególności: (bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS), zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS)), zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu.

Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę zakaźną powodującą powstanie obowiązku hospitalizacji:

- kieruje osobę podejrzaną o zakażenie lub zachorowanie albo zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną do wskazanego szpitala oraz niezwłocznie informuje ten szpital o tym fakcie;
- niezwłocznie przekazuje informację o skierowaniu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu lub państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania lub powzięcia podejrzenia choroby zakaźnej;
- poucza osobę chorą lub osobę sprawującą prawną pieczęć nad chorą osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego o powstałym obowiązku hospitalizacji oraz odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta;
- zleca transport pacjenta do szpitala w sposób uniemożliwiający przeniesienie zakażenia na inne osoby;
- podejmuje inne działania zapobiegające szerzeniu się zachorowań.

W przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę podlegającą obowiązkowi hospitalizacji ordynator oddziału, lekarz kierujący oddziałem albo osoba upoważniona odpowiednio przez tego ordynatora albo lekarza informuje o tym niezwłocznie telefonicznie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania chorego na numer telefonu alarmowego, który jest opublikowany na stronie podmiotowej BIP właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

8 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2020 r. w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego oraz okresu obowiązkowej kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 376.

Chorobami powodującymi powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego u osób zdrowych, które pozostały w styczności z chorymi, są: cholera, dżuma płucna, zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS), choroba wywołana koronawirusem SARS-CoV-2 (COVID-19), bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS), Ebola (EVD), ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne.

Okresy obowiązkowej kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego wynoszą:

- 5 dni – w przypadku cholery,
- 6 dni – w przypadku dżumy płucnej,
- 10 dni – w przypadku zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS),
- 14 dni – w przypadku choroby wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) oraz bliskowschodniego zespołu niewydolności oddechowej (MERS),
- 21 dni – w przypadku Eboli (EVD), ospy prawdziwej oraz wirusowych gorączek krwotocznych – licząc od ostatniego dnia styczności.

11 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. w sprawie szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 390.

Rozporządzenie określa następujące formy szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta:

- szkolenie stacjonarne – w ramach którego przekazywanie wiedzy odbywa się przy bezpośrednim udziale kadry dydaktycznej oraz uczestników szkolenia, w tym samym czasie i w tym samym miejscu;
- szkolenie na odległość – w ramach którego przekazywanie wiedzy odbywa się z wykorzystaniem infrastruktury informacyjnej i oprogramowania umożliwiających:
 - stosowanie metod i technik kształcenia na odległość,
 - wykorzystanie materiałów dydaktycznych opracowanych w postaci elektronicznej oraz kontaktowanie się uczestnika szkolenia z osobami prowadzącymi szkolenie,
 - weryfikację uczestnika szkolenia i dostępu do poszczególnych bloków tematycznych szkolenia oraz kontrolę jego aktywności,
 - sprawdzenie wiedzy po zakończeniu każdego bloku tematycznego szkolenia oraz wgląd do wyników takiego sprawdzenia.

Ramowy program szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta określa załącznik nr 1 do rozporządzenia. Zakres tematyczny szkolenia dla lekarzy dentystów wykonujących medyczne procedury radiologiczne lub nadzorujących ich wykonywanie obejmuje wybrane bloki tematyczne określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia, z uwzględnieniem specyfiki metod i technik wykonywania zdjęć wewnątrzustnych, metod i technik wykonywania zdjęć zewnątrzustnych, obrazowania badań RTG w stomatologii, elementów radiologii stomatologicznej, testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, medycznych procedur radiologicznych (wzorcowych i szczegółowych), teleradiologii, radiologii twarzowo-szczękowej, stomatologicznej anatomii radiologicznej CT (CBCT) – w zakresie związanym z ochroną radiologiczną pacjenta.

12 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 409.

Obowiązkowej hospitalizacji podlegają osoby, u których stwierdzono zakażenie lub chorobę zakaźną wywołane wirusem SARS-CoV-2.

13 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 421.

W przypadkach uzasadnionych nadzwyczajnymi okolicznościami, w szczególności zagrażającymi życiu lub zdrowiu osób biorących udział w PES, minister zdrowia może odwołać w całości lub w części PES w danej dziedzinie medycyny.

Odwołując PES, minister zdrowia wydłuża czas trwania sesji egzaminacyjnej, w której miał się odbyć odwołany egzamin, jednorazowo o okres nie dłuższy niż 6 miesięcy. W przypadku nieustania okoliczności będących podstawą przedłużenia sesji egzaminacyjnej w czasie, o który została przedłużona dana »



sesja, minister zdrowia może powtórnie przedłużyć czas trwania danej sesji egzaminacyjnej o okres nie dłuższy niż 3 miesiące.

O odwołaniu całości lub części PES w danej dziedzinie medycyny i przedłużeniu sesji egzaminacyjnej minister zdrowia informuje na swojej stronie internetowej oraz na stronie internetowej CEM.

Dyrektor CEM ustala nowe terminy PES i informuje o nich lekarzy, którzy mieli przystąpić do odwołanego PES, co najmniej na dwa tygodnie przed datą egzaminu. Informacja o nowych terminach PES jest zamieszczana na stronie internetowej CEM.

13 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 422 (obowiązuje od 8 marca 2020 r.).

Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielone przez podmioty wykonujące działalność leczniczą wpisane do wykazu opracowywanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w porozumieniu z wojewodą, są finansowane przez NFZ ze środków pochodzących z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister zdrowia, na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

Powyższe świadczenia są finansowane w formie opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania tych świadczeń oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi świadczeń udzielonych w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Koszty świadczeń są finansowane przez ministra zdrowia na podstawie miesięcznego sprawozdania NFZ, obejmującego rozliczone przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej.

14 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 437.

Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy oddział wojewódzki NFZ wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 5 dni roboczych po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ, uwzględniając stan posiadanych środków finansowych i sytuację finansową świadczeniodawcy, może dokonać płatności należności za świadczenia udzielone w okresie krótszym niż okres sprawozdawczy, lecz nie krótszym niż 7 dni, po spełnieniu przez świadczeniodawcę powyższych wymagań. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie, zgodnie z kolejnością złożenia prawidłowych dokumentów rozliczeniowych.

Na wniosek świadczeniodawcy, w okresie obowiązywania ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem CO-

VID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, należność z tytułu realizacji świadczeń może być ustalona jako iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń. Podstawą wypłaty należności jest rachunek składany w oddziale wojewódzkim NFZ, w terminie do 10. dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ jest obowiązany do rozliczenia, w terminie do zakończenia okresu rozliczeniowego określonego w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, środków wynikających z wypłaty świadczeniodawcy należności z tytułu realizacji świadczeń.

15 marca 2020 r. weszła w życie Ustawa z dnia 23 stycznia 2020 r. o zmianie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2020 r., poz. 322 oraz poz. 374 (część przepisów wchodzi w życie 1 lipca 2020 r.).

W przypadku konieczności podjęcia natychmiastowych działań wobec żołnierzy służby czynnej, funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego, żołnierzy wojsk obcych i ich personelu cywilnego przebiegających przez terytorium RP lub przebywających na tym terytorium, w sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego spowodowanego chorobą szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, decyzja o nałożeniu spełnienia stosownych obowiązków, może być wydana również przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego albo państwowego granicznego inspektora sanitarnego, który zawiadamia o tym niezwłocznie właściwy organ Wojskowej Inspekcji Sanitarnej. Dalsze postępowanie w sprawie jest prowadzone przez Wojskową Inspekcję Sanitarną.

Główny Inspektor Sanitarny może wydawać organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej POLECENIA DOTYCZĄCE:

- podjęcia określonych czynności zapobiegawczych lub kontrolnych oraz żądać od nich informacji w tym zakresie;
- współdziałania z innymi organami administracji publicznej;
- polecenia realizacji dodatkowych zadań lub podjęcia określonych czynności, jeżeli właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie jest w stanie wykonać swoich ustawowych zadań ze względu na nieadekwatność posiadanych zasobów, o czym informuje wojewodę;
- zalecenia i wytyczne określające sposób postępowania w trakcie realizacji zadań.

W przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia publicznego, w szczególności zagrożenia epidemiologicznego lub zagrożenia jakości zdrowotnej żywności, główny inspektor sanitarny koordynuje działalność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w tym może wydawać polecenia realizacji zadań mających na celu przeciwdziałanie zagrożeniu i jego monitorowanie.

Zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonuje państwowy powiatowy inspektor sanitarny, jako organ rządowej administracji zespolonej w województwie. Państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego i państwowego granicznego inspektora sanitarnego powołuje i odwołuje główny inspektor sanitarny, za zgodą właściwego wojewody. Zastępcę

państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego i zastępcę państwowego granicznego inspektora sanitarnego powołuje i odwołuje główny inspektor sanitarny na wniosek, odpowiednio, właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego albo właściwego państwowego granicznego inspektora sanitarnego.

Państwowego powiatowego inspektora sanitarnego powołuje i odwołuje państwowy wojewódzki inspektor sanitarny po zasięgnięciu opinii wojewody właściwego ze względu na siedzibę państwowego powiatowego inspektora sanitarnego.

Zastępcę państwowego powiatowego inspektora sanitarnego powołuje i odwołuje państwowy wojewódzki inspektor sanitarny na wniosek właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Powołanie na stanowisko państwowego inspektora sanitarnego następuje na okres 5 lat. Uchylony został przepis stanowiący, że państwowy wojewódzki inspektor sanitarny jest organem właściwym w stosunku do podmiotów, dla których powiat jest organem założycielskim lub organem prowadzącym, lub w których powiat jest podmiotem dominującym.

1 lipca 2020 r. zostanie zlikwidowana Państwowa Inspekcja Sanitarna Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, której zadania przejmie Państwowa Inspekcja Sanitarna. W jednostkach organizacyjnych podległych ministrowi obrony narodowej lub przez niego nadzorowanych oraz w podmiotach, w tym spółkach, utworzonych przez te jednostki, urządzeniem obsługującym MON, podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez MON, Służbie Kontrwywiadu Wojskowego, Służbie Wywiadu Wojskowego i rejonach zakwaterowania przejściowego jednostek wojskowych oraz w stosunku do wojsk obcych przebywających na terytorium RP lub przemieszczających się przez to terytorium zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonuje **Wojskowa Inspekcja Sanitarna**, która podlega ministrowi obrony narodowej i jest finansowana z budżetu państwa.

17 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 459.

Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub **lekarz anestezjolog, lub lekarz w trakcie specjalizacji po ukończeniu co najmniej dwuletniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii** przejmują na wezwanie prowadzenie resuscytacji.

Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog podejmuje decyzję o jej zakończeniu. Lekarz w trakcie specjalizacji przed podjęciem decyzji przeprowadza konsultację z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii.

Za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci **lekarz w trakcie specjalizacji** może wykonywać znieczulenie pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, w przypadku odbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia.

Rozporządzenie wprowadza również zmiany w standardach organizacyjnych postępowania przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji oraz z zakresu inten-

sywnej terapii w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci.

Podmioty lecznicze niespełniające w dniu wejścia w życie rozporządzenia wymagań dotyczących odrębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii dostosują się do tych wymagań w terminie nie dłuższym niż do **31 grudnia 2022 r.**

Lekarz będący przed dniem wejścia w życie rozporządzenia kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniający wymagań dotyczących specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do **31 grudnia 2022 r.**

Podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do **31 grudnia 2022 r.** Natomiast podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, które nie spełniają wymagań dotyczących „Wyposażenia stanowiska znieczulenia”, dostosują się do tych wymagań do 31 grudnia 2022 r.

Wymóg dotyczący lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii spełnia również lekarz, który:

- uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wystąpił do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, w przedłużonej wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r. i złożył z wynikiem pozytywnym **część pisemną PES, nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin części ustnej PES, przez dyrektora CEM;**
- złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną EDAIC (European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care Examination), a termin egzaminu ustnego został odwołany w związku z zagrożeniem wywołanym COVID-19, **nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako najbliższy termin tego egzaminu.**

17 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2020 r. w sprawie sposobu, trybu i terminów występowania do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz udostępniania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeniobiorcy informacji o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz o udzielonych mu świadczeniach, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 338.

Rozporządzenie określa sposób, tryb i terminy występowania świadczeniobiorcy do Narodowego Funduszu Zdrowia, o informacje o:

- posiadaniem w danym dniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa, a w przypadku gdy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, także o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz numerze identyfikacji podatkowej (NIP) i numerze REGON płatnika ubezpieczenia zdrowotnego;
- udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie tych świadczeń. »



Żądanie o udostępnienie informacji jest składane w formie wniosku, który przesyła się za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, przesyłką listową lub składa się w siedzibie oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Wniosek o udostępnienie informacji zawiera: dane identyfikacyjne świadczeniobiorcy imię i nazwisko; numer PESEL – jeżeli posiada; oraz serię i numer dowodu osobistego lub paszportu – w przypadku małoletniego, jeżeli posiada, adres miejsca zamieszkania oraz adres korespondencyjny – jeżeli świadczeniobiorca go wskaże; numer telefonu kontaktowego; adres poczty elektronicznej lub inny sposób kontaktu ze świadczeniobiorcą – jeżeli świadczeniobiorca go wskaże, wskazanie zakresu danych, których dotyczy wniosek; informację o osobistym odbiorze – jeżeli świadczeniobiorca wybierze tę formę.

W przypadku gdy wniosek o udostępnienie informacji o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej obejmuje okres oznaczony określonymi datami, wniosek ten może być złożony nie wcześniej niż po upływie 60 dni od zakończenia miesiąca kończącego okres wskazany we wniosku.

Wniosek o udostępnienie informacji o posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej może być złożony nie wcześniej niż po upływie 7 dni od dnia uzyskania tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

Udostępnienie informacji następuje w formie pisemnej, bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku o udostępnienie informacji.

Informacja o posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa jest udostępniana niezwłocznie w dniu złożenia wniosku o udostępnienie informacji, jeżeli ten wniosek został złożony osobiście.

Informacje są przekazywane przesyłką rejestrowaną, chyba że składając wniosek o udostępnienie informacji, świadczeniobiorca oświadczył, że odbierze informacje osobiście.

Do 30 czerwca 2020 r. Fundusz udostępni informacje przez system teleinformatyczny.

17 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 457.

Dopuszcza się realizację porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta.

Warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące:

- **lekarza specjalisty** spełnia również lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, w przedłużonej wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r. i złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną PES, nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin **części ustnej PES** wyznaczonego przez dyrektora CEM w porozumieniu z ministrem zdrowia;
- **lekarza w trakcie specjalizacji** spełnia również lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do PES w przedłużonej wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r., nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin PES wyznaczonego przez Dyrektora CEM.

17 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 456.

Ambulatoryjne świadczenia gwarantowane – psychiatryczne i leczenia środowiskowego (domowego) oraz leczenia uzależnień, mogą być realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych pod warunkiem zapewnienia dostępności personelu wymaganego do ich realizacji w miejscu udzielania świadczeń.

Warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące:

- **lekarza specjalisty** – spełnia również lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, w przedłużonej wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r. i złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną PES, nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin części ustnej PES wyznaczonego przez dyrektora CEM;
- **lekarza w trakcie specjalizacji** spełnia również lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do PES w przedłużonej wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r., nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin PES wyznaczonego przez dyrektora CEM.

18 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 466.

W przypadku udzielania świadczeń na bloku operacyjnym w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej świadczeniodawca zapewnia w zakresie kwalifikacji personelu równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy – lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, pod warunkiem spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych na podstawie przepisów o działalności leczniczej.

Lekarz specjalista może opuścić oddział anestezjologii i intensywnej terapii w celu podjęcia interwencji u pacjenta znajdującego się poza oddziałem (przeprowadzenie resuscytacji lub innych niezbędnych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, z wyłączeniem świadczeń z zakresu anestezji).

Warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące:

- **lekarza specjalisty** – spełnia również lekarz, który:
 - uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Me-

dycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, w przedłużonej wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r. i złożył z wynikiem pozytywnym **część pisemną PES**, nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin **części ustnej PES** wyznaczonego przez dyrektora CEM;

- złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną EDAIC (European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care Examination), a termin egzaminu ustnego został odwołany, w związku z zagrożeniem wywołanym COVID-19, nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako najbliższy termin tego egzaminu, w przypadku lekarza specjalisty z dziedziny anestezyjologii i intensywnej terapii;
- **lekarza w trakcie specjalizacji** – spełnia również lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wystąpił do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES w przedłużonej wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r., nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin PES wyznaczonego przez dyrektora CEM.

20 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 490.

20 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 491.

W okresie od 20 marca 2020 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej ogłasza się stan epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

W okresie, o którym mowa wyżej, osoba przekraczająca granicę państwową, w celu udania się do swojego miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium RP, jest obowiązana:

- przekazać funkcjonariuszowi Straży Granicznej informację o:
 - adresie miejsca zamieszkania lub pobytu, w którym będzie odbywać obowiązkową kwarantannę;
 - numerze telefonu do kontaktu z tą osobą;
- odbyć, po przekroczeniu granicy państwowej, **obowiązkową kwarantannę trwającą 14 dni**, licząc od dnia następującego po przekroczeniu tej granicy.

Powyższego obowiązku nie stosuje się w przypadku przekraczania granicy w ramach wykonywania czynności zawodowych w RP lub państwie sąsiadującym przez osobę wykonującą czynności zawodowe w tych państwach.

Obowiązek odbycia kwarantanny jest równoważny z obowiązkiem wynikającym z ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Decyzji organu inspekcji sanitarnej nie wydaje się. Osoba odbywająca obowiązkową kwarantannę informuje pracodawcę o jej odbywaniu. Informację przekazuje się za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym przez telefon.

W celu wypłaty osobie odbywającej obowiązkową kwarantannę za okres jej trwania, wynagrodzenia, o którym mowa w art. 92 ustawy – Kodeks pracy lub świadczenia pieniężnego z tytułu choroby, osoba ta, w terminie 3 dni roboczych od dnia zakończenia

obowiązkowej kwarantanny, składa pracodawcy lub podmiotowi zobowiązanemu do wypłaty świadczenia pieniężnego z tytułu choroby pisemne oświadczenie potwierdzające odbycie kwarantanny. Oświadczenie można złożyć za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Płatnik składek, który nie jest obowiązany do wypłaty świadczenia pieniężnego z tytułu choroby niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni, przekazuje oświadczenie do ZUS. Oświadczenie stanowi także dowód usprawiedliwiający nieobecność w pracy w okresie odbywania obowiązkowej kwarantanny.

Oświadczenie można złożyć za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Pracodawca lub podmiot zobowiązany do wypłaty świadczenia pieniężnego z tytułu choroby może wystąpić do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w celu weryfikacji danych zawartych w oświadczeniu.

W okresie od 20 marca 2020 r. do odwołania ustanawia się czasowe ograniczenie:

- prowadzenia usług rehabilitacyjnych w ramach prewencji rentowej (ograniczenia obejmują całkowity zakaz wykonywania usług rehabilitacyjnych realizowanych w ramach zamówień udzielanych przez ZUS), działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest prezes KRUS, (ograniczenia polegają na nieudzielaniu pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej).

W okresie od 20 marca 2020 r. do odwołania ustanawia się czasowe ograniczenie działalności w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego, ograniczenia polegają na nieudzielaniu pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej.

W okresie od 21 marca 2020 r. do odwołania w obiektach handlowych o powierzchni sprzedaży powyżej 2000 m² ustanawia się czasowe ograniczenie prowadzenia działalności usługowej, z **wyłączeniem najemców, których przeważająca działalność polega na świadczeniu usług medycznych.**

W okresie od 20 marca 2020 r. do odwołania podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności potwierdzają tożsamość świadczeniobiorcy na podstawie danych przekazanych przez tego świadczeniobiorcę za pośrednictwem tych systemów, w tym przez telefon.

W razie niepotwierdzenia prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca może złożyć oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem tych systemów, w tym przez telefon.

W powyższym okresie wymóg dostarczenia oryginału skierowania nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia nie ma zastosowania.

Świadczeniobiorca ma obowiązek dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania w terminie 21 dni od dnia zakończenia tego okresu, jednakże nie później niż w dniu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego na podstawie tego skierowania.

Świadczeniobiorca, który w wymienionym okresie nie zgłosił się na ustalony termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej i został z tego powodu skreślony z listy oczekujących, podlega przywróceniu na tę listę bez konieczności uprawdopodobnienia, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyżej. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca zgłasza nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia wymienionego okresu. »



Dokument elektroniczny, o którym mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, może zawierać informację o poddaniu świadczeniobiorcy kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

W okresie od 20 marca 2020 r. do odwołania zlecenia na zapatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, mogą być wystawiane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

W powyższym okresie w przypadku braku możliwości weryfikacji zleceń i potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, weryfikacja i potwierdzenie mogą nastąpić za pośrednictwem innych systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

23 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 510.

Obowiązkowej hospitalizacji podlegają osoby, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) lub podejrzenie zachorowania, jeżeli nie zostały przez lekarza skierowane do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 w ramach izolacji odbywanej poza szpitalem, w tym izolacji w warunkach domowych.

Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę zakaźną powodującą powstanie obowiązku hospitalizacji:

- kieruje osobę podlegającą obowiązkowej hospitalizacji:
 - **do wskazanego szpitala oraz niezwłocznie informuje szpital o tym fakcie;**
 - do wskazanego szpitala oraz niezwłocznie informuje ten szpital o tym fakcie, chyba że po dokonaniu oceny stanu klinicznego tej osoby kieruje ją do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 w ramach izolacji odbywanej poza szpitalem, w tym izolacji w warunkach domowych;
- niezwłocznie przekazuje informację o skierowaniu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu lub państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca **pobytu osoby podejrzanej o zakażenie lub zachorowanie albo zakaźnej lub chorej na chorobę zakaźną;**
- poucza osobę chorą lub osobę sprawującą prawną pieczę nad chorą osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego o powstałym obowiązku hospitalizacji **albo izolacji odbywanej w warunkach domowych**, oraz odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta;
- zleca transport pacjenta do szpitala w sposób uniemożliwiający przeniesienie zakażenia na inne osoby;
- **podejmuje decyzję o zakończeniu leczenia w ramach izolacji odbywanej w warunkach domowych;**
- podejmuje inne działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń.

24 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 522.

Od 27 marca 2020 r. uchyla się przepis stanowiący, że obowiązku odbycia kwarantanny nie stosuje się w przypadku przekraczania granicy RP w ramach wykonywania czynności zawodowych w RP lub państwie sąsiadującym przez osobę wykonującą czynności zawodowe w tych państwach.

W okresie od 25 marca 2020 r. do 11 kwietnia 2020 r. zakazuje się na obszarze RP przemieszczania się osób przebywających na tym obszarze, z wyjątkiem przemieszczania się danej osoby w celu:

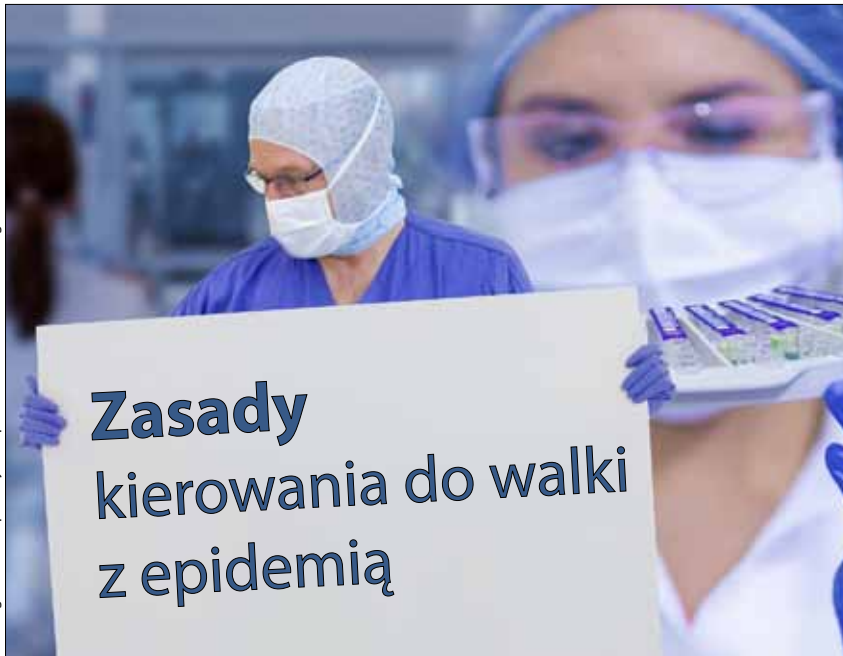
- wykonywania czynności zawodowych lub zadań służbowych, lub pozarolniczej działalności gospodarczej, lub prowadzenia działalności rolniczej lub prac w gospodarstwie rolnym, oraz zakupu towarów i usług z tym związanych;
- zaspokajania niezbędnych potrzeb związanych z bieżącymi sprawami życia codziennego, w tym uzyskania opieki zdrowotnej lub psychologicznej, tej osoby, osoby jej najbliższej (małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu), a jeżeli osoba przemieszczająca się pozostaje we wspólnym pożyciu z inną osobą – także osoby najbliższej osobie pozostającej we wspólnym pożyciu, oraz zakupu towarów i usług z tym związanych;
- wykonywania ochotniczo i bez wynagrodzenia świadczeń na rzecz przeciwdziałania skutkom COVID-19, w tym w ramach wolontariatu;
- sprawowania lub uczestniczenia w sprawowaniu kultu religijnego, w tym czynności lub obrzędów religijnych.

W przypadku gdy przemieszczanie się następuje pieszo, jednocześnie mogą się poruszać dwie osoby w odległości nie mniejszej niż 1,5 m od siebie, ograniczenia nie stosuje się do osób najbliższych.

W okresie od 25 marca 2020 r. do 11 kwietnia 2020 r. zakazuje się:

- 1) organizowania zgromadzeń stanowiących zgrupowanie osób na otwartej przestrzeni dostępnej dla nieokreślonych imiennie osób w określonym miejscu,
- 2) innych niż określone w pkt. 1 zgromadzeń organizowanych w ramach działalności kościołów i innych związków wyznaniowych oraz imprez, spotkań i zebrań niezależnie od ich rodzaju, z wyłączeniem spotkań danej osoby z jej osobami najbliższymi lub z osobami najbliższymi osobie, z którą pozostaje we wspólnym pożyciu. Ograniczenia, o którym mowa w pkt. 2, nie stosuje się do spotkań i zebrań związanych z wykonywaniem czynności zawodowych lub zadań służbowych, lub pozarolniczej działalności gospodarczej, lub prowadzeniem działalności rolniczej lub prac w gospodarstwie rolnym.

Od 27 marca 2020 r. osoba przekraczająca granicę RP w ramach wykonywania czynności zawodowych w RP lub w państwie sąsiadującym może otrzymać, na swój wniosek, od właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej zaświadczenie o odbywaniu obowiązkowej kwarantanny. ■



Ustawa z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, (Dz. U. z 2020 r., poz. 374), która weszła w życie 8 marca 2020 r., stanowi, że w zakresie w niej nieuregulowanym stosuje się **Ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1239 ze zmianami)**.

Zgodnie z przepisem art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, **pracownicy podmiotów leczniczych, osoby wykonujące zawody medyczne oraz osoby, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, mogą być skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii**.

Do pracy przy zwalczaniu epidemii mogą być skierowane także inne osoby, jeżeli ich skierowanie jest uzasadnione aktualnymi potrzebami podmiotów kierujących zwalczaniem epidemii.

Skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii następuje w drodze decyzji. **Skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii nie podlegają:**

- osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat;
- kobiety w ciąży lub osoby wychowujące dzieci w wieku do 18 lat, w tym osoby wychowujące samotnie dzieci do lat 18;
- osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;
- inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi;
- osoby zajmujące kierownicze stanowiska państwowe oraz posłowie i senatorowie RP.

Decyzję o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii na terenie województwa, w którym osoba skierowana posiada miejsce pobytu lub jest zatrudniona, wydaje właściwy wojewoda, a w razie skierowania do pracy na obszarze innego województwa – minister zdrowia.

Od decyzji wojewody przysługuje odwołanie do ministra zdrowia. Wniesienie środka odwoławczego nie wstrzymuje wykonania decyzji.

Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii stwarza obowiązek pracy przez okres do 3 miesięcy w podmiocie leczniczym lub w innej jednostce organizacyjnej wskazanych w decyzji.

Osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii dotychczasowy pracodawca jest obowiązany udzielić urlopu bezpłatnego na czas określony w decyzji. Okres urlopu bezpłatnego zalicza się do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze u tego pracodawcy.

Podmiot leczniczy lub jednostka organizacyjna wskazana w decyzji nawiązuje z osobą skierowaną do pracy stosunek pracy na czas wykonywania okre-

ślonej pracy, na okres nie dłuższy niż wskazany w decyzji.

Osobie skierowanej do pracy na podstawie decyzji przysługuje wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 150% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska.

Wynagrodzenie nie może być niższe niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Osobie skierowanej do pracy na podstawie decyzji przysługuje zwrot kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia, na zasadach określonych w przepisach o ustalaniu oraz wysokości należności przysługującej pracownikom państwowych jednostek z tytułu podróży służbowych na obszarze kraju. Zwrot kosztów z tytułu zakwaterowania lub wyżywienia nie przysługuje w przypadku zapewnienia w miejscu wykonywania pracy bezpłatnego zakwaterowania lub wyżywienia.

Koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku ze zwalczaniem epidemii oraz koszty przejazdu zakwaterowania i wyżywienia są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest wojewoda właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń.

Przez czas trwania obowiązku wykonywania pracy przy zwalczaniu epidemii z osobą skierowaną do tej pracy nie może być rozwiązany dotychczasowy stosunek pracy ani nie może być dokonane wypowiedzenie umowy o pracę, chyba że istnieje podstawa do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika albo w przypadku zmiany lub uchylenia decyzji.

Ponadto, przepisy Kodeksu pracy dotyczące wygaśnięcia umowy o pracę, stosuje się odpowiednio. Zgodnie z przepisem art. 48 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, pracownikom podmiotów leczniczych oraz innym osobom podejmującym na zasadach określonych w niniejszej ustawie działania w celu zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu.

Ponadto, przepis art. 53 wymienionej ustawy stanowi, że kto nie wykonuje decyzji o skierowaniu do pracy przy zapobieganiu oraz zwalczaniu epidemii, wydanej na podstawie art. 47 ustawy, podlega karze grzywny. ■

mec. Beata Kozyra-Łukasiak
radca prawny DIL



OSTRY, PRZEWLEKŁY, W

„Palieś, to teraz masz!” – czy to uśmierzy cierpienie związane z nowotworem? Musimy podchodzić do pacjenta tak, jakbyśmy sami chcieli być w takiej sytuacji potraktowani. O leczeniu bólu w różnych jego postaciach z dr. hab. n. med. Jackiem Smereką, prof. UMW, dr. hab. n. med. Małgorzatą Malec-Milewską, prof. CMKP, lek. Małgorzatą Niemiec i dr. n. med. Anną Orońską rozmawia Aleksandra Solarewicz. Eksperti byli prelegentami konferencji pt. „Pacjent w piekle bólu – ujęcie interdyscyplinarne”, która 28 lutego odbyła się w siedzibie DIL. Swoimi zawodowymi doświadczeniami i wiedzą dzielą się z czytelnikami „Medium”.

DR HAB. N. MED. JACEK SMEREKA, PROF. UMW – KIEROWNIK NAUKOWY KONFERENCJI „PACJENT W PIEKLE BÓLU – UJĘCIE INTERDYSCYPLINARNE”

A.S.: Panie Profesorze, ktoś powie: „Leczenie bólu? Jak to? Leczy się przecież przyczyną, a nie skutki. A ból to skutek schorzenia”.

Dr hab. Jacek Smereka, prof. UMW: W bólu ostrym leczymy zawsze jego pierwotną przyczynę, a sam ból staramy się łagodzić, ponieważ długotrwały, źle kontrolowany ból niekorzystnie wpływa na cały organizm człowieka. W przypadku bólu przewlekłego zawsze, jeżeli to tylko możliwe, staramy się wpłynąć, złagodzić, odwrócić jego przyczynę, najczęściej jest to jednak niemożliwe i musimy skupić się na jego leczeniu objawowym. Naszym celem powinna być zawsze poprawa jakości życia chorych.

W 2017 roku weszła w życie nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w której pojawiły się nowe regulacje. Stanowią one między innymi, że pacjent ma prawo do leczenia bólu, zaś podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Zgodnie z definicją ból jest doznaniem czuciowym i emocjonalnym, zawsze nieprzyjemnym i subiektywnym, dlatego jeśli chory sygnalizuje, że odczuwa ból, należy to zaakceptować, potem ocenić jego natężenie. Jeśli to możliwe, zdiagnozować jego przyczynę, dalej włączyć odpowiednie leczenie, a na końcu ocenić skuteczność naszego postępowania.

A.S.: A po co nam ból?

J.S.: Ból ostry, który występuje u około 5% populacji (pooperacyjny, pourazowy, porodowy) pełni funkcję ostrzegawczo-ochronną, ma bezpośredni związek z uszkodzeniem tkanek, trwa krótko i powinien ustąpić wraz z wywołującą go chorobą. W tym przypadku leczymy jego podstawową przyczynę, natomiast ból łagodzimy, aby złagodzić cierpienie, przyspieszyć proces zdrowienia i nie dopuścić do rozwoju bólu przewlekłego. Jeżeli po zabiegu operacyjnym, po urazie, ból utrzymuje się pomimo wygojenia tkanek, mówimy wtedy o przetrwałym bólu pooperacyjnym, pourazowym.

Ból przewlekły trwa długo, ma dużo bardziej złożony mechanizm powstawania niż ból ostry, nie pełni funkcji ostrzegawczo-ochronnej, od początku jest bezsensownym cierpieniem, dlatego wymaga wielokierunkowego leczenia. Ból przewlekły jest ogromnym problemem, ponieważ dotyka ponad 20% populacji i procent ten rośnie do ponad 50% u chorych w wieku podeszłym.

A.S.: Jak wobec tego powinien postępować lekarz?

J.S.: W przypadku bólu ostrego jednym z podstawowych zadań lekarza jest rozpoznanie przyczyny bólu, leżącej w tle patologii, i wdrożenie odpowiedniego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, które obejmuje również złagodzenie bólu. Ważny jest również wybór sposobu leczenia bólu, w tym przede wszystkim znajomość farmakoterapii z uwzględnieniem przeciwwskazań do stosowania poszczególnych leków w ich prawidłowego dawkowania, a także prawidłowego wyboru drogi ich podawania.

Apeluję, pamiętajmy o przeciwwskazaniach. Należy realnie ocenić stan pacjenta i zasto-

Rozmawia
Aleksandra Solarewicz



Fot. z archiwum J.S.

► DR HAB. N. MED. JACEK SMEREKA, PROF. UMW

Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej, prof. UMW. Kierownik Zakładu Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, kierownik naukowy konferencji „Pacjent w piekle bólu – ujęcie interdyscyplinarne”

WSZECHOGARNIAJĄCY



Zródło grafiki: www.pixabay.com/photos/medical-4284012/geralt

sować skuteczne leczenie, mając świadomość, że w przypadku właściwego monitorowania pacjenta i miareczkowania leków z grupy opioidowych ryzyko depresji oddechowej jest niewielkie.

A.S.: Jakie błędy popełniają przy tym lekarze?

J.S.: W przypadku bólu zarówno ostrego, jak i przewlekłego stosunkowo częstym błędem jest brak oceny jego natężenia, brak wiedzy o niekorzystnym wpływie bólu na organizm człowieka i brak wiedzy na temat różnych możliwości łagodzenia bólu. Błędy w postępowaniu mogą wynikać również z obawy przed przedawkowaniem leków przeciwbólowych, przed ich działaniami niepożądanymi i przed maskowaniem przez leki przeciwbólowe poważnych patologii.

A.S.: Jakie są skutki bagatelizowania bólu?

J.S.: Ból ostry w ciągu kilku, a najczęściej kilkunastu dni, zmniejsza swoją intensywność lub ustępuje całkowicie. Nieprawidłowe łagodzenie bólu powoduje kaskadę zmian patofizjologicznych i przejście bólu ostrego w ból przewlekły, czyli chroniczną bolesność. Należy pamiętać, że jest to zjawisko dość częste w przypadku niewłaściwie leczonego bólu pooperacyjnego i pourazowego.

A.S.: W jaki sposób lekarz opracowuje strategię wobec konkretnego pacjenta?

J.S.: Zadaniem lekarza jest ocena patomechanizmu i natężenia

bólu, jego lokalizacji i promieniowania, czynników nasilających i zmniejszających ból oraz podatności na leczenie. W celu oceny nasilenia bólu opracowano wiele skal, które wybiera się zależnie od wieku pacjenta, jego zdolności poznawczych, a także rodzaju bólu. Skala słowna umożliwia ocenę nasilenia bólu, stosowana jest także skala Likerta, czy bardzo często skala numeryczna NRS, gdzie chory określa nasilenie odczuwanego bólu w skali od 0 do 10. W tej skali 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 – najsilniejszy ból, jaki jesteśmy w stanie sobie wyobrazić. U dzieci stosowane są skale obrazkowe, a także zmodyfikowane skale NRS czy wręcz skale oparte na obserwacji zachowania dziecka i parametrach życiowych.

A.S.: O, właśnie. Jak należy leczyć ból u dzieci?

J.S.: Trzeba przede wszystkim pamiętać, że każde dziecko – niezależnie od wieku – odczuwa ból. Ten nieleczony wywiera niekorzystny wpływ na organizm tak samo, jak u osoby dorosłej. U dzieci – w zależności od wieku – należy stosować odpowiednie skale oceny bólu. Pomocne są także obserwacja zachowania i parametrów życiowych dziecka. Podstawowe znaczenie ma uwzględnienie metabolizmu i farmakokinetyki leków. Jeśli tylko jest to możliwe, do bolesnych procedur diagnostycznych czy leczniczych należy zastosować sedację, uwzględniając w niej rolę anestezjologa. Gdy istnieje taka »



Fot. z archiwum M.M.-M.

► DR HAB. N. MED. MAŁGORZATA MALEC-MILEWSKA, PROF. CMKP

Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie



Fot. z archiwum M.N.

► LEK. MAŁGORZATA NIEMIEC

Specjalista w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny paliatywnej oraz balneologii i medycyny fizykalnej. Od 1993 r. pracuje w Dolnośląskim Centrum Onkologii jako lekarz anestezjolog. Konsultant medycyny paliatywnej w Ośrodku Medycyny Paliatywnej w Będkowie.



Fot. z archiwum „Medium”

► DR N. MED. ANNA OROŃSKA

Specjalista anestezjologii i reanimacji oraz medycyny paliatywnej. Starszy asystent w Poradni Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Domowym przy Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu. Konsultant wojewódzki ds. medycyny paliatywnej

możliwość, należy stosować preparaty miejscowe, np. krem EMLA, pamiętając przy tym, że wymaga on odpowiedniego czasu do osiągnięcia pełnego działania. U dzieci, podobnie jak u osób dorosłych, stosowane są leki z różnych grup. W bólu o małym natężeniu wykorzystuje się paracetamol, ibuprofen, przy bólu o dużym natężeniu opioidy. Należy pamiętać o przestrzeganiu wytycznych dla tej grupy wiekowej oraz prawidłowej ocenie nasilenia bólu i ocenie skuteczności wdrożonego postępowania.

A.S.: A czy postępowanie w przypadku bólu u pacjentów w wieku podeszłym i pacjentek ciężarnych związane jest z istotnymi odmiennymi w leczeniu?

J.S.: U kobiet ciężarnych lekiem z wyboru jest paracetamol, co do zasady nie stosuje się NLPZ ani metamizolu. Kobietom w okresie laktacji polecany jest paracetamol lub ibuprofen. Warto zapoznać się z obowiązującymi wytycznymi i sprawdzić, czy dany lek można zastosować u kobiety ciężarnej lub karmiącej piersią.

U pacjentów w wieku podeszłym, ze względu na współistniejące choroby przewlekłe, trzeba uwzględnić potencjalne interakcje z innymi stosowanymi lekami. Stosując nawet paracetamol, należy uwzględnić, iż dobową dawkę 4 g może być dla osób w podeszłym wieku zbyt wysoka, szczególnie w przypadku uszkodzenia wątroby. Podając pacjentom w podeszłym wieku NLPZ, trzeba zachować daleko idącą ostrożność. Należy uwzględnić takie schorzenia współistniejące jak: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, a dalej choroba wrzodowa, leczenie acenokumarolem i nowymi doustnymi antykoagulantami, leczenie betablokerami i inhibitorami konwertazy angiotensyny, a także zwrócić szczególną uwagę na łączenie tramadolu z SSRI, SNRI. Bezpiecznie jest przyjąć generalną zasadę rozpoczynania terapii lekami przeciwbólowymi od dawek zredukowanych o 30-50% w porównaniu do osób młodszych.

A.S.: „Boli, to znaczy, że się goi”. Walczyć z bólem pooperacyjnym?

J.S.: Prawidłowe leczenie bólu pooperacyjnego przynosi szereg korzyści, i to nie tylko pacjentom, ale również samym instytucjom opieki zdrowotnej. Prawidłowe postępowanie redukuje ogólne koszty leczenia i skraca czas hospitalizacji. Przynosi korzyść samym lekarzom i pielęgniarkom ze względu na większą satysfakcję pacjentów i możliwość jeszcze istotniejszego wpływu pielęgniarek na opiekę nad pacjentem. Ból pooperacyjny ma największe natężenie w pierwszej i drugiej dobie po operacji, a w większości przypadków zmniejsza się w dobie trzeciej lub czwartej.

A.S.: Jak to robić?

J.S.: W opiece okołoperacyjnej leczeniem bólu zajmują się głównie anestezjodolży, jednak w dalszym etapie leczenia szpitalnego ten obowiązek spada na lekarzy prowadzących danego pacjenta. Postęp w zakresie znajomości patofizjologii bólu, jego wpływu na organizm, możliwość zastosowania koanalgetyków również w okresie przedoperacyjnym, analgezy z wyprzedzeniem czy coraz szersze zastosowanie analgezji regionalnej, w tym metod ciągłych powodują, że skuteczność leczenia bólu w okresie pooperacyjnym jest większa. Ważne jest przestrzeganie wytycznych i zaleceń leczenia bólu pooperacyjnego oraz stanowisk Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Polskiego Towarzystwa Znieczulenia Regionalnego i Leczenia Bólu, Polskiego Towarzystwa Badania Bólu czy Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz towarzystw chirurgicznych. W zaleceniach znajdziemy informacje dotyczące leczenia bólu pooperacyjnego w poszczególnych typach procedur chirurgicznych i innych procedurach zabiegowych.

Nieprawidłowo leczony lub nieuśmierzony ból pooperacyjny może zwiększać ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych, ryzyko powikłań ze strony układu krążenia, układu oddechowego, prowadzić do zaburzeń snu, nudności, wymiotów czy wręcz do powstania zjawiska przetrwałego bólu pooperacyjnego.

A.S.: W jaki sposób pomocna jest tutaj skala?

J.S.: W przypadku bólu pooperacyjnego najważniejsza jest prewencja, zapobieganie bólowi powyżej trzech punktów w jedenastopunktowej skali NRS. Aby to osiągnąć, konieczne są regularne pomiary nasilenia bólu, np. co cztery godziny (oczywiście poza okresami, w których pacjent śpi). Ta skala oceny, uwzględniająca również nasilenie bólu po podaniu leku, jest ważna, gdyż umożliwia oszacowanie zapotrzebowania na leki przeciwbólowe.

Leki w okresie pooperacyjnym często podaje się drogą dożylną, z szybkim przejściem na drogę doustną, o ile stan pacjenta na to pozwala. Zalecane jest leczenie multimodalne, czyli takie, które pozwala łączyć leki przeciwbólowe o różnych mechanizmach działania i stosować metody analgezji przewodowej. W zależności od kategorii zabiegu, wynikającej z jego rozległości i typu, zalecane jest określone postępowanie, tj. leczenie przeciwbólowe, włącznie ze stosowaniem opioidów, koanalgetyków, leków

z różnych grup, w tym analgezji regionalnej wczesną rehabilitacją i fizjoterapią, tak, aby zapobiegać chronifikacji bólu. W bólu ostrym coraz częściej stosowane są, choć rzadziej niż w bólu przewlekłym, koanalgetyki, takie jak: klonidyna, deksmedetomidyna, gabapentyna, czy pregabalina.

A.S.: To teraz proszę opowiedzieć o bólu pourazowym?

J.S.: W zależności od nasilenia bólu, jego przyczyny można, i należy, zastosować odpowiednie leczenie już na etapie przedszpitalnym. Lekarze i ratownicy medyczni dysponują różnymi lekami, które mogą być stosowane na etapie przedszpitalnym, włącznie z metoksyfluranem. W przypadku niewielkiego i umiarkowanego bólu przy NRS 1-5 stosowane są najczęściej nieopiodowe leki przeciwbólowe, w tym metamizol, paracetamol, czy ketoprofen lub deksketoprofen, często w leczeniu skojarzonym. Przy bólu o dużym natężeniu opioidy, w tym tramadol czy fentanyl.

Warto zwrócić uwagę, że fentanyl może być podawany nie tylko drogą dożylną. Istnieją też nowoczesne preparaty zapewniające podaż dopoliczkową czy przezskórną, chociaż część z nich wykorzystywana jest głównie w leczeniu bólu przewlekłego. Należy pamiętać również o ketaminie, zajmującej nadal istotne miejsce w medycynie ratunkowej, ale także Entonoxie (50% podtlenek azotu/50% tlen) czy metoksyfluranie. Metoksyfluran od wielu lat stosowany jest na etapie przedszpitalnym w Australii i Nowej Zelandii. Od kilku lat dostępny jest również w Polsce. Preparat ten wykazuje szereg zalet, dlatego warto się nim zainteresować, zwłaszcza w warunkach medycyny ratunkowej, w tym szczególnie w postępowaniu na etapie przedszpitalnym.

A.S.: Jakie zastosowanie w leczeniu tego bólu mają blokady regionalne?

J.S.: W wielu krajach, w tym w USA, blokady regionalne są złotym standardem leczenia bólu u pacjentów urazowych, szczególnie na etapie SOR. Takie postępowanie wymaga pewnego doświadczenia, umiejętności oraz dostępności USG oraz odpowiednich igieł, które ułatwiają bezpieczne wykonanie zabiegu pod kontrolą ultrasonograficzną. Należy tu wymienić na przykład blokady przedziału powięzi biodrowej, blokady nerwu udowego, przedziału mięśni przywodzicieli, blokadę przedziału mięśnia prostownika grzbietu czy blokady analgetyczne w obrębie kończyny górnej. Przeprowadzenie tych blokad pod kontrolą USG umożliwia istotne zmniejszenie ryzyka powikłań. Co ciekawe, efekt przeciwbólowy utrzymuje się nawet do 48 godzin i jest zatem teoretycznie dłuższy niż czas działania leku miejscowo znieczulającego.

A.S.: W domu, na SOR i w szpitalu. Jakie metody tam się stosuje?

J.S.: Zaczniemy od SOR. Odpowiednie leczenie bólu na tym etapie ma istotne znaczenie. Można wykorzystać różnorodne metody leczenia bólu, w tym coraz szerzej stosowane techniki znieczulenia miejscowego czy blokady z wykorzystaniem ultrasonografii. W zależności od tego, czy pacjent zostanie przekazany do leczenia ambulatoryjnego, czy będzie hospitalizowany, zaleca się odpowiedni sposób leczenia bólu.

U pacjentów z dużym nasileniem bólu leczonych szpitalnie często stosowany jest ciągły dożylny wlew opioidów, z analgezą sterowaną przez pacjenta (PCA), gdzie lekarz programuje pompę infuzyjną w taki sposób, że stale utrzymywany jest wlew podstawowy (lub też bez niego), zaś pacjent może samodzielnie poprzez naciśnięcie odpowiedniego przycisku wyzwać podanie bolusu leku przeciwbólowego. Odpowiednie zaprogramowanie pompy PCA zabezpiecza przed przedawkowaniem

(czas blokady przed podaniem kolejnej dawki – lockout time oraz maksymalne dawki w określonych przedziałach czasowych, np. 1 lub 4 godz.).

U pacjentów hospitalizowanych szerokie zastosowanie mają techniki znieczulenia przewodowego. Osobom niehospitalizowanym przepisuje się często leki nieopiodowe. W przypadku silniejszego bólu stosowana jest terapia skojarzona z NLPZ i paracetamolem. Jeśli stan chorego tego wymaga, stosowany jest lek opiodowy z ewentualnym zabezpieczeniem pacjenta w leki przeciwwymiotne.

A.S.: Podsumowując. Ten, kto leczy ból, powinien...

J.S.: Pamiętać, jak ważna jest ocena bólu i dokumentacja jego leczenia oraz o tym, że rozpoczęcie leczenia bólu powinno nastąpić szybko. Trzeba znać zasady farmakoterapii, pamiętać o możliwości zastosowania blokad oraz sprawdzać aktualne wytyczne i pamiętać o możliwości konsultacji ze specjalistą w zakresie leczenia bólu. Pamiętajmy, że ból został uznany za piąty parametr życiowy, poza temperaturą, tętnem, ciśnieniem tętniczym i oddychaniem. O prawidłowym leczeniu bólu i jego wpływie na organizm i psychikę człowieka należy pamiętać nawet w obecnej sytuacji epidemiologicznej, w której inne są priorytety postępowania medycznego.

DR HAB. N. MED. MAŁGORZATA MALEC-MILEWSKA, PROF. CMKP

A.S.: Pani Profesor, na czym polega mechanizm powstawania bólu przewlekłego i jak możemy go leczyć?

Dr hab. n. med. Małgorzata Malec-Milewska, prof. CMKP: Ból przewlekły ma zazwyczaj złożony mechanizm powstawania. Jest często oporny na wszelkie formy leczenia i dlatego Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (The International Association for the Study of Pain – IASP) zaleca postępowanie wielokierunkowe, gdzie poza farmakoterapią, rehabilitacją i psychoterapią swoje miejsce mają również interwencyjne metody leczenia bólu (blokady, neurolizy, termo-/kriolezje, podawanie leków dokanałowo/dostawowo, stymulacja nerwów obwodowych, stymulacja rdzenia i struktur ośrodkowego układu nerwowego oraz zabiegi chirurgiczne np. wertebro-/kyfoplastyka). Rozwój farmakoterapii, a zwłaszcza wprowadzenie nowych leków adiuwantowych, spowodował, że w ostatnich latach znaczenie metod interwencyjnych znacznie zmalało. Nadal jednak 5-10% chorych ma wskazania do ich wykonywania.

A.S.: Jakie są wskazania do wykonywania technik interwencyjnych?

M.M.-M.: Głównym wskazaniem do ich zastosowania są dolegliwości bólowe odporne na rutynowe leczenie, mające ograniczony zakres i wyraźne umiejscowienie. Wcześniej wykonana blokada może zapobiec rozwinięciu się potencjalnych zespołów bólowych, takich jak np. ból fantomowy po amputacji kończyny/piersi, ból po torakotomii/mastektomii. Szczególne znaczenie mają blokady w zespołach bólowych, w których czynnikiem modulującym jest nadmierna aktywność układu współczulnego, co wykorzystujemy w terapii bólu trzewnego i neuropatycznego. Inną możliwością wykorzystania blokad jest zastosowanie ich do podawania leków w najbliższe otoczenie objętych procesem chorobowym struktur, np. do stawu lub do przestrzeni zewnątrztrzonowej (leków znieczulających miejscowo, opioidów, klonidyny, baklofenu, steroidów, kwasu hialuronowego itd.).

A.S.: Ból jakiego pochodzenia jest skutecznie leczony metodą ciągłej blokady zewnątrztrzonowej lub podpajęczynówkowej? »



M.M.-M.: Pozytywny efekt ciągłej blokady zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej dotyczy zwłaszcza bólu neuropatycznego i kostnego u chorego na nowotwór. Jak pokazują badania, około 2% chorych na nowotwór wymaga takiej właśnie drogi podawania leków.

AS.: Gdzie jeszcze znajdujemy miejsce dla technik interwencyjnych?

M.M.-M.: Blokady wykorzystujemy również jako ważną metodę diagnostyczno-prognostyczną. Pozytywny, lecz krótkotrwały, efekt blokady może potwierdzić wskazanie do wykonania zabiegu neurodestrukcyjnego (kriolezji/termolezji/neurolizy). Zawsze i u każdego chorego należy wnikliwie rozważyć wszystkie zalety, ale także potencjalne uboczne skutki każdej inwazyjnej procedury terapeutycznej. Nie należy traktować interwencyjnych metod leczenia jako czwartego szczebla drabiny analgetycznej, ale zabiegi te wykonywać tylko we właściwych wskazaniach.

A.S.: Jakie jest ryzyko powikłań technik interwencyjnych?

M.M.-M.: W każdym przypadku zastosowania technik interwencyjnych istnieje ryzyko powikłań lub wystąpić mogą objawy niepożądane. Trwałe uszkodzenie struktur nerwowych, a szczególnie nerwu obwodowego, może wiązać się z konsekwencjami, takimi jak parestezje, uczucie odrętwienia, a także deficyt ruchowy. Dlatego przed wykonaniem zabiegu neurodestrukcyjnego, pacjenta należy poinformować o możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i o ewentualnych powikłaniach. Konieczne jest również uzyskanie świadomej, pisemnej zgody na zabieg. Wykonanie zabiegu neurodestrukcyjnego można poprzedzić blokadą diagnostyczno-prognostyczną z użyciem leku znieczulającego miejscowo. Takie postępowanie pomaga zróżnicować, z jakim rodzajem bólu mamy do czynienia oraz pokazuje choremu zalety i wady przyszłej neurolizy/termolezji/kriolezji. Należy jednak zdawać sobie sprawę z faktu, że lek znieczulenia miejscowego działa zawsze silniej niż środek neurodestrukcyjny, jak również, że dwukrotnie narażamy chorego na wykonanie takiego samego zabiegu. Dlatego wykonanie blokady diagnostycznej zawsze należy głęboko przemyśleć.

A.S.: W jaki sposób mogą być wykonywane te zabiegi?

M.M.-M.: Zabiegi neurodestrukcyjne mogą być przeprowadzane na drodze działania czynników fizycznych (kriolezja/termolezja), chemicznych (alkohol/fenol) oraz poprzez wykonanie zabiegu chirurgicznego (czynniki mechaniczne). W praktyce klinicznej wykonuje się głównie zabiegi neurodestrukcyjne w zakresie włókien i/lub zwojów współczulnych, neurodestrukcję korzeni czuciowych rdzenia kręgowego oraz wybiórczo nerwów mieszanych.

LEK. MAŁGORZATA NIEMIEC – KIEROWNIK ORGANIZACYJNY KONFERENCJI PT. „PACJENT W PIEKLE BÓLU – UJĘCIE INTERDYSCYPLINARNE”

A.S.: Pani Doktor, pracuje Pani w Dolnośląskim Centrum Onkologii jako lekarz anestezjolog. Ból to pierwszy objaw choroby nowotworowej?

Lek. Małgorzata Niemiec: Dolegliwości bólowe należą do najczęstszych objawów występujących u chorych na nowotwór. Są pierwszym objawem choroby u co trzeciego pacjenta, występują u 50-60% chorych w okresie leczenia onkologicznego, występują u 70-80% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Najwyższy odsetek chorych cierpiących z powodu bólu nowotworowego obserwuje się w przypadku nowotworów trzustki, kości, mózgu, płuc.

Bóle u chorych na nowotwór mają najczęściej charakter przewlekły. Pod względem patofizjologii dzielą się na nocyceptywne (powstające na skutek stymulacji receptorów bólowych), neuropatyczne (spowodowane uszkodzeniem lub chorobą somatosensorycznego układu nerwowego – na poziomie nerwu obwodowego, rdzenia lub OUN), mieszane (zawierające oba komponenty – nocyceptywny i neuropatyczny).

Bóle ostre w tej grupie chorych są zazwyczaj następstwem procedur diagnostycznych i leczniczych. Bóle u pacjentów z chorobą nowotworową mogą być spowodowane: procesem nowotworowym, wyniszczeniem nowotworowym, schorzeniami współistniejącymi lub powstać w wyniku leczenia przeciwnowotworowego.

A.S.: Jak z medycznego punktu widzenia wygląda postępowanie przeciwbólowe u pacjentów z chorobą nowotworową?

M.N.: W przypadku każdego pacjenta z bólem należy dokonać oceny klinicznej chorego oraz ocenić nasilenie bólu. W postępowaniu przeciwbólowym u chorych na nowotwory stosowane są farmakoterapia i metody niefarmakologiczne.

W leczeniu bólu podstawowego farmakoterapię należy prowadzić w sposób ciągły dla utrzymania stałego stężenia terapeutycznego leków w krwi. W bólu stałym analgetyki powinny być podawane regularnie, w odstępach czasu uzależnionych od farmakokinetyki leku. W miarę możliwości należy wybierać drogę doustną podania analgetyków.

Sposób podawania leków nie może przysparzać dodatkowych trudności choremu. Wskazane jest stosowanie leków o długim czasie działania. W razie występowania bólów przebijających można podawać leki o szybkim początku analgezji i krótkim czasie działania przeciwbólowego. Należy monitorować skuteczność oraz zapobiegać i leczyć objawy niepożądane prowadzonej terapii przeciwbólowej. Stosowanie leków przeciwbólowych jest oparte na schemacie drabiny analgetycznej opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która zaleca stosowanie silniejszych analgetyków, kiedy słabsze przestają być skuteczne, kojarzenie leków i stosowanie koanalgetyków. Plan leczenia powinien być uzgodniony z chorym.

A.S.: Ból jest, zdaje się, doznaniem subiektywnym? Można kwestionować jego występowanie?

M.N.: Ból przewlekły jest doznaniem nieprzyjemnym i wszechogarniającym. Powoduje, że wszystkie inne sprawy, doznania i emocje schodzą na dalszy plan. Gdy ból utrzymuje się długo, pomimo podejmowanego leczenia, rodzi frustrację, złość, bezsilność, smutek i depresję. Pracując z chorym z bólem przewlekłym należy pamiętać, że ból jest doznaniem subiektywnym i indywidualnym. Tylko chory może dostarczyć nam informacji, jak ten ból przeżywa. Jeśli leczący nie daje wiary, że pacjent odczuwa ból, niemożliwe staje się nawiązanie współpracy mającej na celu leczenie. Trwający długo ból przejmuje całkowitą kontrolę nad umysłem człowieka. W problem bólu włączona jest cała rodzina. Rodzina, która jest źródłem wsparcia i pomocy, daje poczucie bezpieczeństwa i oparcia w trudnych chwilach, odgrywa pozytywną rolę w terapii pacjenta z bólem przewlekłym.

DR N. MED. ANNA OROŃSKA: „BÓL WSZECHOGARNIAJĄCY”

A.S.: Pani Doktor, przyznaję, tracę cierpliwość wobec osób, które nic, tylko narzekają, ale nie potrafią wskazać źródła bólu. Czyżby dotykał je ból wszechogarniający?

Dr n. med. Anna Orońska: Możliwe. To jest ból, który obok składnika, czyli komponentu fizycznego, łączy w sobie cały zespół czynników psycho-socjalno-duchowych.

A.S.: Czyli nie jest to ani wymysł pacjenta, ani rodziny pacjenta?

A.O.: Nie. Ból wszechogarniający to fakt. Inna sprawa, że nie zawsze wiedza o nim jest stosowana w postępowaniu z pacjentem. Określenie bólu wszechogarniającego wprowadziła Cicely Saunders, twórczyni pierwszego nowoczesnego hospicjum. Pierwotnie wiązano to zjawisko z cierpieniem pacjentów z chorobą nowotworową. Saunders zauważyła, że na ich ból składają się nie tylko nowotwór i schorzenia współistniejące, ale cały zespół czynników psycho-socjalno-duchowych. Tak ona sama je określiła. Zatem opieka paliatywna, hospicyjna zwróciła na ten problem szczególną uwagę.

A.S.: Psycho-socjalno-duchowe. Co się kryje pod tym określeniem?

A.O.: Ogólnoorganizacyjne problemy, z jakimi styka się pacjent. To jest problem z dotarciem do lekarza, to są utrudnienia biurokratyczne, a także problemy ze strony personelu medycznego. Bywa, że lekarze są za mało komunikatywni, nie potrafią rozmawiać z pacjentem, mają za mało czasu dla niego.

Ale to nie dotyczy tylko pacjentów z chorobą nowotworową. Przecież liczba poradni leczenia bólu jest w Polsce bardzo ograniczona. Pacjent nie może być z tego powodu objęty opieką kompleksową i to zwiększa jego cierpienie. Taką dużą grupą są pacjenci z przewlekłą neuralgią po półpaścu. Leczeniem specjalistycznym bólu nie zawsze może się zająć lekarz pierwszego kontaktu. On nie zawsze ma możliwości.

A.S.: Czego dotyczą kwestie socjalne?

A.O.: Pacjenci z bólem, a Cicely Saunders widziała to na przykładzie pacjentów z nowotworem, są trochę ograniczeni w kontaktach towarzyskich. Zauważyła, że są rzadziej odwiedzani. Tak, obawiamy się kontaktu z takimi pacjentami. Nie wiemy, o czym z nimi rozmawiać. A ich sytuacja uświadamia nam, że sami też możemy tego doświadczyć. No i bardzo ważny problem. Przewlekła choroba może łączyć się z utratą pracy zawodowej, utratą zarobków. A co, jeśli chory był głównym żywicielem rodziny? Ciężko chora osoba w rodzinie to dodatkowe wydatki na leki, opatrunki, odżywki, często konieczność zatrudnienia opiekunki. Nawet dla średnio sytuowanej rodziny to często problemy nie do uniesienia. A co z tymi, którzy i przed chorobą z trudem wiązali koniec z końcem? Niestety, ten problem w naszym kraju ciągle nie jest rozwiązany. Dlatego np. hospicja organizują różnego rodzaju zbiórki, akcje charytatywne, by zebrane w ten sposób fundusze przeznaczyć na bezpośrednią pomoc pacjentom.

A.S.: A co ze sprawami psychiczno-duchowymi...

A.O.: Bardzo zaawansowana choroba nowotworowa to bardzo duże problemy natury psychiczno-duchowej. Trzeba być bardzo delikatnym i, ja to tak nazywam, „mieć nastawioną antenkę”, żeby te problemy wychwycić. Ale do tego, oprócz naszej uważności, jest potrzebny czas. Bo jeśli mamy porozmawiać z pacjentem o problemach związanych ze sferą duchową, np. z umieraniem, to nie wystarczy piętnastominutowa rozmowa. Na to musi być więcej czasu.

A.S.: A kto ma go mieć, jeśli nie lekarz prowadzący?

A.O.: Zastanawialiśmy się w naszym zespole. Z kim taki pacjent chce najczęściej poruszać tematy duchowe? Wcale nie z lekarzem! „Lekarz? No... ależ on jest od leczenia (ja to mówię w tej chwili z punktu widzenia pacjenta)!”. I okazuje się, że często taką osobą jest np. rehabilitant. Bo on wykonując swoje czynności przy pacjencie, jest z nim dłużej. Ale często nie jesteśmy na to przygotowani. To, co możemy zrobić, i to, na co staram się zwrócić uwagę lekarzy i pielęgniarek, to jest wysłuchanie pacjenta.

A.S.: Mają państwo mało czasu? Kwadrans?

A.O.: Na szczęście w medycynie paliatywnej możemy ten czas sami regulować, ponieważ duża część naszych pacjentów znajduje się w domach. Dla zasady, pierwsza nasza wizyta trwa zazwyczaj około godziny. Z tego nie możemy zrezygnować. Ale zdarzają się sytuacje, że nie wiemy, co pacjentowi odpowiedzieć. Pacjent pyta: „Dlaczego mnie to spotkało? Cały czas tak dobrze żyłem, a spotkała mnie taka ciężka choroba, i ja tak bardzo cierpię...”. No, ja też nie wiem.... I tutaj, przed czym bym przestrzegająca kolegów lekarzy?

A.S.: Chyba się domyślam przed czym...

A.O.: Podam konkretny przykład, żebyśmy się nie obracali w sferze abstrakcji. Pacjent ma raka płuc. „No, dlaczego? Bo palił papierosy”. Ale po co mu to mówić? Co to zmieni? On sam o tym wie. Nie musimy mu dodatkowo „dodawać” poczucia winy jakimś naszym utyskiwaniem.

A.S.: Mój wujek, ciężko już chory, zapamiętał czyjąś szczerość: „Palił, to ma!”

A.O.: Mnie pacjenci sami o tym opowiadają: „Sama pani winna, że pani tego raka ma. Dlaczego się nie zgłosiła do lekarza wcześniej?”. Jak poświęcamy czas pacjentowi, to dowiadujemy się takich rzeczy. Zdobądźmy się my, lekarze, na trochę empatii. Zastanówmy się, co my sami, będąc w takiej sytuacji, chcielibyśmy usłyszeć.

A.S.: Jak państwo rozwiązujecie ten problem w hospicjum?

A.O.: My, jako że jesteśmy zespołem, prosimy o pomoc psychologa, czasem księdza. Nie narzucamy tego, bo nie każdy pacjent chce księdza, tak jak nie każdy chce rozmawiać z psychologiem. Musimy mieć pewne wyczucie, kiedy możemy coś takiego zaproponować i skorzystać z jego pomocy. Musimy mieć świadomość, że ból wszechogarniający to nie tylko ta boląca wątroba czy bolące kości, ale to, że cały człowiek cierpi. Jeśli nie zrozumimy tego aspektu, to nie będziemy mogli tego bólu opanować.

A.S.: A fizyczna strona bólu?

A.O.: Jeżeli ten ból jest bardzo silny, to musimy zacząć od opowania go, ponieważ ból fizyczny jest jednak dominujący. I dopiero, gdy się ten ból złagodzi, mogą się uzewnętrznić te inne aspekty bólu wszechogarniającego. Prawda jest też taka, że my się tego czasem boimy.

A.S.: W jakim sensie?

A.O.: Ból fizyczny można opanować, natomiast z tymi aspektami radzimy sobie dużo gorzej. I dlatego ważne jest, żeby lekarze podnosili swoją wiedzę z zakresu komunikowania się z pacjentem. Ale sama wiedza też nie wystarczy. Po prostu zastanówmy się, jak w takiej sytuacji chcielibyśmy, żeby się zachowano wobec nas, czy wobec kogoś nam bliskiego? Każdy jest inną osobowością. Czasem dla lekarza jest to bardzo wyczerpujące, ale z drugiej strony na tym polega właśnie to, co nazywamy humanizacją medycyny. Do tego powinniśmy dążyć, niezależnie czy zajmujemy się tylko leczeniem bólu, czy leczeniem chorób przewlekłych w ogóle. Nie możemy zapominać o tych wszystkich aspektach. To nie jest tylko problem chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej, ale dotyczy większości chorych przewlekle.

A.S.: A leczenie innych rodzajów bólu?

A.O.: Myślę, że jeśli chodzi o inne rodzaje bólów, sytuacja troszeczkę się poprawiła. Prowadzone są na przykład zajęcia w grupie seniorów, gdzie rehabilitacja połączona jest ze wsparciem psychicznym. Mam wrażenie, że ta świadomość zaczyna się do nas przebijać. ■



Wiedeń we Wrocławiu



Fot. Jakub Malik

Kolejna odsłona Balu Wiedeńskiego Lekarza i Prawnika miała miejsce 22 lutego 2020 r. w Narodowym Forum Muzyki. Na parkiecie bawiło się około 180 osób. Z ramienia DIL imprezę współorganizowali przedstawiciele Rady Klubu Lekarza, wiceprezesi – dr Bożena Kaniak i dr Piotr Knast. Podczas samego wydarzenia Izbę reprezentowała dr Małgorzata Niemiec, sekretarz DRL.

Po rozpoczęciu balu schody prowadzące do Sali Czerwonej zapełniły się gośćmi, a głos zabrał dr Edward Wąsiewicz, konsul honorowy Austrii. Następnie przybyłe pary zajęły swoje miejsca na parkiecie i rozpoczęły zabawę w rytmie poloneza.

Goście mieli okazję, w przepięknej scenerii, skosztować pieczołowicie przygotowanych dań i deserów, a także austriackiego wina Strauss. Wszystkie uczestniczki balu otrzymały tzw. Damenspende, czyli mały, elegancki podarunek od Miasta Wiedeń. Podczas loterii każdy miał szansę wylosować jedną z wielu atrakcyjnych nagród.

Podczas tegorocznej edycji balu wystąpili Orkiestra Wratislavia Ensemble pod batutą Marcina Mirowskiego i Orkiestra Dziubek Band.

Oficjalną część wydarzenia poprowadzili konferansjerzy: Andrzej Bieńiek i Tomasz Zoń. Gościem specjalnym była tancerka i jurorka programu „Taniec z gwiazdami” Iwona Pavlovic. Trwający do białego rana bal odbywał się pod patronatem ambasadora Austrii dr. Wernera Almhofera.

K.N.

Spotkanie KLS z Willmannem w tle

28 lutego odbyło się kolejne z cyklu comiesięcznych spotkań Koła Lekarzy Seniorów. Tym razem nietypowo – bo w Pawilonie Czterech Kopuł Muzeum Sztuki Współczesnej. Właśnie tam aż 90 członków koła mogło podziwiać wystawę obrazów Willmanna.

Michael Willmann (1630-1706) to jeden z najwybitniejszych malarzy barokowych w Europie Środkowej, zwany polskim Rembrandtem. Odmocną kolekcję wspaniałych dzieł wypożyczono m.in. z kościołów, klasztorów i kolekcji muzealnych.

Po nowocześnie zaprezentowanej, liczącej niemal 100 obrazów wystawie gości z Koła Lekarzy Seniorów poprowadził jej kustosz – pełen charyzmy dr hab. Piotr Oszczanowski. Sposób, w jaki opowiadał o dziełach oraz ich twórcy, pobudzał w słuchaczach prawdziwą ciekawość. A same obrazy swym pięknem i rozmachem zapierały dech.

K.N.



Fot. z archiwum „Medium”



XXVIII Otwarte Mistrzostwa Polski w Snookera

W dniach 27.02-01.03.2020 r. w Lublinie odbyły się XXVIII Otwarte Mistrzostwa Polski w Snookera, w których wzięło udział 36 najlepszych zawodników w kraju.

Faza grupowa oraz mecze najlepszej 16. i ćwierćfinały rozegrano w klubie Masters w Galerii Olimp, natomiast spotkania półfinałowe i finał były transmitowane na żywo ze studia TVP Lublin przez TVP Sport.

Miałem przyjemność uczestniczyć w tych zawodach dzięki kwalifikacji uzyskanej poprzez wysokie miejsce w rankingu PORS (Polski Otwarty Ranking Snookera) w zeszłym roku. W pierwszym meczu grupowym, pomimo zwycięstwa w pierwszej partii, ostatecznie przegrałem z faworyzowanym Marcinem Nitschke (medalistą Mistrzostw Europy) 1:3. W drugim spotkaniu udało mi się wygrać z Grzegorzem Sroką 3:2 i przedłużyć szansę na awans z grupy. Niestety, w ostatniej rozgrywce uległem Bartłomiejowi Różańskiemu i na fazie grupowej zakończyłem swój udział w mistrzostwach.

Warto nadmienić, że obaj moi rywale, którzy awansowali do fazy pucharowej, dotarli do najlepszej 8. zawodów. Cały turniej wygrał Antoni Kowalski z Zielonej Góry – aktualny Mistrz Świata do lat 16.

Swój udział, mimo braku awansu, mogę uznać za udany. Zdobyłem wiele cennego doświadczenia, które będzie procentować w kolejnych turniejach. Dzięki uczestnictwu miałem również okazję spotkać się w miłej atmosferze z wieloma znajomymi z całego kraju oraz komentować mecze fazy pucharowej turnieju podczas transmisji w Internecie. W aktualnym sezonie rozgrywek będę grał w 1. Lidze Snookera (druga klasa rozgrywkowa w Polsce), gdzie postaram się powalczyć o jak najwyższe lokaty.

Krzysztof Górniak



Fot. Krzysztof Klajn

INNOWACYJNE PRZEDSIĘWZIĘCIE

Fundacja „Potrafię Pomóc” przeprowadziła około 10 konferencji naukowych we współpracy z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu. Dwie z nich dotyczyły seksualności osób z niepełnosprawnością, ukazując, jak ważne jest poruszenie, w ich przypadku, kwestii macierzyństwa i rodzicielstwa, a także wsparcia ginekologicznego. W spotkaniach brali udział rodzice, opiekunowie, terapeuci, lekarze i pedagodzy. Dało to możliwość poznania potrzeb tych grup. Obecnie tworzona jest już siatka wsparcia i zgrany zespół. Nowo powstająca Wrocławska Szkoła Rodzenia dla Kobiet z Niepełnosprawnością, finansowana przez Miasto Wrocław, jest pierwszą tego typu placówką w regionie. Ma zaspokoić potrzeby edukacyjne kobiet ciężarnych z niepełnosprawnością. Istotą działania tej szkoły będzie indywidualizacja nauczania, polegająca na dostosowaniu programu i metod do konkretnych uczestniczek, z uwzględnieniem ich niepełnosprawności, możliwości percepcyjnych i potrzeb. Nie bez znaczenia będzie dobór środków dydaktycznych.

Magdalena Orlicz-Benedycka: Proszę opowiedzieć o arkanach przedsięwzięcia...

Prezes Fundacji „Potrafię Pomóc” Adam Komar: Na posiedzeniu grupy roboczej „Za życiem” opowiadałem o naszych planach. Temat podchwyciły pani dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Miejskiego we Wrocławiu Joanna Nyczak i pani Lucyna Jędrzejewska. Zaprosiły mnie na spotkanie i zaproponowały przygotowanie pilotażu. Jak wiemy, od strony ginekologicznej trudno jest zebrać obsadę do realizacji takiego zadania. Mam jednak nadzieję, że dzięki współpracy z prof. Remigiuszem Kijakiem uda mi się znaleźć ginekologa, któremu zagadnienie znane jest z codziennej praktyki.

M.O.-B.: Jaką formę będzie miała szkoła rodzenia dla kobiet z niepełnosprawnością? To jest innowacyjne przedsięwzięcie, nieznane w opiece ginekologiczno-położniczej...

A.K.: Sama szkoła rodzenia obejmuje warsztaty edukacyjne, mające przybliżyć kobietom planującym macierzyństwo problemy, z jakimi będą miały do czynienia. Chcemy przełamać stereotyp, istniejący zarówno w społeczeństwie, jak i w mentalności tych kobiet, że ciąża, poród czy macierzyństwo u osób z niepełnosprawnością nie są czymś strasznym lub niemożliwym. Pragniemy im też pokazać, że opiekując się przyszłymi mamami, możemy uwzględnić ich potrzeby wynikające z dysfunkcji, jaką posiadają.

Rekrutacja dopiero się rozpocznie, więc nie wiemy jeszcze, z jakimi rodzajami niepełnosprawności będziemy mieli do czynienia w szkole rodzenia i na warsztatach. Przewidujemy grupę 30 kobiet z partnerami i jesteśmy przygotowani na niepełnosprawność ruchową, intelektualną, na wady wzroku, słuchu, mowy. Myślę, że ten pilotaż pokaże nam, jak układać poszczególne programy, uwzględniając różne potrzeby uczestniczek.

Oferujemy kontakt z szeroką grupą specjalistów. Nie są to tylko położne czy ginekolog, ale też pediatra, psycholog i edukator seksualny – osoba, która w części warsztatowej może wnieść wiele wartości edukacyjnych. Mamy fizjoterapeutów, chcemy zaproponować ćwiczenia dostosowane do stopnia niepełnosprawności tych pań. Są to ćwiczenia przygotowane do porodu, a także relaksacyjne. Dysponujemy salą doświadczania świata z łóżkiem wodnym oraz salą ogólną. Grupy będą niewielkie, maksymalnie czteroosobowe.

Panie zgłaszające się do szkoły rodzenia mogą liczyć na kompleksowe wsparcie. Zależy nam na skoordynowanej opiece terapeutycznej, medycznej, edukacyjnej i społecznej. Jeśli to będzie konieczne, będziemy wysyłać uczestniczki do specjalistów, którzy pomogą w prowadzeniu czy podjęciu decyzji o ciąży. Taka jest idea naszego nowo powstającego Centrum Diagnostyczno-Terapeutycznego Chorób Rzadkich, któremu od strony medycz-

Kompleksowe

Z prezesem Fundacji „Potrafię Pomóc” p. Lucyną Jędrzejewską, z prezesem Kijakiem rozmawia

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/shoes-505471/sebagee



Fot. z archiwum L.J.

Lucyna Jędrzejewska – położna, koordynator programu „Zdrowa matka i dziecko”, wieloletni konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, pasjonatka tego tematu

CIE DLA NIEPEŁNOSPRAWNYCH

na opiekę w specjalnej szkole rodzenia



rafie Pomoc” Adamem Komarem, położną dr Magdaleną Konecką i prof. Remigiu-Magdalena Orlicz-Benedycka.

nej będzie szefował prof. Robert Śmigiel. Prowadzimy także mieszkania opieki wytchnieniowej dla osób z głęboką niepełnosprawnością. Wiemy, jakie zastosować rozwiązania techniczne, aby ułatwić współpracę lekarzy z osobami korzystającymi z pomocy.

Gabinet ginekologiczny będzie uwzględniał tłumacza polskiego języka migowego online. W czerwcu kończymy remont centrum, a cały obiekt uruchomimy po wakacjach. Szkoła Rodzenia, która ruszy w najbliższym czasie, stanie się łącznikiem pomiędzy naszymi dotychczasowymi a przyszłymi działaniami.

M.O.-B.: Jak wygląda nabór do szkoły rodzenia?

A.K.: Będziemy rozpowszechniać plakaty informacyjne. Mamy ciesząc się sporą popularnością fanpage. Liczymy na pomoc i współpracę z zaprzyjaźnionymi organizacjami pozarządowymi, którym prześlemy informacje. Skorzystamy także z przekazu medialnego, który stanowi dużą siłę nośną. Zależy nam, aby dotrzeć również do lekarzy, którzy mogą się włączyć w to nowe przedsięwzięcie, sądzę jednak, że dopiero nasza praca i działania mogą im pokazać, że jest to potrzebna inicjatywa. Może uda się w przyszłości zorganizować tematyczną konferencję dla lekarzy.

To bardzo ważne, aby uwzględnić potrzeby kobiet z różnymi niepełnosprawnościami w opiece okołoporodowej. Rekrutacja potrwa do końca roku, a my na bieżąco będziemy tworzyć grupy. Jesteśmy nawet przygotowani na indywidualny tok zajęć. To trudne zadanie. Dlatego musimy mieć oczy szeroko otwarte, reagować na potrzeby, bazując na współpracy z panem prof. Kijakiem czy p. Lucyną Jędrzejewską. Jestem przekonany, że uda nam się stworzyć mocny i kompetentny zespół.

Funkcjonujący w kraju system nie uwzględnia wielu potrzeb osób niepełnosprawnych (każdy rodzaj niepełnosprawności). Gabinety nie mają odpowiedniego wyposażenia. »



Fot. archiwum M.K.

Magdalena Konecka – lekarz pediatra. Specjalność naukowa – choroby rzadkie i genetyka kliniczna. Pracowała jako asystent w Zakładzie Propedeutyki Pediatrii i Chorób Rzadkich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Od lat związana naukowo, zawodowo i prywatnie z Fundacją „Potrafię Pomóc” działającą na rzecz niepełnosprawnych dzieci i ich rodzin.

Podejście środowiska lekarskiego do tematu niepełnosprawności w tym aspekcie jest ostrożne i wymaga działań ludzi z pasją.

Rekrutacja i zajęcia będą prowadzone w naszej siedzibie przy ul. Horbaczewskiego 24. Wynajęliśmy cały budynek. Na parterze znajduje się ośrodek edukacyjno-rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością. Po południu będą się tu odbywać zajęcia szkoły rodzenia. Tam też mamy mieszkanie opieki wytchnieniowej. Pierwsze piętro jest przygotowane na powstające centrum, o którym wspominałem. Wiadomość o rekrutacji rozeszła się już jakiś czas temu, ale nastąpiły trudne czasy i nie wiemy dokładnie, kiedy ruszy szkoła.

M.O.-B.: Ile osób korzysta obecnie z waszej oferty? Jak jest finansowana?

A.K.: Opiekujemy się setką osób. W mieszkaniu opieki wytchnieniowej przebywają jednocześnie dwie osoby po to, aby ich opiekunowie mogli odpocząć. Jeśli projekt znajdzie uznanie i sprawdzi się, będziemy go kontynuować. Stąd pilotaż, abyśmy uzyskali wiedzę o potrzebach naszych uczestniczek.

Program obejmuje bloki tematyczne – ciąża, poród, połóg, opieka nad noworodkiem, ćwiczenia relaksacyjne i gimnastyczne. Natomiast treścią warsztatów będzie istota rodzicielstwa w kontekście niepełnosprawności, przełamywanie bariery mentalnej w podejmowaniu decyzji o rodzicielstwie i zajęcia psychologiczne, konsultacje seksuologiczne.

WSŁUCHUJMY SIĘ W POTRZEBY RODZĄCYCH

M.O.-B.: Rośnie liczba osób z niepełnosprawnością. Inne jest też widzenie tych osób przez społeczeństwo. Jaka jest Pani rola w uruchamianym projekcie szkoły rodzenia dla pań z niepełnosprawnością?

Lucyna Jędrzejewska: Nie mamy danych z kraju, jak wiele jest kobiet z niepełnosprawnością, które urodziły lub są w ciąży. Nie prowadzi się takich rejestrów. Rozmawiałam ostatnio z 17 wrocławskimi położnymi, każda z nich zetknęła się z kobietą z niepełnosprawnością (stwardnienie rozsiane, ułomność fizyczna, ociemnienie). Informacja o projekcie powstającej szkoły rodzenia dla kobiet z dysfunkcjami została bardzo dobrze przyjęta przez położne (wierzę, że będzie dobrze przyjęta również przez same kobiety). Nasze doświadczenia może staną się wzorem dla innych. Przy okazji pojawiają się nowe pomysły, np. dotyczące zwiększenia wiedzy położnych na temat niepełnosprawności – specyfiki opieki nad ciężarnymi, rodzającymi, matkami, zarówno w szpitalu, jak i w środowisku domowym (położne rodzinne) oraz umiejętności w obszarze komunikacji. To oznacza podjęcie współpracy z Dolnośląską Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w zakresie organizacji szkoleń i konferencji.

Wierzę, że dzięki temu przedsięwzięciu zwiększy się liczba kobiet z niepełnosprawnością zainteresowana edukacją przedporodową.

Z racji nowego projektu zostałam zaproszona przez organizatora – fundację „Potrafię Pomóc” do współpracy, w tym do przygotowania programu, wykazu środków dydaktycznych, sprzętu do wyposażenia pomieszczeń oraz zaproszenia do jego realizacji położnych, lekarzy i psychologa. Myślę, że istotną będzie też współpraca ze szpitalami, w których będą rodziły uczestniczki szkoły rodzenia.

M.O.-B.: Na jaką pomoc mogą liczyć kobiety z niepełnosprawnością zgłaszające się do szkoły rodzenia?

L.J.: Mogą liczyć na przygotowanie do porodu i udział partnera w porodzie, na wzmocnienie swojego zdrowia w czasie i po ciąży, na budowanie relacji z nienarodzonym dzieckiem i po urodzeniu, na złagodzenie lęku czy stresu związanego z oczekiwanym lub nieoczekiwanym macierzyństwem poprzez budowanie przestrzeni do wyrażania dobrych emocji, na tworzenie właściwych

relacji z partnerem oraz rodziną. Poza tym na przygotowanie do opieki nad noworodkiem (karmienie piersią, pielęgnacja, zapewnienie bezpieczeństwa dziecku, postępowanie w sytuacjach nagłych, szczepienia ochronne), udział w zajęciach gimnastycznych i relaksacyjnych, wsparcie psychologa w przygotowaniu do porodu, rodzicielstwa czy spotkania z ginekologiem i pediatrą. W programie zaplanowano realizację tematów związanych z opieką położnej rodzinnej nad matką i noworodkiem/niemowlęciem w środowisku zamieszkania oraz opieką lekarza rodzinnego (kontrolne wizyty lekarskie dot. dziecka, bilanse zdrowia).

M.O.-B.: Przez wiele lat była Pani konsultantem krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego. Co stanowiło największy problem czy wyzwanie?

L.J.: Od czasu podjęcia zadań konsultanta krajowego w 2002 r. do ubiegłego roku położnictwo przeżywało okres dynamicznego rozwoju. Tworzył się nowy model opieki nad kobietą, rodziną, rosły oczekiwania społeczeństwa wobec położnych, lekarzy uczestniczących w opiece okołoporodowej. Edukacja przedporodowa odgrywa coraz większą rolę.

Wprowadzenie standardów opieki okołoporodowej zainicjowało powstanie nowej koncepcji opieki porodowej zwróconej na potrzeby rodziny oraz możliwość obecności bliskiej osoby podczas porodu. Poród rodzinny stał się „modny” i jest wyzwaniem dla wielu szpitali. Rodząca ma możliwość poruszania się, rodzenia w dogodnej pozycji. Niestety, pozycje wertykalne są nadal rzadziej stosowane. Często poród ma miejsce na łóżku. Noworodek pozostaje przy matce, jeżeli tylko stan zdrowia obojga na to pozwala. Promuje się karmienie piersią, a nie karmienie mlekiem modyfikowanym.

Wyraźnie obniżył się wskaźnik umieralności okołoporodowej noworodków i śmiertelności matek. Największym wyzwaniem ostatnich lat było wdrożenie przez szpitale nowych standardów, odejście od rutynowych działań oraz zmiana świadomości położnych i lekarzy.

Niepokoje bardzo szybki wzrost cięć cesarskich (ponad 43%) czy liczba ciężarnych przebywających na zwolnieniach lekarskich. W 2019 r. najczęstszą przyczyną niezdolności do pracy była ciąża, poród i połóg (18,7 proc., 16,1 mln dni). Ciąża i poród traktowane są często jak choroba, a nie stan fizjologiczny.

Jestem świadkiem wielu zmian w położnictwie. Pamiętam ten okres, kiedy zaczęto wdrażać nowości (otwarcie oddziałów noworodkowych dla rodziców, obecność osób bliskich rodzącej podczas porodu, ściągnięcie rodzających z łóżek na sali porodowej, system rooming in, kangurowanie wcześniaków), widziałam przerażenie wśród personelu i powątpiewanie, co do słuszności wprowadzania tych zmian.

Walczyliśmy też o wyeksponowanie roli położnej, o wykorzystanie w praktyce jej ustawowych uprawnień i umieszczenie jej we właściwym miejscu w systemie opieki nad matką i dzieckiem. Przed nami przygotowanie położnych do pracy w warunkach zagrożenia wirusem i innych zagrożeń cywilizacyjnych. Niezbędne jest teraz zwiększenie wiedzy i umiejętności położnych oraz lekarzy w kwestii ciąży, porodu kobiet z niepełnosprawnością i odmiennych kulturowo.

OPIEKA NAD DZIECKIEM A NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ RODZICÓW

M.O.-B.: Na czym będzie polegała Pani współpraca z przyszłymi mamami? Na co – ze strony pediatry – może liczyć kobieta biorąca udział w tym projekcie?

Magdalena Konecka: Kobieta zostaje mamą już przed urodzeniem dziecka i warto ten czas wykorzystać między innymi na merytoryczne przygotowanie do opieki nad nim. Moja dotych-

czasowa praca z rodzicami noworodków i niemowlaków uświadomiła mi, jakie są realne potrzeby i braki w wiedzy rodziców. Jeżeli dodamy do tego ogrom emocji związanych z porodem, pojawieniem się na świecie nowego członka rodziny, sytuacja z pozoru może wydawać się rodzicom dramatyczna, tym bardziej w obliczu ich niepełnosprawności. W związku z tym przede wszystkim chciałabym zaoferować im, jako pediatra, wsparcie i poczucie bezpieczeństwa z zapewnieniem, że dadzą sobie radę w nowej roli, podstawową wiedzę na temat tego, czego mogą się spodziewać u rozwijającego się dziecka, kiedy się niepokoić i jak sobie radzić z obserwowanymi objawami.

M.O.-B.: Jak niepełnosprawne mamy dają sobie radę z opieką nad dzieckiem i jego wychowaniem?

M.K.: Trudno na to pytanie jednoznacznie odpowiedzieć ze względu na to, że rodzaj niepełnosprawności (fizyczna, intelektualna, emocjonalna) implikuje różne wyzwania, mniej lub bardziej komplikujące opiekę nad dzieckiem. Spotykam się jednak z dużym zaangażowaniem i troską rodziców z niepełnosprawnością. Nierzadko również bliscy angażują się w pomoc rodzicom. Myślę, że w wielu sytuacjach największy jest lęk, że „sobie nie poradzę”. Często są to dysfunkcje fizyczne, które wymagać będą specjalistycznego wyposażenia wspomagającego rodziców dziecka, ewentualnie pomocy osób trzecich. Sytuacja ma się inaczej z niepełnosprawnością intelektualną, wówczas potrzeba między innymi jasnych instrukcji, jak opiekować się dzieckiem, klarownych schematów postępowania w najczęstszych sytuacjach chorobowych oraz bezwzględne upewnienie się, czy jest to zrozumiałe również dla rodzica, zapewnić przestrzeń do zadawania pytań.

Myślę, że największym sprawdzianem i wyzwaniem w kwestii potrzeb matek i przyszłych matek z niepełnosprawnością będzie spotkanie się z nimi na żywo i zderzenie się z ich osobistymi oczekiwaniami, przemyśleniami i doświadczeniami. Mam nadzieję, że nie będą zawiedzione.

OBLICZA SEKSUALNOŚCI W NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI – KONIECZNA EDUKACJA RODZICÓW I DZIADKÓW

M.O.-B.: Czym zajmuje się Pan w swojej codziennej działalności i jak to, co Pan robi, może przysłużyć się osobom niepełnosprawnym?

Remigiusz Kijak, profesor UW: Zajmuję się tematyką, która nie jest prosta i wzbudza wiele różnych emocji, często niezbyt pozytywnych, bo dotyczących oceny potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Zaczynamy mówić i myśleć o tej części społeczeństwa, która ma inne cechy osobowości, zastanawiamy się, czy tacy ludzie mogą w czymś w pełni uczestniczyć. W ocenie społecznej, niestety, nie ma miejsca na zestawianie dysfunkcji z takimi perspektywami jak seks, miłość, potrzeby erotyczne, przyjemność seksualna, potrzeba orgazmu czy dyskusowanie o swojej seksualności – tu niepełnosprawność nie pasuje. W swojej pracy patrzę na osoby z niepełnosprawnością intelektualną jak na osoby mające płęć, atrakcyjność, cielesność, które chcą się podobać, chodzić na randki, mieć życie towarzyskie. Kilka lat temu zostałem zaproszony do udziału w konferencji na temat seksualności niepełnosprawnych, organizowanej przez Fundację „Potrafię Pomóc”.

Jestem zaangażowany w projekt szkoły rodzenia w aspekcie seksuologicznym, relacji partnerskich związanych z seksem. To kolejny temat tabu w naszym społeczeństwie. Pojawia się tu aspekt rozrodczości, antykoncepcji, planowania rodziny. Rodzice niepełnosprawnych dzieci są na tyle zaabsorbowani tą niepełnosprawnością, że nie zauważają seksualności czy innych potrzeb dziecka lub boją się poruszyć ten temat. Takie dzieci nie rozumieją często zmian zachodzących w ich ciele i o tym nie rozmawiają. Badania pokazują brak edukacji seksualnej rodziców. Konsekwencją mogą być ciężkie. Takich historii jest wiele. Natomiast projekt szkoły rodzenia dla niepełnosprawnych ma szansę stworzyć szkołę wzorcową, ponieważ podejmujemy wiele aspektów związanych z dojrzałością, dojrzewaniem i życiem intymnym każdego człowieka.

Będę wspierał projekt merytorycznie, zajmę się wsparciem seksuologicznym i edukacją rodziców, również koordynowaniem i doborem zespołu. Chciałabym stworzyć z wrocławskimi seksuologami mały zespół do konsultacji, choć lekarzy tej specjalności, mających praktykę w pracy z dysfunkcyjnymi pacjentami, jest zaledwie kilku w Polsce. Temat jest trudny, mało wdzięczny i raczej niszowy.

M.O.-B.: Jak osoby niepełnosprawne umyślowo odnajdują się w związkach i czy niepełnosprawność wyklucza wychowywanie dzieci?

R.K.: To dobre pytanie. Zakłada się, że niepełnosprawność w dużym stopniu ogranicza społeczne zachowanie, jednak przy wspierającym otoczeniu takie osoby zaczynają dość dobrze funkcjonować. Mamy różne stopnie niepełnosprawności intelektualnej. Przy głębszej nie podejmujemy tematu rodzicielstwa czy partnerstwa ze względu na mocno ograniczone możliwości funkcjonowania społecznego. Można mówić o rodzicielstwie lekko lub średnio niepełnosprawnych rodziców. Mamy w kraju ok. 3 mln osób z jakąś nie-



Fot. z archiwum R.K.

Remigiusz Kijak – profesor Uniwersytetu Warszawskiego i Uniwersytetu Rzeszowskiego. Specjalność naukowa: pedagogika specjalna, pedagogika osób niepełnosprawnych intelektualnie, pedagogika seksualności osób niepełnosprawnych. Autor m.in. monografii: „Seks i niepełnosprawność – doświadczenia seksualne osób niepełnosprawnych intelektualnie”, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010; „Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną a rodzina”, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014; „Dorośli z głębszą niepełnosprawnością intelektualną jako partnerzy, małżonkowie i rodzice”, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2017.

pełnosprawnością, a grupa niepełnosprawnych intelektualnie stanowi 3-4%. Ludzie z lekką i średnią niepełnosprawnością wchodzi w związki i mają dzieci. Często ciężko są przypadkowe, ponieważ nikt nie rozmawia z nimi o planowaniu rodzicielstwa. Podejście do rodzicielstwa wśród tych osób bywa różne. Często dzieckiem opiekuje się rodzina, czyli babcia lub dziadek.

Dochodzimy tu do sedna sprawy, czyli sensownej edukacji seksualnej rodziców i dziadków niepełnosprawnego dziecka. Co polityka państwa może zrobić, aby wspierać takie rodzicielstwo? Istnieją różne formy wspieranego rodzicielstwa – choćby asystent rodziny bądź edukator seksualny. Tymczasem my tak bardzo boimy się tego rodzicielstwa, że stosujemy różne ograniczenia godzące w godność człowieka. Osoba niepełnosprawna też zasługuje na to, aby jej pokazać, czym jest posiadanie dziecka. Spójrzmy na niepełnosprawność jak na cechę osobowości. Tu szerokie pole do działania mają fundacje, a powstający projekt szkoły rodzenia jest bardzo potrzebny, nie mamy takich inicjatyw w kraju. ■

► PROF. DR HAB. MAREK JUTEL

Absolwent AM we Wrocławiu (rocznik 1988). Od 32 lat pracownik obecnego UM we Wrocławiu. Kształcił się w Szwajcarii, gdzie w latach 90. prowadził badania naukowe i pracował klinicznie. Stale współpracuje – w ramach kontraktu – z instytutem SIAF (Szwajcarski Instytut Badań nad Alergią i Astmą) w Davos. Od 2008 roku kierownik Katedry i Zakładu Immunologii Klinicznej wrocławskiego UM we Wrocławiu. Od 2009 roku członek ścisłego zarządu EAACI, od 2019 jej prezydent. Autor przełomowych prac w dziedzinie mechanizmów tolerancji alergenów oraz zastosowania nowych rozwiązań z zakresie immunoterapii alergenowo-swoistej w praktyce klinicznej oraz licznych wytycznych w zakresie leczenia chorób alergicznych i astmy o zasięgu międzynarodowym.

Z prof. dr. hab. Markiem Jutelem rozmawia Aleksandra Solarewicz.



Fot. z archiwum M.J.

Układ odpornościowy na nowych torach

Wytworzenie szczepionki alergenowo-swoistej jest znacznie bardziej kosztowne niż wyprodukowanie klasycznych farmaceutyków. Warto w nią jednak inwestować, nie ma bowiem możliwości wyleczenia alergii farmaceutykiem. O najnowszych terapiach, reprezentacji alergologów w Parlamencie UE, z prof. dr. hab. Markiem Jutelem, kierownikiem Katedry i Zakładu Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, rozmawia Aleksandra Solarewicz.

Aleksandra Solarewicz: Panie profesorze, jakie rodzaje alergii diagnozuje Pan najczęściej?

Profesor dr hab. Marek Jutel: W Polsce to są głównie choroby związane z uczuleniem na alergeny inhalacyjne, czyli na pyłki traw, drzew, chwastów i na roztocze kurzu domowego – rzadziej na sierść i naskórek zwierząt.

A.S.: A pokarmowe? Tak często słyhać na przykład o uczuleniu na białko mleka krowiego...

M.J.: Alergie pokarmowe nie są aż tak częste, jak się wydaje. Ich właściwe rozpoznanie może być trudne, z tego powodu są „nadrozpoznawalne”, ponieważ są mylone z tzw. „pseudoalergią”.

A.S.: Pseudoalergia – co to takiego?

M.J.: Istnieją substancje, które działają po prostu toksycznie, na przykład używki, niektóre leki, zwłaszcza NLPZ i opiaty, dodatki do żywności, ale także naturalne pokarmy, takie jak soki owocowe zawierające np. naturalne barwniki. Po spożyciu dużej ilości czekolady, kawy, soku z malin, jabłek możemy mieć objawy przypominające alergiczne, a więc świąd skóry, wysypkę. Nie mają one jednak nic wspólnego z mechanizmami immunologicznymi, charakterystycz-

nymi dla alergii, bo problemem jest ilość i działanie drażniące. Nie trzeba tu leczenia, ale ograniczenia spożycia.

W alergiach na skutek uruchomienia mechanizmów immunologicznych małe ilości alergenu mogą wywołać bardzo silne objawy. Problem polega na tym, że niektóre pseudoalergeny, np. owoce, mogą także być alergenami dla niektórych pacjentów. Wtedy należy jednak wykazać immunologiczne podłoże objawów klinicznych, tj. obecność przeciwciał IgE. Niestety pacjenci o tym nie wiedzą i robią ogromne ilości testów. Wiele z tych testów nie ma, niestety, żadnych podstaw naukowych, jak np. oznaczanie przeciwciał IgG, które nie mają nic wspólnego z alergią. A coś takiego jak „nietolerancja pokarmowa”, zależna od IgG, po prostu nie istnieje w świetle współczesnej wiedzy. Podobnie rzecz się ma w odniesieniu do nigdy niepotwierdzonej „nietolerancji histaminy” i zalecanych diet „niskohistaminowych”. A gdyby pacjenci i lekarze mieli większą świadomość, uniknęlibyśmy dużych, niepotrzebnych kosztów.

A.S.: Jakie metody leczenia alergii stosuje się obecnie w Polsce?

M.J.: Te same co w pozostałych krajach, tylko w Polsce ze względu na ograniczenia finansowe i niedostatki organizacyjne jest mniejsza ich dostępność niż w krajach bogatszych, o lepszym systemie ochrony zdrowia. W Niemczech immunoterapia alergenowo-swoista obejmuje pięciokrotnie więcej pacjentów, przy populacji ok. dwukrotnie większej. Większe nakłady we Francji, Wielkiej Brytanii czy Włoszech powodują, że więcej osób jest poddanych terapiom biologicznym, bardzo kosztownym, ale wręcz niezbędnym dla wybranych pacjentów z ciężką astmą, atopowym zapaleniem skóry czy pokrzywką. Jest mi bardzo przykro podczas rozmów z kolegami ze „starej Unii”, że nasze możliwości w tym zakresie są bardzo małe.

A.S.: Na czym polega terapia biologiczna?

M.J.: Są to terapie celowane z zastosowaniem immunologicznie aktywnych substancji najczęściej humanizowanych ludzkich przeciwciał, które mają na celu modulację odpowiedzi immunologicznej w ściśle określonym miejscu. Umożliwiają one tzw. terapię dopasowaną do pacjenta, u którego znany jest defekt immunologiczny. Są one stosowane w wielu dziedzinach medycyny. W naszej specjalności, najczęściej w leczeniu ciężkiej, źle kontrolowanej astmy, atopowym zapaleniu skóry, pokrzywce i obrzęku naczyń ruchomym.

Immunoterapia alergenowo-swoista może być także traktowana jako szczególny rodzaj terapii biologicznej. Dokładnie wiadomo, jaki jest jej mechanizm immunologiczny, a metody doboru pacjentów i oceny skuteczności są bardzo zbliżone do tych stosowanych w klasycznych terapiach biologicznych. Jej przewagą jest wykorzystanie jednocześnie wielu mechanizmów zapewniających wytworzenie tolerancji alergenu.

A.S.: Od wielu lat należy pan do czołowych ekspertów zajmujących się badaniami nad immunoterapią alergenowo-swoistą. Na czym ona polega i jak długo trwa?

M.J.: Celem immunoterapii alergenowo-swoistej jest odtworzenie tolerancji alergenu, która występuje u osób zdrowych. Szczepionki zawierają alergen, obecnie coraz bardziej przetworzony laboratoryjnie, który jest podawany pacjentowi początkowo we wzrastających dawkach, a następnie w tzw. dawce podtrzymującej przez okres co najmniej 3 lat. Szczepionki łagodzą lub całkowicie likwidują objawy już po kilku miesiącach, jednak w celu uzyskania trwałego efektu – wyleczenia – potrzebne jest leczenie czasem nawet dłuższe niż 3 lata. Obecnie stosowane są 2 drogi podania, tj. iniekcyjna i podjęzykowa. Iniekcje podajemy początkowo w odstępach tygodniowych,

a w fazie podtrzymującej co 4-8 tygodni. Szczepionki podjęzykowe są stosowane w domu przez pacjenta, poza pierwszą dawką, z tym że musi on zażywać lek codziennie. Szczepionki podjęzykowe nie są refundowane i koszty są wysokie dla pacjenta. W ciągu roku wynosi nieraz tysiące złotych. Jednak nie ulega wątpliwości, że brak refundacji jest błędem ze względu na wysokie koszty leczenia alergii i astmy, których można uniknąć, stosując immunoterapię.

A.S.: Czy immunoterapia alergenowa jest odkryciem przełomu XX i XXI wieku?

M.J.: I tak, i nie. Po raz pierwszy zastosowano ją w 1911 roku. Jednak jakość stosowanych szczepionek była niska i nie były znane mechanizmy immunologiczne. W latach 70-80. badania kliniczne bezspornie potwierdziły, że jest ona skuteczna. Nastąpił także niewyobrażalny postęp w biotechnologii, który sprawił, że szczepionki stały się lepsze jakościowo i znacznie nowocześniejsze. Poznanie mechanizmów immunoterapii w latach 90., do którego przyczyniły się także moje – prowadzone w Szwajcarii – prace nad modulacją funkcji limfocytów T, sprawiło, że otwarta została droga do rozwoju nowych szczepionek oraz metod doboru pacjentów potencjalnie najlepiej odpowiadających na leczenie – stratyfikacja. Jakkolwiek immunoterapia alergenowo-swoista jest stosowana od ponad 100 lat, to jednak dopiero od kilku dekad mamy do czynienia z naprawdę nowoczesną terapią biologiczną.

A.S.: Jakie są koszty immunoterapii alergenowej?

M.J.: Nie należy do najtańszych. Wytworzenie szczepionki jest znacznie bardziej kosztowne niż wyprodukowanie leków. Już same materiały, z których wytwarzamy szczepionki, są drogie, ponieważ pochodzą z naturalnych źródeł – ekstraktów alergenowych. Pewną nadzieję budzą uzyskane laboratoryjnie alergeny rekombinowane oraz immunogenne peptydy, nad którymi pracujemy od wielu lat razem z przemysłem farmaceutycznym. Warto w tę produkcję zainwestować ze względu na skutek: wyleczenie alergii, nie ma bowiem możliwości wyleczenia alergii klasycznym farmaceutykiem.

Dla pacjenta ceny są przystępne wtedy, kiedy szczepionki są refundowane, jak obecnie w naszym kraju w przypadku pyłku traw czy drzew. Ale już szczepionka na roztocze kurzu domowego jest refundowana częściowo, a na sierść i naskórek psa i kota wcale. I to jest błędem, dlatego że w alergii na roztocze kurzu domowego szczególnie często rozwija się astma oskrzelowa. W perspektywie będą więc rosły koszty leczenia pacjentów z astmą.

A.S.: Jaka jest skuteczność immunoterapii?

M.J.: Immunoterapia jest znacznie bardziej skuteczna niż leczenie farmakologiczne, np. lekami przeciwhistaminowymi, a nawet miejscowymi glikokortykosteroidami. Ale celem immunoterapii nie jest tylko zmniejszenie objawów, lecz przywrócenie tolerancji na alergeny i wyleczenie pacjenta. Efekt może już nastąpić w pierwszym sezonie pylenia lub po kilku miesiącach odczulania na roztocze. Jest to szczególnie ważne u dzieci, u których efekty profilaktyczne są najlepsze.

A.S.: Dowód uznania dla pana profesora wiedzy i badań to fakt, że został pan pół roku temu prezydentem EAACI – Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej...

M.J.: Tak. Z organizacją tą jestem związany od 1991 r. Pełniłem w niej wiele funkcji, jestem członkiem jej ścisłego zarządu od 2009 r. Jest to największa w świecie organizacja w dziedzinie alergologii i immunologii. Zrzesza ponad 12 000 lekarzy i naukowców z ponad 150 krajów świata. Na coroczne, największe w świecie kongresy w tej dziedzinie, przyjeżdża »



ok. 10 000 uczestników. Mamy też podpisane umowy o współpracy ze wszystkimi znaczącymi organizacjami krajowymi z Europy, Ameryki Południowej i Północnej, Azji i Pacyfiku, Afryki, a także organizacjami ponadnarodowymi w naszej dziedzinie, jak również pokrewnymi takimi jak ERS (European Respiratory Society itp.). Ponadto, zgodnie z obecnymi oczekiwaniami współpracujemy ściśle z organizacjami pacjentów z Europy i Świata.

A.S.: Jakie są główne kierunki działania EAACI?

M.J.: EAACI to organizacja będąca najważniejszą w świecie platformą wymiany idei i informacji pomiędzy naukowcami, lekarzami, personelem medycznym (organizacjami Allied Health), organizacjami pacjentów, ale także przemysłem farmaceutycznym i światem polityki zdrowotnej. Celem jest zapewnienie możliwie najlepszej opieki pacjentom poprzez wspieranie badań naukowych, edukacji lekarzy i innego personelu medycznego, a także pacjentów oraz promowanie najnowszych rozwiązań organizacyjnych. Ogromnie duży zakres działalności i bardzo dużo pracy! Nasza organizacja, jako wiodąca w świecie, wyznacza kierunki rozwoju naukowego, edukacji i polityki zdrowotnej. Od tego, co robimy dziś, zależy, jaka będzie opieka zdrowotna w następnych dekadach. Staramy się, żeby przede wszystkim zgodnie z Europejską Deklaracją Pacjenta zapewnić równy dostęp do nowoczesnych i skutecznych terapii we wszystkich krajach Europy, np. do immunoterapii alergenowo-swoistej lub terapii biologicznych. To także jeden z głównych celów EAACI.

”
Terapie biologiczne mają przyszłość, ponieważ łączą naszą wiedzę w dziedzinie immunologii z praktyką opartą na medycynie precyzyjnej – dopasowanej do pacjenta. Dziś nie ma już innej drogi do nowoczesności. Przewiduje się, że w ciągu najbliższych 10 lat terapie biologiczne prześcigną pod względem wartości tradycyjne terapie farmakologiczne – ich znaczenie będzie jednak gwałtownie rosnąć w kolejnych dekadach.“

A.S.: Mają państwo też „swoich ludzi” w strukturach Unii Europejskiej?

M.J.: Prowadzimy współpracę z parlamentarzystami UE. Z naszej inicjatywy powstała w Parlamencie UE oficjalna grupa zainteresowań alergią i astmą, zrzeszająca kilkudziesięciu parlamentarzystów bardzo zainteresowanych chorobami alergicznymi i astmą. Oni nas bardzo wspierają. Organizujemy eventy w Parlamencie Europejskim mające na celu uświadamianie problemu alergii astmy na tym forum. Wszystko po to, by parlament EU wspierał te inicjatywy, które są opracowywane wspólnie przez EAACI i organizacje pacjentów. Z tych ostatnich najważniejszą jest EFAADPA (Europejska Federacja Organizacji Pacjentów Cierpiących na Alergię i Choroby Dróg Oddechowych). Federacja ta zrzesza organizacje pacjentów z wielu krajów świata.

A.S.: Niedawno, w listopadzie 2019 roku, został pan uhonorowany przez Stowarzyszenie Niemieckich Lekarzy Alergologów prestiżową nagrodą im. prof. Ericha Fuchsa za zasługi dla rozwoju badań naukowych i wiedzy, a także edukacji i krzewienia świadomości w dziedzinie alergii...

M.J.: Jestem od ponad 30 lat związany naukowo i organizacyjnie z niemieckojęzycznymi kolegami z Niemiec, Szwajcarii czy Austrii. Nie bez znaczenia była moja praca w ścisłym zarządzie EAACI, w której, podobnie jak w UE, jednym z głównych filarów są mieszkańcy tych

krajów. Pełniłem m.in. funkcje przewodniczącego Komitetu Naukowego, a potem skarbnika, co wiązało się z bliską współpracą. Cieszę się bardzo wysoką oceną moich wysiłków, wyrażoną przez przyznanie tej bardzo liczącej się w krajach niemieckojęzycznych nagrody.

A.S.: A czy polscy alergolodzy angażują się w prace EAACI?

M.J.: Tak, polscy lekarze od wielu lat są także bardzo liczącą się społecznością w EAACI. Co roku kilkusetosobowa grupa lekarzy z Polski uczestniczy w Kongresie EAACI, który jest dla nich głównym źródłem aktualnej wiedzy. Także wielu naukowców, w tym młodych lekarzy, prezentuje wyniki swoich prac. Podczas ostatniego kongresu, który odbył się w Lizbonie w czerwcu 2019 r., prezentowano ponad 200 prac naukowych z Polski. Nasi koledzy uczestniczą także w pracach Zarządu EAACI. Pracownik mojej katedry, Sylwia Smolińska, przez 4 lata była redaktorem naczelnym strony internetowej EAACI. W obecnym, kierowanym przeze mnie zarządzie, jest dwoje Polaków prof. Jolanta Walusiak-Skorupa (Łódź) i prof. Radosław Gawlik (Zabrze). Pozostaje jednak zawsze chęć, aby jeszcze lepiej wykorzystać ten czas, kiedy Polacy pełnią wysokie funkcje w czołowych organizacjach naukowych, medycznych, by podnieść poziom polskiej medycyny i przygotować naszych następców. Cieszę się, że ten wywiad ukaże się w prasie medycznej, bo może zachęcić do działalności zwłaszcza młodych lekarzy. Dziś to zbyt mało pracować i kształcić się w szpitalu czy przychodni. Dziś należy, za pomocą nowych możliwości, w tym komunikacyjnych, działać transgranicznie, czy wręcz globalnie, aby poziom naszej medycyny nie odbiegał od poziomu, jaki reprezentują inne kraje.

A.S.: Czy immunoterapia będzie miała następczynię?

M.J.: Immunoterapia wciąż się rozwija. Wchodzą nowe technologie, szczepionki z lepiej oczyszczonymi i zmodyfikowanymi alergenami. Potrafimy zmieniać cząstkę alergenu tak, że będzie lepiej, silniej działała na układ odpornościowy, będzie dla pacjenta bezpieczniejsza. Ale to nie tylko sprawa szczepionek. Idziemy ku medycynie spersonalizowanej, lub precyzyjnej, w kierunku dopasowania terapii do pojedynczego pacjenta. Jest to medycyna stratyfikowana.

A.S.: To znaczy?

M.J.: Medycyna stratyfikowana to mówiąc obrazowo rozumienie, że „jeden rozmiar nie pasuje do każdego”. Dziś konieczna jest tak głęboka diagnostyka lub raczej charakterystyka pacjenta, aby zakwalifikować go do grupy, która będzie najlepiej dopasowana do danej terapii. A to jest skomplikowane. Nie wystarczy zbadać, na co ktoś jest uczulony, ale trzeba też zbadać mechanizmy alergii u konkretnego pacjenta, bo u różnych pacjentów mechanizmy mogą być zupełnie inne pomimo występowania podobnych objawów. Jedna grupa pacjentów może być leczona konkretną szczepionką, a inna nie, ponieważ podłoże choroby jest inne. Wtedy można zastosować np. terapię biologiczną. Chcemy wykorzystać to, co daje technologia, do lepszej stratyfikacji pacjentów. Oczywiście podobne podejście ma także zastosowanie w leczeniu innych chorób, np. o podłożu autoimmunologicznym, a zwłaszcza chorób nowotworowych.

A.S.: A terapie biologiczne?

M.J.: Terapie biologiczne mają przyszłość, ponieważ łączą naszą wiedzę w dziedzinie immunologii z praktyką opartą na medycynie precyzyjnej – dopasowanej do pacjenta. Dziś nie ma już innej drogi do nowoczesności. Przewiduje się, że w ciągu najbliższych 10 lat terapie biologiczne prześcigną pod względem wartości tradycyjne terapie farmakologiczne – ich znaczenie będzie jednak gwałtownie rosnąć w kolejnych dekadach. Mam nadzieję, że Polska szybko nadrobi opóźnienie w tej dziedzinie, z jakim mamy obecnie do czynienia. Do tego potrzebna jest jednak większa świadomość wśród lekarzy, pacjentów, a przede wszystkim osób decydujących o polityce zdrowotnej. ■

Lekarz jako menedżer

Część II: Motywowanie, stawianie celów, efektywne komunikowanie się z podwładnym

Jestem przekonany, że jako szefowie obserwujecie Państwo różnego rodzaju zachowania pracowników. Niektórzy z nich (i takich życzę Państwu jak najwięcej) wykonują swą pracę z zaangażowaniem, czasami wręcz entuzjastycznie, dotrzymują terminów, przejawiają inicjatywę, otwarcie wyrażają swoje oczekiwania, są punktualni, otwarci na opinie i konstruktywną krytykę, spokojni oraz zrelaksowani – to ci, o których mówimy, że chce im się pracować (są zmotywowani). Są jednak także tacy, którzy traktują swą pracę jak przykrą konieczność, dają z siebie tylko tyle, ile trzeba, bez zaangażowania i inicjatywy, unikają współpracy, kontestują oczekiwania przełożonych – im motywacji brakuje.

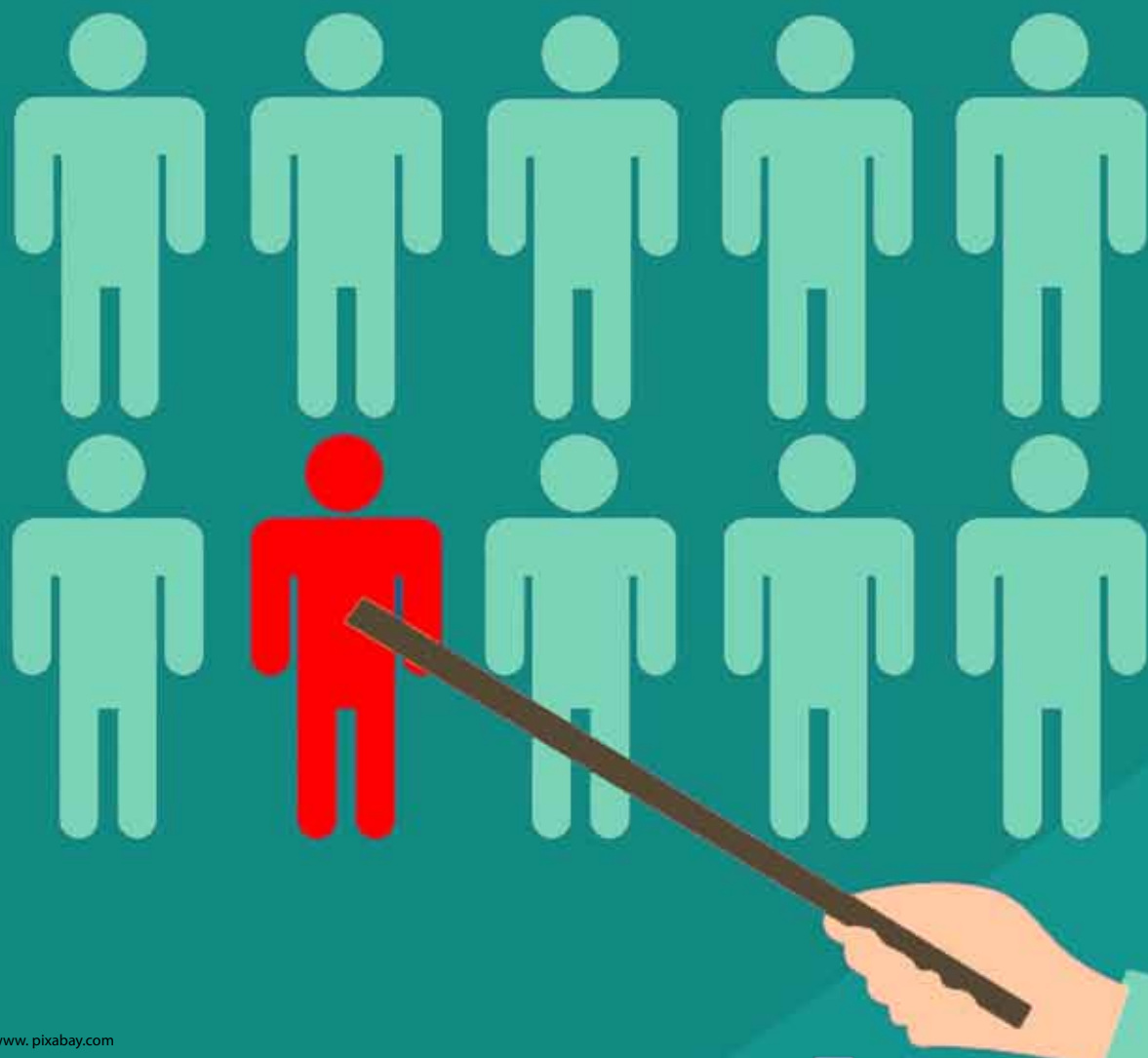
Oczywistym jest stwierdzenie, że efektywność pracy osoby zmotywowanej do jej wykonywania jest zdecydowanie większa od tej, która motywacji nie posiada lub jej motywacja jest na niższym poziomie.

Ponieważ motywacja pracowników przekłada się nie tylko na jakość i ilość wykonywanej pracy, ale także ma wpływ na atmosferę, relacje międzyludzkie czy wizerunek firmy, zdolność motywowania jest jedną z najważniejszych umiejętności każdego menedżera.

Kwestiami motywacji i motywowania zajmowali się liczni psychologowie i socjologowie. Powstało wiele teorii opisujących zjawisko motywacji. Prześledźmy więc kilka z nich.

Teoria potrzeb Abrahama Masłowa

Jedną z najbardziej znanych jest teoria potrzeb Abrahama Masłowa, zgodnie z którą ludzka motywacja związana jest z zaspokajaniem potrzeb życiowych. Badacz podzielił i uporządkował je w kolejności występowania, porównując je do piramidy. Pierwsze to potrzeby fizjologiczne (pragnienie, głód, sen). Następne są: potrzeby bezpieczeństwa (wolność od strachu i lęku, pewność, stałość), »





potrzeby społeczne (afiliacja, przyjaźń, miłość), potrzeby uznania (szacunku, prestiżu, statusu, osiągnięć) i zajmujące sam szczyt piramidy potrzeby samorealizacji (rozwoju, realizacji własnego potencjału). Pierwsze trzy stanowią potrzeby niższego, a dwie ostatnie wyższego rzędu.

Istotą koncepcji jest stwierdzenie, że warunkiem pojawienia się kolejnego piętra potrzeb jest zaspokojenie piętra niższego. Zaspokojone potrzeby niższego rzędu przestają oddziaływać motywacyjnie. Natomiast potrzeby wyższego rzędu, z chwilą zaspokojenia, ulegają wzmocnieniu.

Koncepcja Masłowa poddawana jest krytyce, ponieważ łatwo jest znaleźć przykłady podważające porządek zaspokajania potrzeb. Na indywidualne hierarchie mogą mieć wpływ takie czynniki jak sytuacja życiowa danej osoby, wzorce kulturowe, wzorce kariery zawodowej – a tego Masłowa w swej koncepcji nie uwzględnił.

Pomimo zastrzeżeń, warto o niej pamiętać, ponieważ menedżerowie często zapominają, że pracownik to człowiek, dla którego praca jest sposobem na zaspokajanie różnego rodzaju potrzeb. A im większa wiedza na ich temat, tym większa jest szansa na ich trafne zaspokojenie i, w efekcie, większy wpływ motywacyjny.

Dwuczynnikowa teoria motywacji Fredericka Herzberga

Do koncepcji Masłowa nawiązuje dwuczynnikowa teoria motywacji F. Herzberga. Autor podzielił potrzeby związane z wykonywaną pracą na dwie grupy.

Pierwsza z nich to zbiór czynników charakteryzujących środowisko pracy. Badania autora wykazały, że ich oddziaływanie motywacyjne widoczne jest dopiero wtedy, gdy ich brakuje, dlatego nazywane są czynnikami higieny lub czynnikami zapobiegającymi niezadowoleniu. Należą do nich: wynagrodzenie, warunki pracy, bezpieczeństwo (np. stała umowa o pracę), stosunki interpersonalne, polityka organizacji.

Druga grupa to tzw. czynniki zadowolenia lub motywatory. Ich wzmacnianie powoduje wzrost satysfakcji i zwiększenie wydajności pracy, a są to: uznanie, awans, wzrost odpowiedzialności, możliwość rozwoju, zmniejszanie kontroli, większa decyzyjność.

Warto zapamiętać wniosek płynący z koncepcji Herzberga: potrzeby związane z czynnikami higieny muszą być zaspokojane, aby firma normalnie funkcjonowała, ale znaczący i długotrwały wzrost wydajności zapewni tylko oddziaływanie na motywatory.

Teoria wzmocnień Burrhusa Frederica Skinnera

Kolejna ważna teoria jest Państwem zapewne bardzo dobrze znana, ponieważ każdy z nas doświadczył oddziaływania lapidarnie określanego jako kij i marchewka, czyli kary i nagrody. Naukowe wyjaśnienia motywacyjnego oddziaływania kar i nagród dokonał B. F. Skinner, autor teorii wzmocnień. Badania potwierdzają, że zachowanie przynoszące przyjemne konsekwencje ma dużą szansę być powtórzone, zaś nieprzyjemne będzie w przyszłości zaniechane.

PRAKTYCZNE WNIOSKI PŁYNĄCE Z BADAŃ SKINNERA:

- najefektywniejsza procedura oddziaływania motywacyjnego opartego na wzmocnieniach to połączenie nagradzania za pożądane zachowania oraz łagodne i rzadkie karanie zachowań niepożądanych;
- mało efektywne jest stosowanie silnych kar i słabych nagród;
- słaby efekt przynosi duża ilość kar w stosunku do nagród;
- nagradzanie za bierność demotyduje.

Motywowanie poprzez stawianie celów

Motywowanie poprzez stawianie celów to jedna z młodszych koncepcji motywacyjnych. Zakłada, że motywacja pracowników wzrasta, jeśli mają oni okazję partycypować w ustalaniu celów osobistych i organizacyjnych. Stawiane cele muszą jednak spełniać pewne warunki. Powinny być:

- S – specific (precyzyjnie określone, konkretne);
- M – measurable (mieralne, możliwe do określenia przy pomocy liczb, jednostek, norm, etc.);
- A – acceptable (akceptowane przez wszystkich, którzy będą dążyć do jego realizacji);
- R – reliable (realne, możliwe do osiągnięcia);
- T – time-bounded (określone w czasie).

A ponadto:

- gdy będą stanowić dla pracowników wyzwanie;
- gdy będą wiązać się bezpośrednio z określonymi nagrodami;
- gdy w trakcie ich realizacji pracownicy będą otrzymywali dokładne informacje zwrotne o dokonanych postępach.

Teoria motywacji Deci'ego i Ryana

Na zakończenie koncepcja próbująca odpowiedzieć na pytanie, dlaczego pomimo stosowania podobnych środków motywacyjnych wobec osób o podobnych kompetencjach, stażu czy pozycji, efekt ich oddziaływania jest różny.

Zdaniem dwóch profesorów Harvardu – Edwarda Deci'ego i Richarda Ryana – powodem tego jest tzw. motywacja wewnętrzna. Według naukowców ludzie mają wewnętrzną tendencję (motywację) do rozwoju i osiągania zamierzonych celów. U jej podstaw znajdują się: potrzeba zdobycia niezależności (autonomii), czyli poczucia kontroli nad własnymi działaniami i celami, potrzeba kompetencji, a więc przekonanie, że człowiek potrafi wykonać stojące przed nim zadania, oraz potrzeba istotności (poczucie przydatności wykonywanych działań i dostrzeganie związków tych działań z celami zespołu, firmy i własnymi wartościami). Badania wykazały, że koncentracja na motywacji zewnętrznej (nagrody, kary, inne „motywatory”), hamuje motywację wewnętrzną.

W związku z tym zadanie współczesnego menedżera polega na odkryciu, które ze źródeł motywacji wewnętrznej pracownika jest najistotniejsze i odpowiednim oddziaływaniem na nie oraz utrzymywaniu równowagi pomiędzy wpływem na motywację wewnętrzną i zewnętrzną.

Skuteczna motywacja

Wyciągając praktyczne wnioski z przytoczonych wyżej teorii, można powiedzieć, że na skuteczne motywowanie składa się:

1. otwarta, asertywna komunikacja;
2. wyrażanie konkretnych oczekiwań (cele SMART);
3. konstruktywna krytyka;
4. okazywanie uznania za pracę;
5. dzielenie się uprawnieniami, delegowanie zadań;
6. stwarzanie możliwości rozwoju;
7. stwarzanie możliwości współdecydowania o podejmowanych zadaniach i planach;
8. dostarczanie pomocy i wsparcia;
9. zachęcanie do wysuwania pomysłów i formułowania opinii;
10. wspieranie inicjatyw pracowników;
11. nagradzanie za efektywność,
12. właściwa organizacja pracy (czynniki higieny).

Efektywna komunikacja

A teraz kolejna ważna kompetencja menedżerska – efektywna komunikacja. Jej znaczenie trudno przecenić – to nie tylko sprawny przepływ informacji, to także podstawa dobrych relacji pomiędzy pracownikami, sprzyjająca pracy atmosfera, wysoka motywacja.

Jako wprowadzenie do zagadnienia warto przytoczyć sformułowania ogólne odnoszące się do każdej konstruktywnej komunikacji. Trafnie opisują ją maksymy Grice'a:

- mów tylko tyle, ile w danym momencie rozmowy jest potrzebne;
- mów o tym, o czego prawdziwości jesteś przekonany;
- mów na temat;
- unikaj dwuznaczności, niejasności, pustosłowia.

A teraz propozycje kilku ważnych schematów komunikacyjnych, których stosowanie pozwoli na realizowanie menedżerskich celów.

Wyrażanie oczekiwań

Szefowie mają do dyspozycji dwie konstrukcje językowe – prośbę i polecenie. Jeśli chcesz, aby wypowiedź była bardziej miękka, zastosuj schemat prośby:

- konkretnie i krótko wyjaśnij sytuację, z którą związana jest prośba,
- przedstaw prośbę,
- spytaj o gotowość lub decyzję,
- w sytuacji niejasnego komunikatu zadaj pytanie wyjaśniające i powróć do początku,
- doprowadź do konkretnego ustalenia.

Gdy rozmawiasz z pracownikiem będącym na wcześniejszych stadiach rozwoju zawodowego lub sytuacja wymaga szybkiej interwencji, sięgnij po schemat formułowania asertywnego polecenia:

- zaznacz, kto wydaje polecenie,
- zaznacz, komu wydawane jest polecenie,
- wyjaśnij, czego dotyczy polecenie,
- przedstaw konkrety (czas, środki, miara sukcesu),
- jeśli chcesz sprawdzić, czy wszystko zostało zrozumiane, poproś o powtórzenie sensu wypowiedzi, ewentualnie powtórzcie zadanie wspólnie.

Delegowanie uprawnień

Delegowanie jest procedurą, w której możesz przekazać współpracownikowi część swoich uprawnień lub obowiązków (znakomity sposób na motywowanie „dojrzałych” pracowników). Jeśli chcesz delegować:

- wybierz właściwą osobę (posiadającą odpowiednie kompetencje i motywację),
- deleguj całe zadanie, a nie jego część,
- deleguj uprawnienia i prawo podejmowania decyzji,
- przekaz wystarczającą porcję informacji,
- pamiętaj, że jesteś wciąż odpowiedzialny za zadanie.

A prowadząc rozmowę:

- powiedz, dlaczego delegujesz i dlaczego dotyczy to danej osoby,
- określ cel i pożądane rezultaty,
- spytaj o gotowość lub decyzję,
- przedstaw zasoby i środki,
- powiedz, jak będziesz monitorował wykonanie zadania,
- określ konsekwencje,
- jeśli chcesz sprawdzić, czy wszystko zostało zrozumiane, poproś o powtórzenie sensu wypowiedzi, ewentualnie powtórzcie razem.

Następnie:

- monitoruj wykonanie zadania,
- oceniasz i nagradzasz wyniki.

Wyrażanie opinii

Jeśli chcesz pochwalić pracownika:

- powiedz o swoich emocjach związanych z pracą/zachowaniem pracownika: podoba mi się..., imponuje mi..., ucieszyło mnie..., jestem zadowolony....,
- powiedz, co wywołało Twoje odczucia, czyli przedstaw konkretny opis przedmiotu pochwały. Pamiętaj, że pochwałą nie jest „kanapka krytyki”, gdzie pochwała tylko poprzedza informację krytyczną i chwając, nie porównuj do innych.

Jeśli chcesz przekazać swoją negatywną opinię:

- przedstaw konkretny opis przedmiotu krytyki,

- powiedz o swoich uczuciach: jestem zmartwiony..., niepokoi mnie..., denerwuje mnie...,
- wyraż konkretne oczekiwanie dotyczące przedmiotu rozmowy (asertywna prośba, polecenie),
- spytaj o gotowość lub decyzję.

Rozmowy interwencyjne (dyscyplinujące)

Jeśli przewinienia powtarzają się, przeprowadź z pracownikiem rozmowę dyscyplinującą w wersji łagodnej:

- przedstaw fakty – przypomnij zdarzenia będące przedmiotem rozmowy dyscyplinującej,
- przedstaw skutki nagannego zachowania,
- przedstaw swoje oczekiwanie dotyczące zmiany zachowania pracownika,
- spytaj o gotowość lub decyzję – zdobądź zobowiązanie do wyeliminowania lub ograniczenia niepożądanych zachowań.

Jeśli twoje starania nie przynoszą skutku lub kaliber przewinienia jest duży w wersji ostrej:

- przedstaw fakty – przypomnij zdarzenia będące przedmiotem rozmowy dyscyplinującej,
- przedstaw skutki nagannego zachowania,
- zapowiedz sankcje – pokaż, co stanie się, jeśli nie będzie poprawy,
- przedstaw swoje oczekiwanie dotyczące zmiany zachowania pracownika,
- spytaj o gotowość lub decyzję – zdobądź zobowiązanie do wyeliminowania lub ograniczenia niepożądanych zachowań.

W niniejszym artykule poruszyliśmy kilka ważnych kwestii determinujących to, jakim będziemy menedżerem. Podsumowując, a także nawiązując do artykułu z poprzedniego numeru „Medium” o stylach zarządzania, możemy stwierdzić, że dobry menedżer to ten, który potrafi dopasować swój styl zarządzania do danego pracownika, stosując adekwatne bodźce motywacyjne i potrafiąc się komunikować.

Pomiędzy umiejętnościami a gotowością do ich realizacji znajduje się jeszcze coś, co decyduje o byciu efektywnym szefem – to automotywacja i to właśnie jej poświęcimy kolejny artykuł. ■

Bibliografia:

1. Przybyła M., *Organizacja i zarządzanie*, Wrocław 2003.
2. Stoner J., Wankel Ch., *Kierowanie*, PWN, Warszawa 1992.
3. Romanowska M., *Podstawy organizacji i zarządzania*, Warszawa 2001.
4. Grażyna Bartkowiak G., *Psychologia zarządzania*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 1999.
5. Kożusznik B., *Psychologia zespołu pracowników*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1998.

LEK. DARIUSZ DELIKAT



Fot. z archiwum autora

Lekarz laryngolog i psycholog. Absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Uniwersytetu SWPS. Posiada wieloletni staż pracy w szpitalu i przychodni oraz w branży farmaceutycznej, gdzie m.in. zarządzał działem HR i działem szkoleń. Autor wielu programów szkoleniowych z zakresu szeroko pojętych umiejętności psychologicznych. Od 5 lat prowadzi cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (*Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny..., Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...*).



WYBORY DO KOMISJI BIOETYCZNEJ PRZY DIL

Realizując uchwałę nr 38/2008 Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 7 lutego 2008 roku, informujemy o możliwości zgłaszania kandydatów do pracy w Komisji Bioetycznej przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej.

Kadencja obecnej Komisji upływa 30 czerwca 2020 roku, a Dolnośląska Izba Lekarska na posiedzeniu 25 czerwca 2020 roku powoła nowych członków tej Komisji. Komisja w nowym składzie rozpocznie prace 1 lipca 2020 roku.

Kandydat musi spełniać wymagania wynikające z art. 29 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r., nr 136, poz. 857 ze zm.) oraz Rozporządzenia MZiOs z dnia 11 maja 1999 roku w sprawie szczegółowych zasad

powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. nr 47, poz. 480), tj. posiadać wysoki autorytet moralny oraz wysokie kwalifikacje specjalistyczne, w tym 10 lat pracy w zawodzie lekarza.

Kandydata może zgłaszać każdy lekarz za pisemną zgodą zainteresowanego wraz z podaniem danych personalnych wnioskodawcy oraz pisemną informacją o działalności i osiągnięciach zawodowych, naukowych i dydaktycznych kandydata. Zgłoszenia przyjmują również pełnomocnicy delegatur DIL.

Zgłoszenia przyjmujemy do 25 maja 2020 roku.

lek. Małgorzata Niemiec
sekretarz DRL

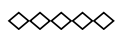
dr n. med. Paweł Wróblewski
prezes DRL

Podziękowania

Składam na ręce Pana **Profesora Wojciecha Witkiewicza, dyrektora WSS we Wrocławiu** „wielkie dzięki” za ogromne zaangażowanie się w leczenie mojego zięcia, za diagnozę, opiekę i życzliwość. Gratuluję Panu Profesorowi tak profesjonalnego personelu. Ośmielam się głosić całemu światu, że najlepsi z najlepszych pracują w szpitalu kierowanym przez Pana Profesora.

Pan Profesor uratował życie mojej córki Grażyny, a teraz ratuje zdrowie mojego zięcia Lecha. Być lekarzem, a w dodatku być dyrektorem tak wielkiego szpitala, a przede wszystkim być człowiekiem, który ma dodatkowo siódmy zmysł i pomaga w najtrudniejszych przypadkach, które kończą się sukcesem, to nie lada wyczyn. Dziękuję i życzę dużo, dużo zdrowia.

Z poważaniem i uszanowaniem
Maria Szacfajer



Pragnę podziękować **lekarzom Oddziału Okulistycznego Szpitala Specjalistycznego w Polanicy-Zdroju** za profesjonalizm, serdeczność oraz dobroć w trakcie programu lekowego „ABM”. W imieniu własnym życzę całemu zespołowi satysfakcji z pracy oraz pomyślności.

Hildegarda Naczyńska-Janias,
lek. pediatra z Koła Lekarzy Seniorów DIL



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/flowers-1335636/callumramsay

Reklama

OCH TEATR

OSZUŚCI

PREMIERA

WROCLAW, TEATR POLSKI
9 LISTOPADA, GODZ. 17.30 i 20.30

DLA CZYTELI NIKÓW MEDIUM I OSÓB TOWARZYSZĄCYCH
KOD RABATOWY -10%: **OSZUSCI10**



NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 27 lutego 2020 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne uzyskali:

1. **lek. Joanna Toczewska,**
2. **lek. Tomasz Żyła,**
3. **lek. Wojciech Rychard.**

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 27 lutego 2020 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne uzyskali:

1. **mgr Renata Kłak,**
2. **lek. Karolina Karasińska,**
3. **lek. Joanna Kukawczyńska-Noczyńska,**
4. **lek. Marcin Madziarski,**
5. **lek. Katarzyna Lion.**

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 12 marca 2020 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu uzyskali:

w dyscyplinie nauki medyczne uzyskali:

1. **dr Danuta Nowicka,**
2. **dr Ewa Kaznowska,**
3. **dr Magdalena Wawrszyńska,**
4. **dr Marcin Polok.**

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 27 lutego 2020 r. stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne uzyskali:

1. **dr Monika Stompor,**
2. **dr Jadwiga Katarzyna Pietkiewicz,**
3. **dr Anna Genowefa Leja-Szpak,**
4. **dr Małgorzata Barbara Draj-Zalesińska.**

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 12 marca 2020 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu uzyskali:

1. **mgr Anna Kostka,**
2. **mgr Anna Leśków.**



Szanowni Czytelnicy!

W związku z pandemią koronawirusa na świecie i sytuacją epidemiologiczną w Polsce do odwołania wstrzymujemy się z publikowaniem komunikatów o wszelkich wydarzeniach edukacyjnych i spotkaniach integracyjnych. Zachęcamy Państwa do śledzenia informacji pojawiających się na łamach naszego miesięcznika, a także na naszej stronie internetowej DIL oraz w social media.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 27 lutego 2020 roku

NR 23/2020

w sprawie wydania monografii
„Szczepienia dorosłych w praktyce”

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu przeznacza kwotę 8 800 zł na druk 500 sztuk monografii pt.: „Szczepienia dorosłych w praktyce”, ze środków Komisji Kształcenia DRL.

NR 24/2020

w sprawie udziału lekarza
w konsylium lekarskim

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na udział dr n. med. Gernota Hudelista, kierownika Naukowo-Klinicznego Centrum Endometriozy Oddziału Ginekologii Wiedeńskiego Szpitala Braci Miłosierdzia w Wiedniu, w dniach 16-17 kwietnia 2020 r. w konsylium lekarskim polegającego na organizacji warsztatów dla lekarzy ginekologów „Endometrioza głębokonaciekająca – bezpieczny dostęp do miednicy mniejszej”, w tym przeprowadzenie zabiegów operacyjnych z zakresu leczenia endometriozy, których potrzeba wynika z tego konsylium w Medicus Dolnośląskie Centrum Laryngologii Sp. z o. o. we Wrocławiu, na zaproszenie prezesa zarządu dr. n. med. Macieja Mazura.

NR 25/2020

w sprawie powołania Komisji Lekarskiej
dla oceny zdolności do wykonywania
zawodu lekarza

NR 26/2020

w sprawie zmiany uchwały dot. powołania
zespołu ds. remontu budynku
przy ul. Kazimierza Wielkiego 43 we Wrocławiu

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę nr 80/2018 DRL z dnia 21 czerwca 2018 roku w sprawie powołania Zespołu ds. remontu budynku przy ul. Kazimierza Wielkiego 43 we Wrocławiu i skreśla się z składu zespołu lek. Jacka Kubickiego.

NR 27/2020

w sprawie składu Komisji Młodych Lekarzy DRL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę nr 65/2018 r. DRL z dnia 21 czerwca 2018 r. i zatwierdza następujący skład Komisji Młodych Lekarzy DRL:

1. Bokun Kinga,
2. Borucka Katarzyna,
3. Borucki Michał,
4. Browarska Agnieszka,
5. Brzyszc Maciej,
6. Ciechańska Joanna,
7. Daroszevska Martyna,
8. Drozdek Patrycja,
9. Florjański Wojciech,
10. Głuszek Michał,
11. Gonera-Furman Aleksandra,
12. Górniak Adrianna,
13. Janusz Przemysław,
14. Jungiewicz-Janusz Katarzyna,
15. Kornacka Marta,
16. Kumasza Magdalena,
17. Majer-Lobodzińska Agnieszka,
18. Mazur Michał,
19. Motak Marcin,
20. Prościak Katarzyna,
21. Sokalla Dorota,
22. Solarz Katarzyna,
23. Stefaniak Aleksandra,
24. Stramecki Filip,
25. Turek-Jakubowska Aleksandra,
26. Zielonka Dominika,
27. Zińczuk Aleksander.

NR 28/2020

w sprawie wydania opinii dot. kandydata
na konsultanta wojewódzkiego

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę dr n. med. Ewy Jaźwińskiej-Tarnowskiej na konsultanta wojewódzkiego dla województwa dolnośląskiego w dziedzinie farmakologii klinicznej.

NR 29/2020

w sprawie wydania opinii o kandydatach
na konsultantów wojewódzkich

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydatury niżej wymienionych osób do pełnienia funkcji konsultantów wojewódzkich na kolejną kadencję:

1. lek. Mirosław Gibek – anestezjologia i intensywne terapia,
2. dr hab. n. med. Paweł Domosławski – chirurgia ogólna,
3. dr n. med. Ewa Masłowska – kardiologia dziecięca,
4. lek. Krzysztof Uszyński – ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
5. dr hab. n. med. Adam Maciejczyk – radioterapia onkologiczna,
6. prof. dr hab. n. med. Romuald Zdrojowy – urologia.

NR 30/2020

w sprawie finansowania szkolenia

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu przyznaje kwotę 18 696 zł brutto na szkolenie członków i obsługi administracyjnej Komisji Bioetycznej przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu w sprawie wytycznych regulujących prowadzenie badań klinicznych zgodnie z Dobrą Praktyką Kliniczną, które odbędzie się we Wrocławiu 8 kwietnia 2020 r., ze środków Komisji Bioetycznej przy DIL.

NR 31/2020

w sprawie finansowania kosztu
wydania publikacji

pt. „Lekarze i studenci medycyny
– kawalerowie Orderu Virtuti Militari”

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu przyznaje kwotę 800 zł brutto na sfinansowanie wydania 10 sztuk publikacji pt. „Lekarze i studenci medycyny – kawalerowie Orderu Virtuti Militari.”

**Cześć Jego pamięci!****Ur. 30.05.1930 r., zm. 14.03.2020 r.****Doktor nauk medycznych**

Stanisław Solecki

Absolwent legendarnego „szóstego rocznika”. Specjalista położnictwa i ginekologii, onkolog. Przez wiele lat służył w wojsku, nominowany ostatecznie na stopień podpułkownika. Wykładowca Studium Wojskowego Akademii Medycznej we Wrocławiu, jednocześnie lekarz I Kliniki Położnictwa i Ginekologii AM. Wieloletni pracownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej i zastępca ordynatora. Odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi, Złotym i Srebrnym krzyżem PCK. Działacz Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich (obecnie Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej), Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji oraz Stowarzyszenia Miłośników Ziemi Krośnieńskiej. Jako senior rodu Soleckich odbiera medal i dyplom Rodziców „Sprawiedliwy wśród Narodów Świata”. Człowiek niewielki wzrostem, ale wielki duchem.

20 marca 2020 r. na cmentarzu św. Wawrzyńca przy ul. Bujwida, w niewielkim (z powodu pandemii koronawirusa) gronie przyjaciół i rodziny, pożegnaliśmy dr. n. med. Stanisława Soleckiego – wspaniałego lekarza, kochającego męża, ojca i dziadka, a przede wszystkim dobrego człowieka. Został absolwentem rocznika, który w 1950 r. rozpoczął studia w nowo utwo-

rzonych Akademii Medycznej. Mowa tu o tzw. VI roczniku, który za sprawą działalności m.in. dr. Jerzego Bogdana Kosa, dr. Jerzego Szybecki, prof. Tadeusza Brossa, dr. Michała Sobkowa, czy wreszcie wspomnianego dr. Stanisława Soleckiego, należy dzisiaj do legendy. Przypomnę tylko jedną strofę napisanej przez Staszka ody z okazji złotego jubileuszu „szóstego rocznika”:

*Już tylko iskry tlą się, a przeszłość nam się śni,
Dzisiaj żegnamy z żalem barwne młodości dni*

Urodził się w Poznaniu jako drugie dziecko Jadwigi z Grochmalów i Stanisława Jana Soleckiego. Kariera zawodowa ojca, który po ukończeniu studiów na Politechnice Lwowskiej podjął pracę w administracji skarbowej, spowodowała przenosiny do różnych izb skarbowych wybranych miast na terenie całej RP. Poznań stanowił jedynie miejsce urodzenia Stanisława. Rodzina Soleckich mieszkała w Wilnie, Nowogrodzku, Grudziądzu i Białymstoku. Stąd po wybuchu II wojny światowej przedostała się do Korczyny na Podkarpaciu do domu matki ojca, gdzie znajdo-

wało się gniazdo rodzinne Soleckich. Nastąpił okres okupacji niemieckiej, a rodzice działali w konspiracji. Likwidacja w 1942 r. licznej diaspory żydowskiej odcisnęła silne piętno na młodym chłopcu. W roku 1945 r., już po wyzwoleniu, zginął skrytobójczo zamordowany ojciec, najpewniej w zemście za pomoc niesioną eksterminowanym Żydom. Ciężar utrzymania rodziny z sześciorgiem dzieci spadł więc na barki matki Jadwigi, która niezwykle ofiarnie wywiązała się z tego zadania.

Młody Stanisław maturę zdał w Krośnie i wybrał studia na wyodrębnionej właśnie z Uniwersytetu Wrocławskiego Akademii Medycznej. Po ich ukończeniu rozpoczął pracę w Polanicy-Zdroju. Poznał tam swoją przyszłą żonę, która była jego pacjentką. Przeżyli razem 63 lata. Powołany do odbycia okresowej służby wojskowej spędził w wojsku wiele lat, pracując w charakterze lekarza sanatoryjnego w Krynicy. Po przeniesieniu do Wrocławia został wykładowcą w Studium Wojskowym Akademii Medycznej, jednocześnie pracując w I Klinice Położnictwa i Ginekologii AM, gdzie pod kierunkiem prof. Kazimierza Nowosada uzyskał specjalizację z ginekologii i napisał pracę doktorską. Na własną prośbę odszedł z wojska, po czym wiele lat pracował w Klinice Ginekologii Onkologicznej. Tam piastował ostatecznie stanowisko zastępcy ordynatora. Po przejściu na emeryturę powrócił do Krynicy, gdzie podjął pracę jako lekarz uzdrowiskowy.

W roku 2004, ze względu na stan zdrowia, wrócił do Wrocławia. W stolicy Dolnego Śląska przeszedł operację pomostowania naczyń wieńcowych i rozpoczął aktywne życie emeryta. Działał w zarządzie Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich, brał aktywny udział w posiedzeniach Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji, był aktywnym obserwatorem naszego życia publicznego. Na szczególne podkreślenie zasługuje jego aktywność w Stowarzyszeniu Miłośników Ziemi Krośnieńskiej. Ta działalność, z rysą nostalgii wywołaną swoistym powrotem do stron z lat młodości, dawała mu sporo satysfakcji.

Przed kilku laty przeżył największą przygodę swego dojrzałego życia, odbierając – jako senior rodu Soleckich – dyplom „Sprawiedliwy wśród Narodów Świata” z rąk ambasadora Izraela w synagodze w Dzierżoniowie. W czasie wojny jego rodzice uratowali i wychowali żydowską dziewczynkę, która przeżyła Holocaust i dała świadectwo prawdzie.

Staszek był człowiekiem pogodnym, zawsze uśmiechniętym, chętnym do pomocy, niewielki wzrostem, ale wielki duchem. We wszystkich jego poczynaniach towarzyszyła mu żona Alicja, z którą tworzyli wspianą parę. Pozostawił po sobie troje dzieci i pięcioro wnuków. Cześć Jego pamięci, *non omnis moriar*. ■

Izabella Czajkowska, Krzysztof Wronecki



Przed kilku laty przeżył największą przygodę swego dojrzałego życia, odbierając – jako senior rodu Soleckich – dyplom „Sprawiedliwy wśród Narodów Świata” z rąk ambasadora Izraela w synagodze w Dzierżoniowie. W czasie wojny jego rodzice uratowali i wychowali żydowską dziewczynkę, która przeżyła Holocaust i dała świadectwo prawdzie.

Wiersz autorstwa śp. dr. Stanisława Soleckiego

Co jest po tamtej stronie

Jak jest po tamtej stronie snów
 Czy duchy widzą „wielki wóz”
 Czy duchy widzą ziemi kształt
 Jak liczą ilość świetlnych fal?
 Czy odróżniają biel i czerni
 Dobro od zła, od nocy dzień
 Czy warczą na siebie jak te psy
 Czy toczą wojny tak jak my?
 Pójdę do Nieba piechotą
 Przez burzę, słońce i błoto
 Nie pytam Cię Boże po co
 Ale pójdę do nieba ochoczo
 Pójdę ze Stróżem Aniołem,
 Pójdę z nim tak jak stoję
 Nie wezmę ze sobą niczego
 Prócz dobra uczynionego
 Na powitanie wielki bal
 Duchów tańczących tysiąc par
 Anioł wodzirej daje znak
 Bóg ze wszystkimi za Pan — Brat
 Mój Anioł Stróż przedstawia mnie
 Duchom, Aniołom, Bogu też
 Znasz Boże Polskę, o wszystkim wiesz
 Więc mnie w opiekę swoją bierz.



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/feather-3237969/Bru-nO



Doktorowi Arkadiuszowi Bagińskiemu

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Taty

składają
koleżanki i koledzy z Oddziału Dolnośląskiego
Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

Wyrazy współczucia
Pani dr Marii Knapik-Kordeckiej

z powodu śmierci Męża

Henryka Kordeckiego

składają
pracownicy Katedry i Kliniki Angiologii,
Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii UM we Wrocławiu

Naszej Koleżance

dr Katarzynie Molendzie

wyrazy najszczerzego współczucia
z powodu śmierci

Męża

składają
koleżanki i koledzy z Koła Lekarzy
Prywatnie Praktykujących

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy,
że odszedł nasz Kolega

lek. Krzysztof Maruszczak

specjalista w dziedzinie ginekologii i medycyny rodzinnej

Wyrazy głębokiego współczucia

Żonie i Rodzinie

składają
koleżanki i koledzy z Koła DIL w Jaworze

Z wielkim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
Doktor

Elżbiety Dubickiej

Jej odejście dotknęło nas wszystkich.

Żegnamy ją z wielkim smutkiem.

Łączymy się w bólu z rodziną.

Dyrektor

lek. Andrzej Martynow

wraz z pracownikami Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Świętej Katarzynie

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość,
że 7 stycznia 2020 roku

zmarł nasz Kolega i Przyjaciel

lek. Jacek Wojtal

wybitny „saper” od rozbrajania stresów przed egzaminacyjnymi

Wyrazy szczerzego współczucia

Żonie Marii

oraz najbliższej Rodzinie

składają
koleżanki i koledzy z grupy i roku

Są pożegnania, na które nigdy nie jesteśmy gotowi.

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 22 marca 2020 roku, po długiej i ciężkiej chorobie,
odszedł lekarz ginekolog

Zbigniew Jastrzębski

Pogrążona w smutku
Rodzina

Doktor n. med. Renacie Wojtali

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci

Brata

składają pracownicy Kliniki Reumatologii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Naszemu Koledze

lek. dent. Andrzejowi Zalewskiemu

Rodzinie oraz Bliskim

wyrazy szczerzego i głębokiego współczucia z powodu śmierci

Córki

składają

lekarze dentyści z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Z głębokim smutkiem i w poczuciu nieodżałowanej straty
przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszego Kolegi i Przyjaciela

dr. n. med. Kazimierza Bojarskiego

ps. Lili Fontello

otolaryngologa i audiologa, specjalisty medycyny pracy,
założyciela, głównego animatora
i wykonawcy Wałbrzyskiego Kabaretu Lekarskiego.

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają

koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Taty

składają Koledze i Przyjacielowi

dr. Patrykowi Woytali

oraz całej Rodzinie

pracownicy Kliniki Reumatologii Uniwersyteckiego Szpitala
Klinicznego we Wrocławiu



Jennifer Wright, *Co nas (nie) zabije: największe plagi w historii ludzkości*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2020.

Nikogo nie interesują epidemie z przeszłości. Zarazy zdają się być archaizmami, które nie dotyczą współcześnie żyjących ludzi. Słowo epidemia czy plaga nikogo nie szokuje. Uznaliśmy, że umrzemy w wieku dziewięćdziesięciu lat otoczeni przez rodzinę. Wszystko jest możliwe, jeżeli przyjmujemy, że warunki środowiskowe się nie zmieniają. JEŚLI się nie zmienia.

Niestety, terażniejszość pokazuje, że oczekiwania nie są rzeczywistością. Zapomnienie o dawnych epidemiach i ich ignorowanie sprawiło, że staliśmy się bardziej podatni na epidemię, która wybuchła w Wuhan. Podobno nie powinno się patrzeć na przeszłość przez pryzmat terażniejszości. Każdy, kto tak myśli, nie rozumie natury czasu. Przeszłość nadal wpływa na terażniejszość. Teraz widzimy to doskonale.

Co nas nie zabije, to nas wzmocni. Ilekroć przytaczane jest to przysłowie, w naszych głowach czarne scenariusze nabierają barw. Od stuleci ludzkość nawiedzały śmiercionośne plagi, niosąc ze sobą strach, śmierć i pustkę. Dżuma, gruźlica, cholera czy inne choroby „próbowały” zabić jak największą liczbę osób. Miliony istnień zostały zniszczone przez małe drobnoustroje, które ukazały nie tylko swoją siłę, ale i ludzką bezradność.

Książka z lekkością i humorem pozwala spojrzeć na najmroczniejsze chwile w historii świata. Traktuje studium rozmaitych epidemii jako inwestycję w wiedzę o tym, jak w przeszłości dawano sobie radę z plagami. Może ona okazać się nad wyraz pomocna w terażniejszości. ■

Co nas nie zabije, to nas wzmocni. Ilekroć przytaczane jest to przysłowie, w naszych głowach czarne scenariusze nabierają barw. Od stuleci ludzkość nawiedzały śmiercionośne plagi, niosąc ze sobą strach, śmierć i pustkę. Dżuma, gruźlica,

cholera czy inne choroby „próbowały” zabić jak największą liczbę osób. Miliony istnień zostały zniszczone przez małe drobnoustroje, które ukazały nie tylko swoją siłę, ale i ludzką bezradność.

OPRACOWAŁA PAULINA GÓRA

Lekarz, menadżer ochrony zdrowia. Obecnie jest studentką dziennikarstwa.

Helen Russell, *Atlas szczęścia*, Insignis Media, Kraków 2019.

Stwierdzenie, że „jakoś to będzie” pomaga wyzbyć się strachu i ułatwia wiarę w to, że jesteśmy w stanie przetrwać. I przetrwamy, osiągając sukces. Ilekroć się czymś martwimy, powtarzamy sobie nasz polski, niezawodny sposób na szczęście: *jakoś to będzie*. Te trzy proste wyrazy pomagają nam, Polakom, solidaryzować się i zachęcają do współpracy w dobrych i złych chwilach. Radzimy sobie nawet w najbardziej ekstremalnych sytuacjach. Mamy za sobą długą historię oporu, niezłomności i walki o wolność. Jesteśmy żarliwi i w kryzysie zrywamy się do działania. Dzięki filozofii *jakoś to będzie* przetrwaliliśmy wiele trudnych momentów i przetrwamy jeszcze o wiele więcej.

„Pura vida”, czyli czyste życie, to oficjalne motto Kostaryki. Oznacza, że wszystko jest dobrze. To szczęście w czystej postaci. Określa miejsce, widok, stan umysłu, wszystko, co nas otacza. Dla Kostarykańczyków życie towarzyskie jest niezwykle ważną sprawą. A *pura vida* nakazuje nieustanne wychodzenie ze znajomymi. Oznacza: Kochamy cię i jesteśmy po twojej stronie, bez względu na wszystko. Życie na Kostaryce jest głośniejsze, weselsze i bardziej wyluzowane niż gdziekolwiek na świecie. *Pura vida* to idealna alchemia codziennej bez troski, dumy z dbania o przyrodę i społecznej odpowiedzialności.

„Mai pen rai” to najczęściej słyszane zdanie w Tajlandii. Stanowi fundament tajskiej kultury, filozofii życia i zawsze przypomina o akceptowaniu zaistniałej sytuacji. Oznacza „nie przejmuj się, to nie ma znaczenia”. Tajska filozofia uczy odpuszczania sobie – tym razem się nie udało, ale zawsze można zrobić coś innego. *Mai pen rai* to akceptacja natury. W tym prostym zdaniu chodzi o realistyczne podejmowanie zadań. Samowystarczalność, odporność i akceptacja losu. Tajlandia to kraina uśmiechu. *Mai pen rai* pozwala uśmiechnąć się w każdej sytuacji.

Trzy odmienne sposoby na szczęście. Trzy odmienne kraje. Trzy odmienne historie. A jest ich o wiele więcej. „Atlas szczęścia” zabiera czytelnika w podróż do 34 krajów. Pomaga odkryć sekrety szczęścia z różnych zakątków świata. Przekonuje, że dzięki nim możliwa jest zmiana swojego życia. Włosi opanowali do perfekcji sztukę słodkiego nicnierobienia, czyli *dolce far niente*. Chińczycy i ich *xingfu*, czyli dobre życie, od dwóch tysięcy lat dają światu przykład społecznej odpowiedzialności. A japońskie *wabi-sabi* uczy akceptacji przemijania i niedoskonałości. Dzięki „Atlasowi szczęścia” możliwa jest zmiana swojej codzienności. Wystarczy tylko odrobina chęci. ■





SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

* Z historii medycyny w Rosji. Najpierwszymi lekarzami byli mnisi kijowskiej ławy z XI w., przedstawiciele medycyny cerkiewnej: modłów, budowy świątyń itp. Pierwszymi przedstawicielami naukowej medycyny byli dwaj izraelici, przybyli z Włoch, którzy zginęli na szafocie za to, że nie wyleczyli syna cara Iwana III-go. Za Iwana Groźnego przybyli z Anglii doświadczeni lekarze, w ich liczbie znany Bomelijusz, również zmarły pod mieczem katowskim. Za panowania Groźnego po raz pierwszy widzimy lekarzy-rosyjan. Pierwsza apteka założona w roku 1581 dla potrzeb dworu. Najwięcej lekarzy zagranicznych zjawia się za panowania Borysa Godunowa, który drżał ciągle o swoje i swój rodziny zdrowie. Lekarze i aptekarze, wstępujący do służby, składali przysięgę, iż czuwać będą nad tem, żeby cara nie otruto. (A co się tak haniebnie spełniło!) Każdy z nich otrzymywał pensji 200 rs., 16 wozów drzewa, 4 beczki miodu i tyleż beczek piwa, codziennie 1 ½ kwarty wódki i tyleż octu, prócz tego do każdego carskiego obiadu przysyłano im 3 do 4 półmisek potraw, ile tylko jeden człowiek mógł udźwignąć półmisek. Z carskiej stajni ofiarowano im po 5 koni. Jeśli dawane carowi lekarstwo dobrze działało, każdorazowo otrzymywali oni sztukę aksamitu lub 40 soboli.

„Przewodnik Higijeniczny” 1891, III, 331

excerpta selegit
Andrzej Kierzek



POMRUK SALONÓW

W chwili, gdy piszę te słowa, mamy już połowę marca, a pandemia koronawirusa od kilku dni paraliżuje nie tylko Polskę. Nie ma zajęć szkolnych, zamknięte są kina, teatry i restauracje. Granice pozostają otwarte jedynie dla naszych rodaków, którzy wracają z zagranicznych wojaży. Kolejka czekających na wjazd do Polski na autostradzie w Jędrzychowicach sięgała 56 km długości. Czegoś takiego nie doświadczyliśmy w najgorszych czasach „komuny”. Zanim jednak do tego doszło, miało miejsce kilka ważnych wydarzeń.

W Klubie Muzyki i Literatury Ryszard Sławczyński, dyrektor instytucji zorganizował kolejne już spotkanie z prof. Stanisławem Nicieją, autorem historii Kresów Wschodnich. Tym razem promował on już XIII tom „Kresowej Atlantydy”, opisujący Grodno i okolice. Grodno od czasów jagiellońskich uważane było za trzecią stolicę Rzeczypospolitej – po Krakowie i Wilnie. Największe zasługi dla rozwoju Grodna położył król Stefan Batory, rozbudowując zamek królewski, w którym spędził większość swego dziesięcioletniego panowania. Grodno było jego ukochanym miastem i faktyczną stolicą państwa. Tutaj odbył się także tzw. „sejm grodzieński”, który w obecności króla Stanisława Augusta Poniatowskiego zatwierdził II rozbiór Polski.

W czasach nam bliższych Grodno stanowiło miejsce zamieszkania i ponad czterdziestoletniej działalności Elizy Orzeszkowej. Tutaj umarła i spoczęła w okazałym grobowcu wraz ze swym ostatnim mężem. W okresie międzywojennym w Grodnie działała i tworzyła Zofia Nałkowska. Jednym słowem w mieście tym kształtowała się historia. Profesor Nicieja pisze o tym ze swadą, często odwołuje się do współczesności i żyjących jeszcze świadków historii. W zakończeniu wspomina o Druskiennikach, ulubionym kurorcie marszałka Piłsudskiego. To tutaj narodziła się wielka miłość marszałka do pięknej lekarki Eugenii Lewickiej, dla której powołał w Warszawie Akademię Wychowania Fizycznego, i z którą spędził kilka tygodni na Maderze.

Profesor Nicieja pisze o tym wszystkim lekko i interesująco. Tym, którzy dotychczas nie znali „Kresowej Atlantydy”, gorąco polecam tę publikację. Nie mógłbym też nie wspomnieć o gospodarzu spotkania, Ryszardzie Sławczyńskim, który kilka dni wcześniej wystąpił w Domu Lekarza. Podzielił się swoimi wrażeniami z pobytu na Syberii przed rokiem, gdzie podróżował śla-

Zapiski emeryta



Wojna

Wojna kojarzy się nam z czołgami, okrętami, bronią. To, co przeżywamy obecnie, to nowy typ wojny – biologiczno-hybrydowa.

Przeciwnik-agresor to mały, przebiegły wirus wyglądający w telewizji jak kolorowa kuleczka z kolcami. Rakiety przenoszące do kuleczki śliny unoszące się w powietrzu, przylegające do powierzchni przedmiotów.

Obrońcy to lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, ubrani jak ludziki z Gwiezdných Wojen. Wozy bojowe to karetki, oddziały intensywnej opieki medycznej, respiratory, RTG, TK itp. Zaplecze logistyczne stanowią pracownicy laboratoriów, kierowcy, fabryki produkujące sprzęt.

W 1348 roku we Wrocławiu panowała epidemia dżumy – za winnych uznano szczury. W 1963 roku doszło do epidemii ospy prawdziwej, a wirusa przywieźli z Azji do naszego miasta konkretny człowiek. A teraz? Być może był to taki współczesny Marco Polo.

Co robić? Armia walczy, reszta niech pochowa się w okopach/domach i nie wyściubia nosa na zewnątrz. Trwa gorączkowe poszukiwanie pocisku, który rozgromi przeciwnika.

Trzymajcie się!

dr Józef emeryt

dami Polaków i spotykał się z potomkami zesańców. Dotarł do jeziora Bajkał, przejechał samochodem 17 tysięcy km i wszystko to udokumentował jeszcze na filmie. Pozostaje pogratulować odwagi i determinacji.

Wrocławskie kluby Rotary, a w mieście działają trzy, od kilku miesięcy organizują comiesięczne spotkania w ramach cyklu „Pro arte”. Biorą w nich udział ludzie kultury, nauki i sztuki. Spotkaniom przyświeca rotariańskie motto: „Zyskuje najwięcej ten, kto najlepiej służy innym”.

W marcu bohaterem spotkania został znany wrocławski reżyser Wiesław Saniewski, z wykształcenia matematyk. W Dolnośląskim Centrum Filmowym obejrzelśmy jego znakomity film dokumentalny pt. „Stefan Banach. Między duchem a materią”. Stefan Banach, najgenialniejszy matematyk szkoły lwowskiej, był największym odkryciem matematycznym Hugona Steinhausa. Niestety, w wieku 53 lat zmarł we Lwowie w roku 1945 na raka płuc (był namiętnym palaczem papierosów). Sam profesor Steinhaus przyjechał po wojnie do Wrocławia, a jego obliczenia matematyczne stworzyły podstawy do powstania tomografii komputerowej. Pochowano go na cmentarzu na Sępolnie, a na nagrobku umieszczono maksymę: „Między duchem a materią pośredniczy matematyka”.

Pod koniec lutego w Muzeum Teatru odbyła się promocja 23. tomu dzieł zebranych Stanisława Ignacego Witkiewicza z udziałem prof. Janusza Deglera, który jest redaktorem wszystkich dotychczas wydanych tomów i najlepszym znawcą Witkacego w Polsce. Profesor ma to szczęście, że już za życia stał się „eksponatem”. W Muzeum Teatru posiada własny gabinet, w którym spotyka się z zainteresowanymi. Pomieszczenie wyposażono w meble profesora i jego bogatą bibliotekę, ściany zdobią obrazy wszystkich europejskich teatrów pochodzące ze zbioru profesora. Najbardziej zazdroścę prof. Deglerowi tego, że znalazł miejsce dla swoich książek.

Mój prywatny zbiór czeka w piwnicy na lepsze czasy, które być może nie nadejdą. Próby umieszczenia ich w zaprzyjaźnionej bibliotece, mieszczącej się naprzeciw domu, nie przyniosły rezultatu. Najwyraźniej współczesne biblioteki nie potrzebują starych książek, i to nawet dobrych autorów. Takich dożyliśmy czasów. Oby tylko nie było gorzej.

Wasz Bywalec



CZAS NA RELAKS

Litery z pól oznaczonych cyframi/liczbami od 1 do 11 utworzą rozwiązanie (hasło medyczne). Hasło prosimy przesłać na adres pocztowy lub e-mailowy: redakcja@dilnet.wroc.pl **do 20 kwietnia 2020 r.** z dopiskiem na kopercie lub w temacie wiadomości elektronicznej „Krzyżówka – nr 4/2020”.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy trzy nagrody książkowe (prosimy o podanie adresu do wysyłki). Nazwiska nagrodzonych zostaną opublikowane w nr 5/2020 „Medium”. Życzymy udanej zabawy!

... PRZEDSIONKÓW JEST NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYM ZABURZENIEM RYTMU SERCA	10	BYŁA BRO-NIONA PRZEZ ORDONA SZATAN		PORECZA ZA KOGOŚ SPŁATĘ POŻYCZKI	BRAT ARTEMIDY, OPIEKUN MUZ	GRANICZY Z OMANEM PIECZYWO ŻYDOWSKIE		BOHATERKA PIOSENKI KIEPURY	SZLAK KOMUNIKACYJNY	PRZENOŚNA ZASŁONA SZEROKOTOROWA LUB WĄSKOTOROWA	7	CZEŚĆ ATŁASU GEOGRAFICZNEGO	PTAK, OWOC ALBO PASTA DO BUTÓW DUŻO DRZEW
LEKARSTWO			11							IMIĘ STOCHA			
				KRAINA GÓRSKA W AZJI						KRAINA W SŁOWACJI I W POLSCE			
KOLARZ W ŻÓŁTEJ KOSZULCE DO ZUCIA				STOPIEŃ, NOTA			1			AZOTAN SREBRA, ŚRODEK DE-ZYNFEKCYJNY			
				MODEL SAMOCHODU DAEWOO						IMIĘ PIOSENKARKI BEM PŁACONE NA GRANICY			POTRAWA GRECKA Z MIĘSA OPIEKANEGO NA ROŻNIE
MODEL SAMOCHODU ŁADA				IMITACJA									
CZĄSTKA ENERGII ŚWIETLNEJ						365 DNI	NARÓD W TEATRZE ZA KURTYNĄ				3	IMIĘ DZIENNIKAR-KI MORO	
CIERPIAŁ MEKI W TARTARZE	RZĘKA ALBO RYBA	IMIĘ ZIMIŃSKIEJ-SYGIETŃSKIEJ	GÓRNA CZĘŚĆ TUŁOWIA					PISZE PROZĄ	PŁYNIE PRZEZ KWIDZYN				
			SKOS	8						KOŃCZYNA DOLNA SUROWIEC NA PUDRY		2	
MIASTO W POŁUDNIOWEJ BELGII					DRAPIEŃNIK ŻYJĄCY W LASACH AMERYKI		5				WYLATUJE Z KOMINA RZĘKA W KORNWALII		4
					FRANCUSKA CZAPKA WOJSKOWA					NIEUCZCIWE PRZEDSIĘWZIĘCIE			
GRANIE TWARZĄ						PRZYRZĄD GEODEZYJNY							
NASZ KONTYNET			9							6			
ODMIANA USTALONA W HODOWLI					SKRZYŃNIA					SALA SZKOLNA			

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

Rozwiązanie krzyżówki z „Medium” 3/2020: OTOSKLEROZA

Z grona Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązania, wylosowane zostały:

- 1. Krzysztof Mól z Wrocławia, 2. Agnieszka Gniadek z Wrocławia, 3. Katarzyna Szatkowska z Szczawna-Zdroju.**

Wylosowanym lekarzom-szaradziom gratulujemy!

Nagrodami są książki, które prześlemy pocztą.



BIURO DIL

pon. śr. pt. 8.00-15.30, wt. 8.00-16.30

czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

inż. Magdalena Smolis – specjalista
tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51

mgr inż. Dorota Flak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 54

mgr Małgorzata Krupa-Łączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 52

Księgowość

mgr Urszula Majchrzak – zastępca dyrektora Biura
DIL ds. finansowych – tel. 71 798 80 87

mgr Halina Rybacka – starsza księgowa, tel. 71 798 80 70

mgr Katarzyna Nowak – księgowa, tel. 71 798 80 72

Składki na rzecz Izby

Agata Gajewska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 65

Jolanta Kozłowska – starszy referent, tel. 71 798 80 83

Komórka placowo-kadrowa

mgr Joanna Mańturzyk – kierownik, tel. 71 798 80 73

mgr Agnieszka Jamrozak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 88

**Komisja: Stomatologiczna, Historyczna,
Finansowa, Rewizyjna**

Pośrednictwo pracy

mgr Agnieszka Jamrozak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru
tel. 71 798 80 55,

Joanna Żak – starszy specjalista, tel. 71 798 80 60,

Małgorzata Kubarycz-Hoszowska – starszy referent,
tel. 71 798 80 61,

mgr Agata Sobańska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 82,

Paulina Mostek – starszy referent, tel. 71 798 80 57

Konkursy

Małgorzata Krupa-Łączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 52

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej

Ewa Świńska – specjalista, tel. 71 798 80 71

wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-13.30

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskiej

BGZ O/Wrocław 64 2030 0045 1 110 0000 0035 5040

Wpłaty i wypłaty

Ewa Świńska – specjalista, tel. 71 798 80 67

poniedziałek, środa, piątek 8.00-13.30

wtorek 8.00-14.30, czwartek 8.00-15.00

Komisja Kształcenia Lekarzy i Lekarzy Dentystów

e-mail: komisja.kształcenia@dilnet.wroc.pl

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

poniedziałek-piątek 8.00-15.00

Kursy do stażu podyplomowego

mgr Małgorzata Krupa-Łączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 52

Komisja Bioetyczna

mgr Aneta Walulik – starszy specjalista, tel. 71 798 80 74

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu: mec. Beata Kozyra-Łukasiak
poniedziałek-środa 13.00-15.00

mec. Monika Huber-Lisowska, tel. 71 798 80 62

środa, piątek 9.30-13.00; wtorek, czwartek 10.30-14.00

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Ewa Bielońska – kierownik, tel. 71 798 80 77,

Anna Pankiewicz – starszy referent, tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 76

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – kierownik,
Patrycja Muszyńska, tel. 71 798 80 79

Informacja o ubezpieczeniach

Renata Czajka – starszy specjalista, tel. 71 798 80 66,

Jolanta Kowalska-Józwick – referent, tel. 71 798 80 58

Informatycy

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 84

Michał Waszak, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej

Bożena Kaniak, czwartek, 16.00-17.00

Jelenia Góra

Przewodnicząca Delegatury Jeleniogórskiej

Barbara Polek
wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze
ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

Eugenia Serba – starszy referent, tel./fax 75 753 55 54

poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-13.00

środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

Przewodnicząca Delegatury Wałbrzyskiej

Dorota Radziszewska
wtorek 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

Beata Czołowska – specjalista, tel. 74 665 61 62

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00, piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

Przewodnicząca Delegatury Legnickiej

Ryszard Kępa, wtorek 15.00-16.00

pl. Stowiański 1, 59-220 Legnica, tel. 76 862 85 76

e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista

pon.-piątek, 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.00

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich

i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ

◆ Centrum Stomatologiczne „Klinika Uśmiechu” w Brzegu Dolnym poszukuje do współpracy ambitnego stomatologa. Bardzo dobre warunki, mikroskop zabiegowy, obtura, rtg, panorama. Praca na 4 ręce. Pacjenci prywatni, pełne grafiki. Osoby chętne prosimy o przesłanie CV na adres e-mail: klinika.usmiechu@gmail.com, tel. 790 568 005.

◆ Nowoczesne Centrum Stomatologii „YesDent” zatrudni lekarzy stomatologów – Wrocław, Łagiewniki, Nowa Ruda. Oferujemy atrakcyjne warunki finansowe, najnowszy sprzęt (tomograf, mikroskop), duży komfort pracy oraz miłą atmosferę. Pacjenci tylko prywatni. Zapraszamy do kontaktu – e-mail: biuro@yesdent.pl, tel. 604 44 97 43.

◆ Ośrodek Profilaktyki i Lecznictwa Wojnow (www.opil.pl) zatrudni na pełny etat lekarza rodzinnego/pediatrę. Do współpracy zapraszamy również lekarzy w trakcie specjalizacji. Kontakt tel. 697 514 440.

◆ Przychodnia we Wrocławiu przy ul. Strachocińskiej 84 poszukuje lekarzy specjalistów w dziedzinie: kardiologii, okulistyki, dermatologii, diabetologii, urologii. Atrakcyjne warunki. Miła atmosfera. Forma zatrudnienia i godziny pracy do uzgodnienia. Pacjenci tylko komercyjni. Zapraszamy do kontaktu tel. 697 514 440.

◆ Przychodnia Stomatologiczna „Janudent” Łagiewniki zatrudni lekarza stomatologa do pracy na NFZ i prywatnie. Umowa o pracę lub inna forma zatrudnienia. Elastyczny czas pracy i atrakcyjne wynagrodzenie. Zapraszamy do kontaktu telefonicznego, kom. 503 140 169.

◆ Zatrudnię lekarza stomatologa w NZOZ Centrum Usług Stomatologicznych w Miliczu (praca dwa razy w tygodniu). Mile widziani zarówno początkujący dentyści, jak i długiemi stażem pracy (emerytowani dentyści). Warunki zatrudnienia do uzgodnienia. Kontakt tel. 600 968 742.

◆ NZOZ EVITA w Nowej Rudzie zatrudni pediatrę, lekarza rodzinnego lub lekarza chorób wewnętrznych. Wymiar godzin do uzgodnienia. Tel. kontaktowy 531 038 838.

◆ NZOZ „SANUS” w Jaworzynie Śląskiej (www.sanus-med.pl) zatrudni lekarza do pracy w POZ. Forma zatrudnienia, płaca i godziny pracy do uzgodnienia. Kontakt: tel. 608 093 067, e-mail: sanusmed@poczta.onet.pl

◆ Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni lekarzy specjalistów psychiatrów, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii, oferujemy bardzo dobre warunki placowe oraz mieszkanie służbowe, tel. 77 40 34 307 lub e-mail: sws.kadry@op.pl

Szpital Powiatowy im. A. Wolańczyka Sp. z o.o. w Złotyory

Od 24 października 2019 r. jedynym właścicielem Szpitala Powiatowego im. A. Wolańczyka Sp. z o.o. w Złotyory jest Powiat Złotyoryski.

W związku ze zmianami organizacyjnymi
i planami rozwojowymi
zatrudnimy
DYREKTORA DS. LEZNICTWA

◆ Przychodnia stomatologiczna w Świdnicy poszukuje lekarza stomatologa. Praca z asystą, pełne nowe wyposażenie gabinetów, m.in.: CBCT, RVG, mikroskopy. Możliwość kształcenia w kierunku nowoczesnej endodoncji, stomatologii mikroskopowej. Atrakcyjne warunki współpracy, tel. 888 286 537 (do godz. 18.00).

◆ Bogusław Sobolewski NZOZ „EPIONE” zatrudni do pracy lekarzy anesteziologów na terenie Poznania. Forma zatrudnienia – umowa cywilno-prawna (kontrakt). Kontakt tel. 604 124 264.

◆ Nowoczesna, bardzo dobrze wyposażona, z dużą bazą pacjentów klinika stomatologiczna w Wołowie (ok. 45 min. od Wrocławia) oferuje pracę w miłej atmosferze z możliwością dopasowania grafiku. Korzystne warunki finansowe. Oczekujemy dbałości o wysoką jakość świadczonych usług i dobrego kontaktu z pacjentem. Kontakt tel. 605 992 390, e-mail: gabinet@resdentica.pl.

◆ Przychodnia w Oleśnicy zatrudni lekarza pediatrę, laryngologa i specjalistę ginekologa. Szczegółowe informacje pod nr telefonu: 601 984 310, 601 750 318.

SZUKAM PRACY

◆ Lekarz specjalista ortopeda traumatolog szuka pracy w poradni ortopedycznej z USG we Wrocławiu lub okolicy, tel. 606 916 207.

INNE

◆ Gabinet stomatologiczny w Świdnicy (woj. dolnośląskie ok. 50 km od Wrocławia) szuka do współpracy lekarza stomatologa. Tylko pacjenci prywatni. Warunki współpracy do uzgodnienia, tel. 516 313 359.

◆ Sprzedam gabinety lekarskie w Jeleniej Górze, tel. 606 617 362.

◆ Wynajmę gabinet w przychodni lekarskiej w pełni wyposażony w meble z możliwością adaptacji dla wielu specjalności. Spełnia wszystkie wymagania sanitarne i NFZ: lokal i poczekalnia klimatyzowane, przystosowany dla osób niepełnosprawnych, parking. Lokalizacja: Ostrzeszów. Kontakt tel. 601 780 159.

◆ Sprzedam koagulator (pistolet) na podczernień do leczenia nadzerek i żyłaków odbytu (nowe głowice teflonowe). Cena 3000 zł. Wrocław, tel. 887 420 840.

◆ Do wynajęcia gabinet ginekologiczny z USG i wyposażeniem (lub inna specjalizacja) przy pl. Grunwaldzkim we Wrocławiu 3-4 razy w tygodniu, tel. 887 420 840.

◆ LUBIN – wynajmę dobrze wyposażony, prosperujący gabinet stomatologiczny. Kontakt tel. 609 967 070.

◆ Sprzedam pantomograf Myray z 2014 roku, stan bardzo dobry, mała ilość ekspozycji, aktualne testy, tel. 606 142 241.

◆ Sprzedam wyposażony gabinet stomatologiczny, tel. 503 631 636.

Osoby zainteresowane proszone są o złożenie w formie elektronicznej na adres: kadry@szpitalzlotyoryja.pl listu motywacyjnego, curriculum vitae i oświadczenia wyrażającego zgodę na przetwarzanie udostępnionych danych osobowych w celach niezbędnych do realizacji niniejszego ogłoszenia zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781)

Termin składania ofert do 17.04.2020 r.

ŚGŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O.

W ŚGŁOGOWIE

pilnie zatrudni

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

- medycyny ratunkowej (i innej) do pracy na SOR w Głogowie,
- pediatrii (Oddział Pediatriczny i Oddział Neonatologiczny)
- ginekologii i położnictwa,
- chirurgii ogólnej,
- anesteziologii i intensywnej terapii,
- internistów,
- lekarzy rodzinnych do pracy w POZ w Głogowie.

Zapewniamy:

- atrakcyjne warunki placowe,
- dowolna forma zatrudnienia,
- duże możliwości rozwoju zawodowego.

Posiadamy również wolne miejsca na szkolenie specjalizacyjne lekarzy w trybie rezydentury, w kierunku:

- Oddział Neurologii i Leczenia Udarów Mózgu,
- Oddział Ginekologiczno-Położniczy.
- Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

KONTAKT

Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Głogowie, ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów
tel. 76 837 33 29, kom. 609 457 199, fax 76 837 33 77



Szukamy lekarzy zainteresowanych wynajmem nowoczesnej sali operacyjnej wraz z kadrą anesteziologów i pielęgniarek oraz oddziałem łóżkowym i salą wybudzeń.



WYNAJEM SALI OPERACYJNEJ

- Nowoczesna sala operacyjna z wysokiej klasy wyposażeniem do zabiegów laparoskopowych oraz artroskopowych.
- Śródoperacyjny aparat RTG z mobilnym ramieniem C.
- Urządzenia medyczne firmy STRYKER.



Kontakt: szpital@cdtmedicus.pl

www.szpital-lubin.pl

4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu zatrudni lekarzy specjalistów (lub w trakcie specjalizacji) w zakresie chorób wewnętrznych oraz medycyny ratunkowej do pracy w Klinice Chorób Wewnętrznych oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Możliwe również rozpoczęcie specjalizacji w ramach etatu. Oferujemy bardzo dobre warunki pracy. Forma zatrudnienia oraz warunki finansowe do indywidualnego uzgodnienia. Osoby zainteresowane proszone są o kontakt z działem kadr, ul. R. Weigla 5, 50-981 Wrocław, tel. 261-660-293 lub e-mail: kadry@4wsk.pl.



SPRZEDAM ARTROSKOP – WIEŻĘ ARTROSKOPOWĄ kupioną w 2009 r. od BIOMET Polska

Używana przez jednego operatora, w pełni sprawna z Paszportem Technicznym i Książką Napraw i Przeglądów. Pod nadzorem i serwisem BIOMET

1. Monitor medyczny LCD 21 40MD – Monitor 21" FLAT SCREEN, SON (LMD-2140MD),
2. Video recorder LG HDD,
3. Kamera endoskopowa z głowicą LEMKE,
4. Źródło światła ksenonowe o mocy 300W z licznikiem czasu pracy, POWERTEK XENON LIGHT-SOURCE CON,
5. Pompa artroskopowa – Biomet Sports Medizine,
6. Shaver artroskopowy – Biomet Sports Medizine, ostrza do shavera,
7. Waparyzator Quantum,
8. Rękojeść shavera - zakres obrotów max. do 8000 rpm, oscylacja 3000 rpm (sterowanie sterownikiem nożnym ze zintegrowanym przewodem lub z ręki)
9. Optyka artroskopowa autoklawalna 30 stopni – 2 szt., światłowód – 2 szt., Obturatory – 2 szt., płaszcze artroskopowe – 2 szt.,
10. Komplet narzędzi artroskopowych manualnych,
11. Kasetka do sterylizacji na 12 instrumentów STRYKER,
12. Dren główny pompy 20 mb,
13. Ssak SO 4
14. Wózek aparaturowy, jezdny z blokadą dwóch kół, wysięgnik do monitora.

Kontakt: tel. 601 797 333, e-mail jacek.czapinski@accsk.pl

centrum ortopedyczne ORTHO+MED

we Wrocławiu
ul. Krynicka 7-9

podjmiemy współpracę ze specjalistami:

Reumatologii
Pulmonologii
Neurologii

Kontakt pod nr telefonu: 601 614 226
E-mail: biuro@ortho-med.info

Terminy dyżurów

Prezes DRL Paweł Wróblewski
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu
z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52

Wiceprezes DRL Piotr Knast, czwartek, 13.00-14.00

Wiceprezes DRL ds. stomatologii
Iwona Świętkowska,
czwartek, 12.00-16.00

Wiceprezes DRL ds. kształcenia Andrzej Wojnar,
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu
z sekretariatem

Wiceprezes DRL i przewodnicząca Delegatury
Wrocławskiej Bożena Kaniak, czwartek, 16.00-17.00
Sekretarz DRL Małgorzata Niemiec, czwartek, 15.15-16.00

Skarbnik Ryszard Jadach
Przewodniczący Komisji Etyki DRL
dr n. med. Jakub Trnka, czwartek, 15.00-16.00

**Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy
i lekarzy dentyistów**

lek. Aleksander Błaszczuk, tel. 603 877 518

Delegatura Jelenia Góra

Przewodnicząca Barbara Polek, wtorek 10.00-11.00

Delegatura Legnica

Przewodniczący Ryszard Kępa, wtorek, 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych

Przewodnicząca Dorota Radziszewska,
wtorek, 15.00-16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko, wtorek, 10.00-12.00

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Jan Spodzieja, czwartek, 11.00-13.00

Dyżur RODO i ws. EDM

inż. Maciej Koziejko w każdy drugi i czwarty wtorek
miesiąca od godz. 14.00 do godz. 18.00
Kontakt do specjalisty: kom. 607 505 694

Szanowni Czytelnicy!

Zbliżające się święta Wielkiej Nocy z pewnością na długo pozostaną w naszej pamięci. Być może nie spotkamy się z rodziną na świątecznym śniadaniu, nie pójdziemy do kościoła, a życzenia przyjdzie nam składać sobie telefonicznie. Nie traćmy jednak nadziei. Wszak Wielkanoc to czas przemiany i oczekiwania na lepsze jutro. Oby nadeszło jak najszybciej! Tego z całego serca Państwu życzymy!

*Dolnośląska Rada Lekarska,
Komisja Stomatologiczna DRL,
Redakcja „Medium”*



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/egg-2107181/annca



Szanowni Państwo!

Planują Państwo uruchomienie własnej placówki medycznej – gabinetu stomatologicznego, centrum medycznego bądź salonu optycznego? Oddajcie się w ręce profesjonalistów!

SPECJALNA OFERTA DLA LEKARZY!

Przy zgłoszeniach do 31 maja 2020 roku bezpłatna konsultacja on-line + rabat 20% na przygotowanie projektu technologicznego!

**REALIZUJEMY
INWESTYCJE**

**W OPARCIU
O NAJWYŻSZE STANDARDY!**

Oferujemy Państwu:

- 1 projekty budowlane i branżowe oraz wizualizacje obiektu
- 2 adaptację powierzchni/przebudowę
- 3 projekt, dostawę i montaż mebli oraz oświetlenia
- 4 generalne wykonawstwo
- 5 rekrutacja personelu fachowego przy współpracy z Portal-medica.pl
PRACA W MEDYCYNIE
- 6 pomoc przy pozyskaniu finansowania inwestycji



Zapraszamy do kontaktu:
Key Account Manager – Patrycja Kruk
+48 502 11 53 11, pkruk@ratynski.com.pl

**Ratyński Design
& Build Sp. z o.o.**



ZAPRASZAMY DO KONTAKTU



Ratyński Design
& Build Sp. z o.o.
ul. Walczaka 12/15
66-400 Gorzów Wlkp.
KRS 0000566798
NIP 5993176326
www.ratynski.com.pl
[www.facebook.com/
RatynskiDesign/](https://www.facebook.com/RatynskiDesign/)