



COVID-19

WALKA TRWA...

■ Nowinki
ze świata pandemii
s. 6

■ W poszukiwaniu
leku na koronawirus
s. 8

■ Ważne, by z tej epidemii
wyciągnąć mądre wnioski
s. 12

■ Akcje pomocowe
dla dolnośląskich medyków
s. 16

■ Pandemiczne tsunami
najmocniej uderzyło
w stomatologię
s. 20

■ Koronawirus a kryzys
w branży medycznej
s. 24





Wizyta dla Hospicjum

Wizyta dla Hospicjum to charytatywna inicjatywa środowiska lekarskiego. Jej uczestnikiem może być lekarz, przychodnia, centrum medyczne. Osoby przystępujące do akcji decydują się na przeznaczenie dochodu z jednej wizyty prywatnej w miesiącu na rzecz nieuleczalnie chorych dzieci zamieszkałych na terenie naszego województwa.

Środki pozyskane w ten sposób będą w 100% przeznaczone na opłacenie zabiegów rehabilitacyjnych u podopiecznych hospicjum oraz zakup materiałów i sprzętu medycznego.

Inicjatorem i pomysłodawcą akcji jest pan doktor Sebastian Krupa oraz zespół lekarski Kliniki eMKa Med we Wrocławiu.

Akcja objęta patronatem honorowym Prezydenta Miasta Wrocławia Jacka Sutryka.

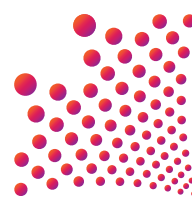
Stowarzyszenie Medyczne Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska „Formuła Dobra”

al. Marcina Kromera 2 • 51-163 Wrocław

NIP 8943068116 • KRS 0000582875

konto dedykowane akcji „Wizyta dla Hospicjum”

03 1600 1462 1027 7108 2000 0009



**formuła
dobra**

Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska

Co nowego w medycynie

4

COVID-19. WALKA TRWA

- 6** *Nowinki ze świata pandemii*
Mariusz Kielar
- 8** *W poszukiwaniu leku na koronawirus*
Rozmawia Agata Grzeleńska
- 12** *Ważne, by z tej epidemii wyciągnąć mądre wnioski*
Rozmawia Maciej Sas
- 17** *Maski i przyłbice... Akcje pomocowe dla dolnośląskich medyków*
Aleksandra Solarewicz
- 21** *Pandemiczne tsunami najmocniej uderzyło w stomatologię*
Agata Grzeleńska
- 25** *Koronawirus a kryzys w branży medycznej*
Kamil Kuczewski
- 27** *Wiele kłopotów z psychiką może się ujawnić wtedy, gdy epidemia da za wygraną*
Rozmawia Maciej Sas

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu

32

KĄCI MŁODEGO LEKARZA

- 33** *Rzecz o błędzeniu*
Marcin Lewicki

Z PORADNIKA PSYCHOPRAKTYKA

- 35** *Jak wysłać stres na kwarantannę?*
Dariusz Delikat

HISTORIA I MEDYCYNA

- 37** *Lekcja anatomii profesora Rajchela*
Aleksandra Solarewicz

WYWIAD „MEDIUM”

- 41** *„Wizyta dla Hospicjum”*
Rozmawia Magdalena Orlicz-Benedykta

Uchwały DRL i Prezydium DRL

42

Prawo i medycyna

43

Wspomnienie pośmiertne

55

Pro memoria

57

Kulturalnik lekarski

58

Felietony

59

Rozrywka

60

Ogłoszenia

61

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
Wiktoria 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 adiacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 28 kwietnia 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.

„Tyle wiemy o sobie, ile nas sprawdzono”. Te słowa Wisławy Szymborskiej nigdy chyba jeszcze nie sprawdzały się w nowożytnej historii świata tak, jak teraz. Z pewnym niepokojem obserwuję panikę wśród osób, których wcześniej nie podejrzewałbym o skłonność do nieadekwatnych do zagrożenia zachowań. Trzeba jednak przyznać, że parę czynników niezależnych od nas zdestabilizowało sytuację bardziej niż sama pandemia.

Po pierwsze, większość mediów kompletnie się nie sprawdziła. Pogoń za sensacją, konkurowanie o pierwsze strony gazet i kompletny brak odpowiedzialności oraz wyobraźni wywołały wręcz publiczną histerię. Epatowanie niesprawdzonymi, wyolbrzymionymi albo zwyczajnie wyssanymi z palca sensacjami, szczególnie na początku epidemii, to niestety znak rozpoznawczy większości środków masowego przekazu. Byłbym w stanie wskazać zaledwie paru dziennikarzy, którzy rzetelnie podeszli do swojej misji, i kilka artykułów prasowych, które były wartościowe.

Drugim czynnikiem zaoogniającym sytuację były niewątpliwie błędy organizacyjne i chyba największy z nich: brak zabezpieczenia personelu medycznego od początku epidemii w sprzęt ochrony osobistej. Efektem tego jest niemal całkowita dezorganizacja systemu opieki zdrowotnej: przeciągające się zawieszenie leczenia przypadków planowych i kompletnie nieracjonalna polityka obciążania wszystkimi medycznymi zdarzeniami szpitali zakaźnych. Przez brak sprzętu zabezpieczającego zapomniano, że przecież każdy szpital, co jakiś czas, borykał się z różnymi infekcjami i był w stanie, w razie potrzeby, wydzielić izolatkę dla swoich pacjentów... Powrót do normalnej pracy nie będzie łatwy, nawet przy uzupełnieniu zaopatrzenia w sprzęt ochronny, bo to trochę jest tak, jak w chirurgii, gdy przy zabiegu w znieczuleniu miejscowym zacznie się operować, zanim zadziała znieczulenie. Pamięć o bólu jest tak silna, że żadne dostrzykiwanie środka znieczulającego nie pomoże...

Jedyną więc szansą, że nasz koronawirus okaże się kolejnym drobno-ustrojem z grupy wywołującej wiosenno-jesienne infekcje i zajmie swoje miejsce w ekosystemie, a my się do niego przyzwyczaimy, jak do świńskiej grypy, SARS czy MERS. Ja przekonałem się o tym na własnej skórze, i gdyby nie badania laboratoryjne i stan epidemii, w życiu nie spędziłbym trzech tygodni w pełnej izolacji w roli zakażonego „śmiercionośnym” wirusem. W dodatku, pracując zdalnie dużo intensywniej niż na co dzień. Wszystko wskazuje zresztą na to, że główną strategią naszych decydentów w walce z SARS-CoV-2 jest populacyjne przechorowanie choroby w warunkach kontrolowanej epidemii. Wysyłanie chorych do tak zwanej „izolacji domowej”, podczas której zarażają się kolejni członkowie rodziny, i pseudokwarantanny zbiorowe, niespełniające podstawowych wymogów prawdziwej kwarantanny medycznej, wskazują na to dobitnie. Nie pozostaje nam więc nic innego, jak żyć się z obecną sytuacją i zadbać o odpowiednie zabezpieczenie.

Właśnie na pozyskiwaniu środków ochrony osobistej skupiają dziś swoją działalność izby lekarskie. Na bieżąco rozchodzą się przyłbice własnej roboty i otrzymane od darczyńców. Rozdaliśmy już ponad 3000 przyłbic oraz 5000 maseczek z regionalnych szwalni. Materiały te trafiły zarówno do szpitali (im. Marciniaka, Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, szpitala brochowskiego, do Trzebnicy, Legnicy, Bogatyni, Strzelina), jak również do przychodni i indywidualnie zgłaszających się lekarzy i lekarzy dentyстів. Największa operacja przed nami: pierwsza część sprzętu zakupionego przez Fundację *Lekarze Lekarzom* jest już w izbach. Gdy ten numer „Medium” trafi do rąk Koleżanek i Kolegów, Dolnośląska Rada Lekarska będzie wreszcie dzielić sprzęt dla najbardziej potrzebujących. O naszym chińskim zakupie i perypetiach z nim związanych można by już napisać książkę. Ale to nie koniec, zakupy będą trwać dalej, choć rynek jest niezwykle trudny. Na najbliższym wirtualnym posiedzeniu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej podejmiemy decyzję o przesunięciach środków finansowych z poszczególnych komisji i funduszy na kolejne zakupy. Pamiętajmy, że bez naszego poświęcenia i ofiarności, kontrolowanej jednak rozsądkiem i postępowaniem zgodnym z medycyną opartą na wiedzy, skutki pandemii będą dla świata znacznie dotkliwsze...

Andrzej Wojnar



Co nowego w... medycynie

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/syringe-1884779/qimono



► KORONAWIRUS: BADANIA NAD SZCZEPIONKĄ W TOKU

W pierwszej połowie marca 2020 r. naukowcy z Seattle rozpoczęli rekrutację zdrowych ochotników do udziału w eksperymentalnym badaniu klinicznym nad szczepionką przeciwko koronawirusowi. Badanie otrzymało roboczy akronim „mRNA-1273”. Jeśli nawet szczepionka okaże się skuteczna, ocenia się, że na rynku może być dostępna najwcześniej za rok.

43-letnia Jennifer Haller z Seattle była pierwszym uczestnikiem badania, który otrzymał eksperymentalną dawkę szczepionki. Jest jedną z 45 młodych, zdrowych ochotników uczestniczących w eksperymencie. Protokół badania zakłada podanie dwóch zastrzyków w różnych dawkach w odstępie 28 dni.

Badacze zapewniają, że testowana szczepionka nie zawiera aktywnego wirusa i dlatego nie jest związana z ryzykiem infekcji wśród uczestników badania. Na obecnym etapie najważniejszym celem eksperymentu jest bowiem ocena ewentualnych skutków ubocznych szczepionki przez rozpoczęciem szerszych prób klinicznych. Nad szczepionką przeciwko koronawirusowi pracuje aktualnie kilkanaście grup badawczych na świecie. ■

Źródło: Voice of America, 2020

► PREDYSPOZYCJE GENETYCZNE DO ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM?

Zdaniem polskich naukowców potencjalnie większa podatność na zakażenia koronawirusem może być powiązana z określonym zestawem cech genetycznych u pewnych osób. Taki wniosek sugerują wyniki wcześniejszych badań. Dzięki nim wiadomo, że gen ACE2 zawiera wiele cech modulujących podatność na infekcję innymi typami koronawirusów: SARS-CoV i NL63. – Jednak zależności pomiędzy podatnością na zachorowanie i przebiegiem COVID-19 są nadal nieznane, konieczne są też kolejne badania – wyjaśnia dr hab. Mirosław Kwaśniewski, kierownik Centrum Bioinformatyki i Analizy Danych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Jak dodaje dr Paweł Gajdanowicz z Katedry i Zakładu Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, badania genetyczne i analizy asocjacyjne umożliwiły wykrycie związków

pomiędzy różnicami genetycznymi a podatnością na zakażenia takimi wirusami jak: HIV, HBV, HCV, wirus dengi, bakteriami wywołującymi gruźlicę, trąd, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz pasożytami wywołującymi malarię. – Dla przykładu, mutacja w genie kodującym receptor CCR5 czyni osoby mniej podatnymi na zakażenie HIV, a podobne zależności można mnożyć – tłumaczy dr Gajdanowicz.

Występowanie u danej osoby cech genetycznych i/lub wariantów genów determinuje nie tylko jej podatność na zakażenia, ale również reakcje na stosowane leki. Dlatego taka wiedza jest niezwykle istotna z punktu widzenia skuteczności terapii. ■

Źródło: Medexpress, 2020



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/dna-1811955/qimono

► BRAIN ATLAS: ZNAMY WSZYSTKIE BIAŁKA MÓZGU!

Międzynarodowy zespół naukowców opracował pionierskie zestawienie wszystkich obecnych w mózgu białek. W dodatku całą bazę danych udostępniono bezpłatnie wszystkim badaczom. To bezprecedensowe wydarzenie dla światowej nauki – donosi czasopismo „Science”.

Brain Atlas, bo tak nazywa się baza z informacjami o białkach produkowanych w różnych częściach mózgu, powstał na podstawie analiz 1,9 tys. próbek z 27 różnych rejonów mózgu i jest wynikiem wspólnie prowadzonych prac środowiska międzynarodowego pod kierunkiem naukowców z Instytutu Karolinska. Efekty projektu zostały włączone do tworzonego od 2003 r. systemu Human Protein Atlas („Atlas ludzkich białek”) prowadzonego przez Science for Life Laboratory w Szwecji. Komparatorami, z którymi porównano informacje uzyskane w badaniu, były dane na temat mózgów świń i myszy.

– Główny plan budowy mózgu jest podobny u różnych zwierząt, ale nowa mapa pokazuje także różnice między ludźmi, świniami i myszami – mówi kierujący programem prof. Matthias Uhlén z Instytutu Karolinska.

Badacze odkryli, że pod kątem struktury białkowej najbardziej wyróżnia się mózdzek. – Innym ciekawym odkryciem jest to, że różne komórki mózgu mają wyspecjalizowane białka – podobne do białek obecnych w innych narządach organizmu. Na przykład astrocyty – komórki, które oczyszczają pozakomórkowe



środowisko mózgu – mają wiele takich samych białek transportowych i enzymów metabolicznych jak filtrujące krew komórki wątroby – mówi główna autorka publikacji dr Evelina Sjöstedt. Z kolei analiza neuroprzekaźników odpowiedzialnych za komunikację między komórkami nerwowymi wykazała istotne różnice między badanymi gatunkami. – Różne molekularne składniki systemu neuroprzekaźników, szczególnie receptory reagujące na neuroprzekaźniki i neuropeptydy, różnią się u ludzi i myszy. Oznacza to, że z ostrożnością powinno się wybierać zwierzęta wykorzystywane jako model chorób psychicznych i neurologicznych – podkreśla współautor atlasu dr Jan Mulder. ■

Źródło: *Science*, 2020



► METODA FAUCS TAKŻE W POLSCE!

Olsztyńscy lekarze, jako pierwsi w Polsce, przeprowadzili zabieg cięcia cesarskiego tzw. metodą FAUCS (ang. French AmbUlatory Cesarean Section), nazywaną także porodem brzuszny.

Z perspektywy pacjentek metoda ta w zasadzie nie różni się od konwencjonalnego cięcia cesarskiego, lecz stanowi jego mniej bolesną wersję dla rodzącej. – Lekarz stosujący tę metodę porusza się w bardziej fizjologicznych warstwach miednicy mniejszej, a dziecko rodzi się co prawda przez nacięcie skóry brzucha, ale z wykorzystaniem parcia przez mamę i przy pełnej z nią współpracy, naśladującej niejako mechanizm porodu naturalnego. Powoduje to szybszy powrót do pełnej sprawności mamy, znacznie mniejsze dolegliwości bólowe, możliwość wcześniejszego wyjścia ze szpitala w stosunku do tradycyjnego cięcia cesarskiego, a przy okazji, jak się przypuszcza, może zmniejszyć liczbę późnych powikłań u dzieci – wyjaśnia dr hab. n. med. Tomasz Waśniewski, ordynator oddziału położ-

niczo-ginekologicznego w olsztyńskim szpitalu wojewódzkim.

Metoda FAUCS stosowana była dotychczas w niektórych ośrodkach we Francji i Izraelu, jednak z powyższych powodów wzbudza zainteresowanie lekarzy na całym świecie. – Patrzymy na nią z dużą nadzieją. Jeśli spełni pokładane w niej oczekiwania na zmniejszenie liczby powikłań po cięciu cesarskim, dolegliwości bólowych, skrócenie hospitalizacji, ale przede wszystkim poprawę zdrowia dzieci, będzie prawdopodobnie wypierać dotychczasowe techniki cięcia. Jednak w medycynie wszystko wymaga wieloletnich obserwacji i niewyciągania zbyt wczesnych wniosków – dodaje dr Waśniewski. ■

Źródło: UWM w Olsztynie, 2020



► COVID-19 DIAGNOZOWANY PRZEZ... SZTUCZNĄ INTELIGENCJĘ

Na fali rosnącej w skali globalnej liczby zakażeń z powodu koronawirusa naukowcy University of Massachusetts w Amherst opracowali przenośne urządzenie wykorzystujące sztuczną inteligencję, które zamienia odgłosy kaszlu i obrazy termowizyjne w dane przydatne do prognozowania występowania grypy i COVID-19 – poinformowało czasopismo *Proceedings of the Association for Computing Machinery on Interactive, Mobile, Wearable and Ubiquitous Technologies*.

Opracowane urządzenie o nazwie FluSense to w rzeczywistości nowa platforma obliczeniowa przeznaczona docelowo do użytku w placówkach opieki zdrowotnej i przestrzeni publicznej. Technologia przetwarza informacje z niedrogiego zestawu mikrofonów oraz dane termowizyjne za pomocą miniaturowego komputera Raspberry Pi i silnika przetwarzania neuronowego. Na ich podstawie porównuje uzyskane dane do opracowanego wcześniej laboratoryjnego modelu kaszlu. Z kolei odpowiednio „wytrenowana” sieć neuronowa ustala graficzne wyznaczniki na obrazach termicznych przedstawiających ludzi oraz ich zlicza. Dzięki temu urządzenie można wykorzystać do prognoz występowania sezonowej grypy i innych chorób wirusowych atakujących drogi oddechowe, takich jak COVID-19 lub SARS. – To pozwala nam znacznie dokładniej przewidywać trendy dotyczące grypy, zbudować modele predykcyjne na poziomie populacji – mówi prof. Tauhidur Rahman.

Od grudnia 2018 r. do lipca 2019 r. platforma zgromadziła i przeanalizowała ponad 350 tys. obrazów termicznych i 21 mln próbek dźwięku (bez mowy) z miejsc publicznych. Naukowcy odkryli, że dzięki ich technologii można dokładnie przewidzieć dzienny wskaźnik występowania chorób w klinice uniwersyteckiej. ■

Źródło: IMWUT, 2020

Opracował Mariusz Kielar



COVID-19:

Na stronie internetowej Amerykańskiej Akademii Otolaryngologicznej opublikowano informację, że zwiększająca się liczba niepotwierdzonych jeszcze danych może sugerować występowanie utraty lub pogorszenie węchu (anosmia) i smaku (ageuzja) u zainfekowanych pacjentów bez stwierdzonych innych objawów choroby.

Koronawirus – teorie i hipotezy

Na początku narastającego zagrożenia epidemicznego, które w stosunkowo krótkim czasie zostało uznane za pandemię, światową opinię publiczną elektryzowały rozmaite teorie i hipotezy próbujące dociec prawdy o źródle oraz sposobach przenoszenia się koronawirusa. Na fali tych domysłów pojawiły się m.in. spekulacje zakładające, że patogen powstał w warunkach laboratoryjnych, a tym samym był wytworem bioinżynierii. Międzynarodowe grono badaczy, do których należał immunolog i biolog molekularny prof. Kristian G. Andersen wraz ze współpracownikami – prof. Andrew Rambautem z Uniwersytetu Edynburskiego, prof. W. Ianem Lipkinem ze Szkoły Zdrowia Publicznego Mailmana na Uniwersytecie Kolumbia, prof. Edwardem Holmesem z Uniwersytetu w Sydney oraz dr. Robertem Garrym z Uniwersytetu Tulane’a w Nowym Orleanie, przeanalizowali dane zsekwencjonowanego genomu SARS-CoV-2 w celu odczytania z nich pochodzenia i ewolucji wirusa. Wyniki swojej analizy opublikowali następnie na łamach „Nature Medicine” przekonując, że domeny wiążące SARS-CoV-2 są wynikiem naturalnej selekcji, a nie produktem celowej manipulacji.

Fot. z archiwum autora

► **MARIUSZ
KIELAR**

Pracownik naukowy Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (Zakład Medycznych Systemów Informatycznych, Instytut Zdrowia Publicznego), pasjonat nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w opiece zdrowotnej, dziennikarz medyczny, muzyk

NOWINKI ZE ŚWIATA PANDEMII

Od kilku miesięcy, każdego dnia, jesteśmy włączeni w cykl życia koronawirusa. W wartkim potoku codziennych newsów i statystyk na temat trwającej pandemii trudno jednak wyłowić najciekawsze informacje pozwalające lepiej zrozumieć nową rzeczywistość, w której nagle przyszło nam żyć.

Równocześnie naukowcy nakreślili dwa możliwe scenariusze źródła i sposobu rozprzestrzeniania się koronawirusa na masową skalę. Pierwszy zakłada, że wirus ewoluował u gospodarza zwierzęcego, a następnie przeniósł się na człowieka. Tak właśnie było w przypadku pochodzącego od łaskunów wirusa SARS (ang. severe acute respiratory syndrome, ciężki ostry zespół oddechowy) odpowiedzialnego za epidemię w 2003 r., a także pochodzącego od wielbłądów wirusa MERS (ang. middle east respiratory syndrome, bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej) wyizolowanego po raz pierwszy od chorego w 2012 r. w szpitalu w Dżeddzie.

W przypadku pierwszych zachorowań na COVID-19 wiele tropów prowadziło do rynku Huanan w chińskim mieście Wuhan. Z kolei drugi zaproponowany przez badaczy scenariusz przyjmuje ewolucję patogenu na człowieku po wcześniejszej transmisji ze zwierzęcego gospodarza na pierwszego ludzkiego nosiciela. Zdaniem uczonych na taką właśnie możliwość może wskazywać podobieństwo występujących na powierzchni wirusa SARS-CoV-2 białek „otwierających” do poznanych wcześniej wirusów ptasiej grypy.

Cel – rozpoznać przeciwnika

W tym trudnym czasie największe nadzieje pokłada się w możliwie najszybszym opracowaniu skutecznej terapii oraz szczepionki przeciwko pandemicznemu wirusowi. Takie próby podejmowane są przez międzynarodowe zespoły badawcze na całym świecie. Prace nad szczepionką przeciwko koronawirusowi rozpoczęły się w styczniu bieżącego roku wraz z udostępnieniem przez Chińczyków informacji o kodzie genetycznym wirusa. W ciągu niespełna dwóch miesięcy środki na badania nad szczepionką chroniącą przed chorobą COVID-19 wywoływaną przez wirusa SARS-CoV-2 wzrosły do 2 miliardów dolarów. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

Tekst Mariusz Kielar

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/envato-4966947/15734951

fundusze są podzielone na dwadzieścia osobnych programów badawczych prowadzonych na całym świecie. W tak krótkim czasie kilka laboratoriów zdążyło opracować nawet prototypy szczepionki testowane obecnie na zwierzętach.

Zanim jednak dostępna będzie szczepionka i możliwe efektywne leczenie COVID-19, zespoły badawcze oraz lekarze z całego świata próbują intensywnie, możliwie szybko i precyzyjnie rozpoznać oraz nauczyć się jak najwięcej cech swojego nowego, nieznanego wcześniej przeciwnika. Im więcej wiemy na temat typologii i objawów diagnostycznych koronawirusa, tym szybciej można wdrożyć możliwie najbardziej odpowiednie w danej sytuacji postępowanie.

Patogen zaskakuje

Naukowcy z Uniwersytetu Chińskiego w Hongkongu po przebadaniu ok. trzystu próbek krwi, śliny, wydzielin z nosa i dolnych dróg oddechowych oraz moczu i kału pobranych od czternastu pacjentów z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem u trzech z nich wykryli koronawirusa w stolcu przy braku jego obecności w próbkach innych wydzielin ani we krwi. – Możemy to wykorzystać w próbach wykrywania zakażeń, zwłaszcza w łagodnych przypadkach, gdy nie ma objawów – powiedział kierujący badaniem Paul Chan. Naukowiec zauważył także drugą stronę medalu odkrycia swojego zespołu: obecność patogenu w stolcu oznacza dodatkowe ryzyko szerzenia się epidemii. – Na przykład, gdy ludzie chodzą do toalety i nie przestrzegają zasad higieny, istnieje duża szansa na rozprzestrzenianie się wirusa.

Zespół badawczy chińskich specjalistów po analizie danych zebranych wśród 203 pacjentów z potwierdzonym laboratoryjnie zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 doszedł do bardziej ogólnego wniosku: częste u pacjentów z COVID-19 są objawy ze strony układu pokarmowego, w tym biegunka. Bliższa połowa (48,5%) badanych skarżyła się na objawy ze strony układu pokarmowego, takie jak jadłowstręt (84%), biegunka (ponad 29%), wymioty (0,8%) oraz ból brzucha (0,4%).

Okazuje się, że COVID-19 może objawiać się także mniej specyficznymi dolegliwościami, niż dotychczas sądzono. Na stronie internetowej Amerykańskiej Akademii Otolaryngologicznej opublikowano informację, że zwiększająca się liczba niepotwierdzonych jeszcze danych może sugerować występowanie utraty lub pogorszenie węchu (anosmia) i smaku (ageuzja) u zainfekowanych pacjentów bez stwierdzonych innych objawów choroby. Do podobnego wniosku doszli autorzy badania przeprowadzonego w Korei Południowej na dwóch tysiącach osób – wykazali oni, że ok. 30% pacjentów z pozytywnym wynikiem testu na obecność koronawirusa zgłosiło w wywiadzie wystąpienie anosmii jako objawu dominującego. O tym, że patogen nieprzerwanie zaskakuje czymś nowym, może świadczyć np. włączenie na listę symptomów zakażenia koronawirusem zapalenia spojówek.

COVID-19 a tomografia

Jeszcze w lutym br. badacze z Chin udokumentowali i opublikowali w czasopiśmie „Radiology” najważniejszy wniosek ze swoich badań – tomografia komputerowa klatki piersiowej pozwala na wykrycie COVID-19 u osób z klinicznym podejrzeniem zakażenia koronawirusem i to nawet przy negatywnym teście genetycznym. Obecnie za pomocą tomografii komputerowej bez kontrastu diagnozuje się COVID-19 na całym świecie. Klinicznym wyznacznikiem rozpoznania infekcji jest zestaw charakterystycznych zmian zapalnych o obrazie radiologicznym zwany „matową szybą”. Są one stwierdzane najczęściej w oby-

dwu płucach pod opłucną. Zmiany te powstają w efekcie częściowego wypełnienia pęcherzyków płucnych złuszczonej komórkami nabłonkowymi uszkodzonymi przez układ odpornościowy w trakcie walki z wirusem. Takie obszary „matowej szyby” mogą ulegać następowemu zagęszczeniu (tzw. konsolidacji), mogą również powoli zniknąć lub przekształcać się w bliższy miąższu płucnego.

Koronawirus może się ponownie reaktywować?

Szczęściem w nieszczęściu pandemii koronawirusa mogą być dość liczne przykłady osób, u których udało się pokonać infekcję czyli tzw. ozdrowieńcy. O całkowitym wyleczeniu z COVID-19 mówi się wówczas, gdy dwa testy przeprowadzone w odstępie 24 godzin pokazują negatywny wynik na obecność koronawirusa SARS-CoV-2, a tym samym potwierdzają negatywny status wirusowy badanej osoby. Jak wynika jednak z badania dr Lixin Xie z College of Pulmonary and Critical Care Medicine Chinese PLA General Hospital w Pekinie oraz dr Loksha Sharma z Yale School of Medicine przeprowadzonego z udziałem szesnastu pacjentów z COVID-19 o łagodnym przebiegu leczonych w Pekinie między 28 stycznia a 9 lutego 2020 r. u połowy z nich koronawirus w formie zakaźnej nadal był obecny nawet do ośmiu dni po ustąpieniu objawów. Doniesienie zostało opublikowane na łamach internetowej wersji czasopisma „American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine”. Co więcej, według południowokoreańskiego Centers for Disease Control and Prevention u pacjentów wyleczonych z COVID-19 koronawirus może się ponownie reaktywować. – Było wiele przypadków, kiedy wynik testu pacjenta podczas leczenia jednego dnia był negatywny, a drugiego: pozytywny – zaznaczył Jeong Eun-kyeong, dyrektor generalny koreańskiego CDC. Trwają badania mające ustalić, co jest przyczyną ponownego zachorowania na COVID-19 w tej grupie osób. Jedną z hipotez zgłaszanych przez część ekspertów jest niespójność w wykonywanych testach.

Jakby tego było mało inne zespoły badawcze donoszą, że COVID-19 niesie ze sobą liczne powikłania obejmujące nie tylko płuca, ale również serce, mózg, a także nerki osoby zakażonej. Na skutek infekcji koronawirusem dochodzi do wielonarządowego ataku na organizm człowieka, co potwierdziły już m.in. badania wykonane przez naukowców z Chin, USA i Wielkiej Brytanii. Tym samym konsekwencje przechorowania COVID-19 mogą być odczuwalne nawet po wyleczeniu pacjenta, zaś wielu pacjentów nie będzie już mogło powrócić do pełni zdrowia. Eksperci uważają także, że znaczna liczba osób po przebytej niewydolności oddechowej nie będzie również mogła ponownie pracować.

COVID-19 a otyłość

W ostatnich tygodniach specjaliści zwrócili uwagę na kolejny czynnik w populacji osób zakażonych koronawirusem: otyłość. – Zakażenie jest najbardziej ryzykowne u osób z otyłością, są oni bardziej narażeni na powikłania – przekonuje doradca francuskiego rządu w sprawach epidemii prof. Jean-Francois Del-fraissy podkreślając, że nawet ludzie młodzi, ale otyli, znajdują się w grupie większego ryzyka powikłań ze strony COVID-19.

Na froncie walki

Chcąc nie chcąc, wszyscy jesteśmy dziś na globalnym froncie walki z pandemią zakażeń koronawirusem. I jak to na froncie bywa, każdego dnia otrzymujemy nowe depeche o liczebności, strukturze oraz przegrupowaniach sił przeciwnika. Droga do zwycięstwa w tej nierównej walce z pewnością będzie wymagała od nas jeszcze bardziej spójnej strategii i skuteczniejszej taktyki postępowania niż dotychczas. ■

W POSZUKIWANIU LEKU NA KO

Zespoły naukowe z całego świata dwoją się i troją, by znaleźć środek, który wyleczy ludzi chorych na COVID-19. Wielkie nadzieje są związane ze środkami już używanymi w przypadku innych schorzeń. W tych poszukiwaniach skutecznego leku na pandemię aktywnie uczestniczy wielu dolnośląskich naukowców związanych z medycyną.

Minął pierwszy szok związany z wybuchem pandemii. Świat zaczyna bardzo powoli wracać na normalne tory, z których brutalnie wytrącił go nowy wirus. Mniej lub bardziej sprawnie działają medyczne procedury. Obok wciąż rosnącej liczby nowych zakażeń i zgonów, rośnie też, na szczęście, liczba wyleczonych. Najważniejszym celem jest teraz szczepionka przeciwko SARS-CoV-2 i wynalezienie leku bądź zestawu leków, który będzie skutecznie zwalczał chorobę wywołaną przez SARS-CoV-2. Poszukiwania trwają m.in. we Wrocławiu w szpitalu jednoimiennym przy ul. Koszarowej, który jest jedną z trzech placówek tego typu na Dolnym Śląsku. Leczeniem chorych kieruje tam prof. Krzysztof Simon, ordynator 1. Oddziału Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Jak mówi, farmakoterapia zależy przede wszystkim od etapu choroby. Najpierw chodzi o profilaktykę, czyli o to, aby nie dopuścić do rozwoju bardziej zaawansowanych stadiów choroby. Jeśli jednak COVID-19 przechodzi w fazę zaawansowaną, wtedy lekarze koncentrują się na tym, aby nie dopuścić do niewydolności oddechowej, krążeniowo-oddechowej i w efekcie wielonarządowej.

– Pierwszą propozycją terapii, kiedy walczymy o to, aby nie dopuścić do pojawienia się objawów klinicznych zakażenia, jest być może ta przy pomocy chlorochiny – mówi prof. Simon. – Preparat podaje się osobom zakażonym, ale klinicznie zdrowym, a więc niemającym żadnych symptomów choroby. Oczywiście, jeśli wyrażą na to zgodę. Prawdopodobnie chlorochina (takie są najnowsze opinie na temat tego leku, które ciągle się zmieniają) nie ma działania przeciwwirusowego, jednak ma działanie przeciwzapalne. I to jest kluczowe – podkreśla. Pacjenci leczeni w ten sposób nie muszą przebywać w szpitalu, wymagają izolacji w domu lub w izolatorium. Do tego wątku wrócimy w dalszej części tekstu.

Kiedy pojawiają się objawy kliniczne, chorzy trafiają do szpitala, gdzie są uważnie monitorowani i leczeni. – Pacjentom z zapaleniem płuc, którzy nie wymagają wsparcia oddechowego, podajemy leki, które mogą wpływać na wirus, wiremę (ilość wirusa w jednym mililitrze krwi) i na jego mnożenie się. W tym celu używamy kalety, to jest lek na HIV, z rybawiryną (na wirusy RNA) albo kalety z chlorochiną, czasem każdy z nich oddzielnie. Nie zawsze pacjenci tolerują wszystkie te specyfiki. Jeśli mają inne choroby, czasami zachodzą interakcje z lekami, które biorą w związku z innymi schorzeniami – wyjaśnia zakaźnik. – Musimy więc tak dobierać każdej z osób terapię, aby nie nastąpiły u niej interakcje pomiędzy substancjami, i aby one się wzajemnie nie wykluczały.

Jaka będzie ostateczna skuteczność tych terapii (wyniki obserwacji badaczy chińskich i włoskich są zróżnicowane), jednoznacznie trudno powiedzieć. – Podajemy również oseltamiwir, ponieważ u szeregu osób nie można wykluczyć nadkażenia wirusami grypy, jak i antybiotyki (schemat z udziałem azitromycyny)

z uwagi na duże ryzyko nadkażenia bakteryjnego – dodaje ordynator. – U każdego stosujemy różnorodne formy tlenoterapii.

Nie ma jednego modelu terapii. – Jeśli pacjent przechodzi w stan wysiewu cytokin (CRS – cytokine release syndrom), wtedy stosujemy tocilizumab – bloker interleukiny-6. Lek jest drogi, a i nasze doświadczenia z nim są mniejsze, ale ten sposób terapii rozszerzamy, a od 24 kwietnia stosujemy budzący duże nadzieje Remdesivir. Oczywiście w tym stanie zaawansowania większość tych chorych niestety już jest prowadzona w ramach oddziału intensywnej terapii medycznej, gdzie swą sztuką terapeutyczną zajmują się koledzy intensywiści/anestezjolodzy – mówi prof. Simon.

Stosowane w jednoimiennym szpitalu we Wrocławiu leki przynoszą nieraz spektakularne efekty, także u seniorów i pacjentów z innych grup ryzyka. Jest szereg ozdrowieńców, którzy przechorowali COVID-19 i wychodzą z niego, w tym duża grupa osób z ciężkimi chorobami hematologicznymi czy nowotworami. – Ostatnio szpital opuściło kilka skutecznie wyleczonych bardzo wiekowych osób. Może choroba miała u nich naturalnie łagodniejszy przebieg – mniejsze wyjściowe inokulum wirusa, jeszcze sprawny układ odpornościowy? – mówi ordynator z Koszarowej. – Oczywiście, nie wszyscy z grupy wzmożonego ryzyka zdrowieją, niemniej jednak duża część pacjentów, którzy źle rokowali na podstawie doniesień światowych i uważnej analizy klinicznej, przeżywa.

Największe nadzieje medyczny świat wiąże z lekiem o nazwie Remdesivir, produkowanym przez firmę Gilead, która przysłała go do badań m.in. kilku ośrodkom w Polsce. W ramach badania klinicznego terapię dla 10 pacjentów otrzymał Oddział Zakaźny Kliniczny/Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii. – To jest preparat ściśle przeciwwirusowy, który był testowany w eboli i tam się nie sprawdził, co nie znaczy, że nie sprawdzi się w leczeniu COVID-19. Czy tak będzie? Nie wiem. Mamy go podawać pacjentom w zaawansowanym stanie choroby, z niewydolnością krążeniowo-oddechową – mówi prof. Krzysztof Simon i dodaje, że z jego punktu widzenia to trochę za późno. – Wolałbym go stosować na wcześniejszych etapach choroby, gdy następuje intensywna replikacja wirusa, aby nie dopuszczać do ciężkiego zapalenia płuc, ale na tej zasadzie program został zarejestrowany w Polsce i musimy się do niego zastosować.

Dlaczego Remdesivir wydaje się tak skuteczny? – Ma on mieć konkretne działanie przeciwwirusowe, hamuje enzym wirusowy RNA polimerazę zależną od RNA i w ten sposób utrudnia replikację – wyjaśnia prof. Brygida Knysz, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – Badania *in vitro*, na zwierzętach i na ochotnikach wykazały, że działa. Obecnie trwają badania kliniczne na ludziach, których celem jest ocena skuteczności i bezpieczeństwa leku w różnych fazach choroby, a więc są chorzy, którzy Remdesivir już otrzymali. Na wyniki badań klinicznych trzeba będzie jeszcze trochę poczekać.

Ogólnopolski program badania wpływu chlorochiny

Oprócz terapii stosowanych u pacjentów hospitalizowanych, we Wrocławiu ruszył ogólnopolski program badania wpływu chlorochiny na zapobieganie lub zmniejszenie ciężkich powikłań płucnych w przebiegu zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Pierwsi pacjenci już zostali zakwalifikowani. W projekcie biorą udział naukowcy z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu: pod nadzorem p.o. rektora prof. Piotra Ponikowskiego – prof. Brygida Knysz, prof. Ewa Jankowska, prof. Leszek Szenborn i prof. Krzysztof Simon. – Muszę tu wspomnieć o udziale wielu lekarzy specjalistów chorób zakaźnych z mojej Kliniki – mówi prof. Knysz. – Równie zaangażowany jest personel medyczny z zespołów prof. Leszka Szenborna i prof. Ewy Jankowskiej. Takie badanie wymaga pracy całego sztabu ludzi, również niemedyków. Pacjenci zakwalifikowani do badania to osoby przechodzące zakażenie bezobjawowo lub skąpoobjawowo i przebywające w domu albo w izolatorium. Dostaną sprzęt do monitorowania najważniejszych funkcji życiowych (termometr, ciśnieniomierz, urządzenie do pomiaru saturacji). Wyniki pomiarów będą przekazywać na bieżąco do uniwersyteckiego centrum telemedycznego.

– Przeciwwirusowe i przeciwzapalne właściwości chlorochiny są znane od kilkudziesięciu lat. W związku z jej działaniem immunomodulującym znalazła zastosowanie w reumatologii, m.in. w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów. Jest stosowana także w leczeniu malarii – mówi prof. Brygida Knysz. – W chorobie COVID-19 o ciężkim przebiegu podstawą zmian narządowych jest niekontrolowana, nadmierna, nieprawidłowa reakcja zapalna, która rozwija się powoli od samego początku. W pewnym momencie już nie sam wirus, ale nasze mechanizmy immunologiczne są odpowiedzialne za to, co się dzieje w organizmie, m.in. w płucach, sercu, nerkach, wątrobie. Z tego powodu pojawiła się myśl, by zastosować chlorochinę albo hydroksychlorochinę u pacjentów z zakażeniem SARS-CoV-2.

Nikt nie oczekuje – jak dodaje pani profesor – że preparat wyeliminuje wirus. To się na pewno nie wydarzy. Chodzi o jego działanie przeciwwirusowe na etapie wnikania wirusa do komórki i o działanie przeciwzapalne. – Chcemy sprawdzić, czy chlorochina powstrzyma rozwój procesu zapalnego i czy sprawi, że choroba będzie przebiegała w sposób łagodny, czy nie dojdzie do rozwoju objawów, które spowodują, że pacjent będzie musiał być hospitalizowany – wyjaśnia.

Profesor Knysz zauważa, że pomysł na stosowanie chlorochiny w walce z koronawirusem nie jest nowy. Już w 2004 roku w odniesieniu do SARS przeprowadzono badania in vitro, które potwierdziły przeciwwirusowe działanie tego preparatu. – Jego podawanie wymaga jednak ścisłego monitorowania pod kątem działań niepożądanych, zwłaszcza kardiologicznych – wyjaśnia zakaźniczka. Agencja Żywności i Leków, FDA (Food and Drugs Administration) wydała 24 kwietnia oświadczenie na ten temat, zwracając uwagę na działania niepożądane. Dlatego ważne »



Fot. z archiwum KŚ.

Tekst Agata Grzełińska

9 kwietnia prezydent Wrocławia Jacek Sutryk, w swoim popołudniowym wystąpieniu w mediach społecznościowych, poinformował, że za wkład w walkę z epidemią koronawirusa w tym roku uhonoruje swoją nagrodą prof. Krzysztofa Simona (a nagrodą Wrocławia prof. Marcina Drągą, pracownika naukowego Politechniki Wrocławskiej). Wyróżnienia wręczane były dotąd 24 czerwca podczas uroczystości z okazji Święta Wrocławia w dniu patrona miasta św. Jana Chrzciciela. Jeszcze nie wiadomo, jak święto będzie obchodzone w tym roku, wszystko zależy od sytuacji epidemicznej w Polsce.

”

Największe nadzieje medyczny świat wiąże z lekiem o nazwie Remdesivir, produkowanym przez firmę Gilead, która przysłała go do badań m.in. kilku ośrodkom w Polsce. W ramach badania klinicznego terapię dla 10 pacjentów otrzymał I Oddział Zakaźny Kliniczny/Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii. – To jest preparat ściśle przeciwwirusowy, który był testowany w eboli i tam się nie sprawdził, co nie znaczy, że nie sprawdzi się w leczeniu COVID-19. Czy tak będzie? Nie wiem. Mamy go podawać pacjentom w zaawansowanym stanie choroby, z niewydolnością krążeniowo-oddechową – mówi prof. Krzysztof Simon i dodaje, że z jego punktu widzenia to trochę za późno. – Wolałbym go stosować na wcześniejszych etapach choroby, gdy następuje intensywna replikacja wirusa, aby nie dopuszczać do ciężkiego zapalenia płuc, ale na tej zasadzie program został zarejestrowany w Polsce i musimy się do niego zastosować.

“

jest stosowanie leku w rygorze badania klinicznego.

Najczęstsze w COVID-19 są powikłania płucne, w tym ciężkie śródmiąższowe zapalenie płuc. Jednak istotna część zgonów z powodu ciężkiego przebiegu tej choroby następuje w wyniku powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego. Profesor Ewa Jankowska, kierownik Samodzielnej Pracowni Badań Układu Krążenia w Katedrze Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu podkreśla, że w chorobie COVID-19 uruchamia się wiele patomechanizmów immunologicznych, dochodzi też do rozwoju bardzo gwałtownych procesów zapalnych, dysfunkcji śródnabłonka i koagulopatii.

– Te mechanizmy mogą uczestniczyć w patogenezie różnego rodzaju chorób sercowo-naczyniowych, włącznie z zapaleniem mięśnia sercowego. Możliwe też, że sam wirus działa toksycznie na serce – mówi kardiolog.

Chlorochina jest stosowana od dekad u pacjentów z malarią, z amebiozą i u osób z chorobami reumatycznymi. Są dane wskazujące, że przewlekłe stosowanie chlorochiny u chorych z chorobami autoimmunologicznymi zmniejsza ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych w obserwacji wieloletniej.

Należy pokreślić, że nie ma wiarygodnych danych, które wskazywałyby na skuteczność i bezpieczeństwo chlorochiny u chorych z COVID-19. Chinidyna (ale nie chlorochina) jest

lekiem antyarytmicznym o udowodnionym działaniu wydłużającym odstęp QT. Dlatego tak ważne jest przeprowadzenie badania, które jednoznacznie nam odpowie, czy chlorochina zastosowana na wczesnych etapach infekcji koronawirusem zapobiega rozwojowi powikłań płucnych i czy zastosowana w takim wskazaniu jest bezpieczna. Chcemy to sprawdzić, dlatego do naszego badania włączamy też monitorowanie odstępu QT w EKG w warunkach izolacji domowej czy w izolatorium.

Kilka dni temu świat obiegła informacja, że w Brazylii przeprowadzono testy kliniczne po tym, jak 11 osób chorych na skutek zakażenia koronawirusem, którym podawano duże dawki chlorochiny, zmarło na skutek arytmii serca. Zarówno prof. Ewa Jankowska, jak i prof. Brygida Knysz twierdzą, że do tego typu wiadomości należy podchodzić racjonalnie.

– Należy podkreślić, co stwierdzili Brazylijczycy. Poważne arytmie komorowe odnotowano u kilkunastu osób w ciężkich stadiach COVID-19, przebywających na oddziałach intensywnej terapii, leczonych koktajlem wielu silnie działających leków, w tym leków antywirusowych, antybiotyków i chlorochiny w bardzo wysokich dawkach. W takich przypadkach niemożliwe jest jednoznaczne stwierdzenie, co spowodowało zgon. U tych pacjentów było kilka potencjalnie silnych czynników, które mogły doprowadzić do zaburzenia rytmu serca – mówi specjalistka kardiologii.

Profesor Knysz dodaje, że w kontekście SARS-CoV-2 na świecie bada się jeszcze inne leki o działaniu przeciwwirusowym. W fazie badań klinicznych jest zarejestrowany w Japonii i w USA fawipirawir wykorzystywany dotychczas do leczenia ciężkich postaci grypy.

Inny specyfik to tocilizumab, który hamuje mediatory zapalenia poprzez blokowanie receptora dla interleukiny-6. Stosuje się go w reumatologii i hematologii w określonych sytuacjach klinicznych. Znajduje też zastosowanie w terapii osób zakażonych SARS-CoV-2, gdy choroba ma ciężki przebieg, kiedy dominują objawy związane z tzw. burzą cytokinową. Kolejne leki o podobnym mechanizmie działania są w trakcie badań.

Niewykluczone też, że oprócz prób stosowania inhibitora proteazy HIV – lopinawiru/rytonawiru zastosowanie w leczeniu COVID-19 znajdą inne leki antyretrowirusowe działające w oparciu o inne mechanizmy. Na podstawie dotychczasowych obserwacji nie uzyskano jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy lopinawir/rytonawir jest skuteczny w leczeniu pacjentów z COVID-19.

Osocze ozdrowieńców

Kolejną bronią do walki z COVID-19 jest surowica ozdrowieńców. Jak tłumaczy prof. Andrzej Gładysz, były wieloletni konsultant krajowy ds. chorób zakaźnych, jest to forma terapii sprawdzona kilkadziesiąt lat temu, kiedy się używało immunoglobuliny od ozdrowieńców przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, także temu będącemu powikłaniem po terapii hematologicznej, tężcowi, wściekliznie, a współcześnie przeciwko eboli. – Osocze podaje się osobie, która ma krytyczny stan zapalny i z różnych powodów nie jest zdolna wytworzyć własnych przeciwciał, żeby ten stan zapalny zahamować. Gotowe przeciwciała podane z zewnątrz blokują, neutralizują wirusa, utrudniając mu postępujące namnażanie się w tym wypadku w tkance płucnej – wyjaśnia. – Ta metoda nie daje stuprocentowej ochrony, ale 70–80-procentowa ochrona jest już moim zdaniem sukcesem nie do zlekceważenia.

Profesor Knysz przywołuje badania oceniające skuteczność osocza ozdrowieńców u chorych na COVID-19. U pacjentów po przebytym zakażeniu SARS-CoV-2 można stwierdzić obecność

przeciwciał m.in. neutralizujących, które prawdopodobnie mają znaczenie ochronne. Podanie tych przeciwciał osobom z SARS-CoV-2 może hamować zakażenie komórek gospodarza.

Jak dodaje prof. Gładysz, w tej formie leczenia istotne jest stężenie przeciwciał. Ciągłe jest ona w fazie eksperymentalnej, dlatego że nie wiemy jeszcze, jakie stężenie przeciwciał będzie skuteczne dla zahamowania procesu zapalnego. Czy wystarczy na przykład 10, 100, a może 1000 jednostek międzynarodowych w mililitrze przetoczonej immunoglobuliny, nie wiemy jeszcze, czy potrzebna będzie wyższa czy niższa wartość tego stężenia do skutecznego leczenia. To m.in. bada zespół naukowców Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod kierunkiem prof. Grzegorza Mazura. Celem rozpoczętego w stolicy Dolnego Śląska projektu jest też ocena różnicy w odpowiedzi serologicznej u ozdowieńców, którzy przebyli zakażenie SARS-CoV-2 bezobjawowo i tych z objawami klinicznymi COVID-19.

27 marca osocze oddał wrocławski „pacjent zero”, który trafił do szpitala przy ul. Koszarowej 6 marca. – Jeżeli moja krew, moje osocze mogą komuś pomóc, to zdecydowałem się je oddać. Może moje osocze uratuje komuś życie – mówi 26-latek, który chce pozostać anonimowy.

Profesor Andrzej Gładysz dodaje, że leczenie osoczem niesie tylko jedno ryzyko: – Immunoglobulina pochodzenia ludzkiego wymaga bardzo starannego przebadania mikrobiologicznego, by uchronić chorego przed zakażeniem innym współistniejącym patogenem, który może być bardziej niebezpieczny niż koronawirus, którego chcemy nią zahamować.

Kiedy szczepionka?

Z odpornością populacyjną nierozzerwalnie wiąże się kwestia szczepionki. Profesor Andrzej Gamian, kierownik Zakładu Immunologii Chorób Zakaźnych w Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. Ludwika Hirszfelda we Wrocławiu poinformował na łamach „Gazety Wrocławskiej” (21 kwietnia), że jego zespół rozpoczyna pracę nad szczepionką przeciwko SARS-CoV-2 i że „jeszcze w tym tygodniu” składa w tej sprawie wnioski. Kiedy i w jakim zakresie projekt ruszy, zależy m.in. od tego, czy i jakie fundusze zostaną na ten cel przyznane.

Nadzieję na szybkie wynalezienie szczepionki ma prof. Brygida Knysz. Jej zdaniem może się to stać znacznie szybciej, niż się spodziewamy, dlatego że prace ruszyły na całym świecie. – Mamy jako ludzie duże możliwości warsztatowe. Szczepionka może być wynaleziona wcześniej niż w ciągu kilkunastu miesięcy. Pracują nad nią wielkie firmy mające duże doświadczenie w opracowywaniu szczepionek – wyjaśnia pani profesor. Jak dodaje, wirus jest już rozłożony na czynniki pierwsze. Wiemy, które jego fragmenty są konserwatywne, tzn. co by się nie działo, one się nie zmieniają. Znamy genom tego wirusa i rolę poszczególnych jego elementów. – Na tej podstawie oparte są testy molekularne, które stosujemy na co dzień. Firma Moderna, która prowadzi w Seattle pierwszą fazę badań szczepionki, oparła ją na fragmencie materiału genetycznego tego wirusa – mówi szefowa Katedry Chorób Zakaźnych. – Podstawy są, teraz najważniejsza kwestia nie dotyczy tego, czy szczepionka będzie działała, ale czy uda się wyprodukować taką, która będzie skuteczna, pobudzi produkcję przeciwciał, i która będzie bezpieczna. Bezpieczeństwo jest elementem kluczowym.

W tym tekście zostały wymienione tylko niektóre leki i pomysły na profilaktykę i leczenie. Na świecie toczy się bardzo wiele badań, których celem jest wynalezienie skutecznego leczenia. Profesor Knysz uważa, że ostatecznie będziemy w posiadaniu wielu takich preparatów.

W stronę zbiorowej odporności?

Zastosowanie do leczenia osocza ozdowieńców prowokuje do zadania kolejnego pytania: czy jako populacja nabywamy już odporności? Profesor Brygida Knysz tłumaczy, że w trakcie choroby albo przechodzenia zakażenia bezobjawowo rozwija się reakcja immunologiczna organizmu wyrażająca się produkcją przeciwciał, czyli właśnie odporność. – Zakładamy, że przeciwciała powinny warunkować odporność. W oparciu o wyniki badań na zwierzętach można przyjąć, że odporność rozwija się. Zakażenie makaków SARS-CoV-2 spowodowało rozwój objawów. Po ustąpieniu choroby ponowne podanie wirusa nie wywołało zakażenia lub zakażenie o bardzo lekkim przebiegu. To oznacza nabycie odporności.

”
W chorobie COVID-19 o ciężkim przebiegu podstawą zmian narządowych jest niekontrolowana, nadmierna, nieprawidłowa reakcja zapalna, która rozwija się powoli od samego początku. W pewnym momencie już nie sam wirus, ale nasze mechanizmy immunologiczne są odpowiedzialne za to, co się dzieje w organizmie, m.in. w płucach, sercu, nerkach, wątrobie. Z tego powodu pojawiła się myśl, by zastosować chlorochinę albo hydroksychlorochinę u pacjentów z zakażeniem SARS-CoV-2.
“

Pytanie, czy to samo zjawisko będzie dotyczyć ludzi, czy będzie to odporność na całe życie, czy też po pewnym czasie zniknie? Tego nie wiemy, ale w przypadku wirusa SARS z 2002 roku, który jest bardzo podobny, wykazano obecność przeciwciał do 2 lat od zakażenia. Być może podobnie będzie w odniesieniu do SARS-CoV-2 i tego powinniśmy sobie życzyć.

Profesor Andrzej Gładysz przywołuje najnowszą informację z *The New England Journal of Medicine*, że ponad 80 procent populacji przechodzi zakażenie koronawirusem bezobjawowo, dzięki czemu wytwarzając przeciwciała, przyczynia się do wytworzenia tzw. środowiskowej odporności populacyjnej. – Nie będzie więc ekspozycji nadkrytycznej, bo krytyczność ekspozycji zależy od relacji ilości kopii wirusa do ilości przeciwciał już wytworzonych przez osobę narażoną oraz od stanu jej odporności w momencie inwazji, czyli ataku – tłumaczy.

Zdaniem zakaźnika oznacza to, że powolutku nabieramy już odporności jako populacja. Wprawdzie liczba ozdowieńców wciąż jest mało imponująca w stosunku do faktycznych nosicieli bezobjawowych, jednak jeśli weźmiemy pod uwagę, że po dwóch, trzech tygodniach nosiciele bezobjawowi stają się odporni, to poziom odporności musi być już większy, niż myślimy. – Jeśli zakładamy formalnie, że mamy ok. 10 tysięcy zakażonych, ale wykrytych tylko 8 tysięcy, a spekuluje się, że jest ich 3-4 razy więcej, to znaczy, że musimy założyć, że jednak za 2-3 tygodnie będzie dużo większa liczba populacji już uodpornionej. I tego nie wolno lekceważyć, choć może jeszcze nie powinno nas to uspokajać – zauważa prof. Gładysz. ■

Ważne, by z tej epidemii wyciągnąć mądre wnioski

Rozmawia Maciej Sas

Jakie są największe wyzwania medyczne związane z trwającą pandemią? Na czym powinno się skupić środowisko medyczne, naukowe i ludzie zarządzający polską służbą zdrowia? Jakie korzyści płyną z całej tej wielkiej sytuacji kryzysowej? O tej i wielu innych ważnych sprawach mówi prof. dr hab. n. med. Piotr Ponikowski, p.o. rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, kierownik Centrum Chorób Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu w rozmowie z Maciejem Sasem.

Maciej Sas: Wszystko, co dzieje się wokół nas, dla Pana jest podwójnym wyzwaniem – po pierwsze, jako szefa ważnego ośrodka kardiologicznego, a po drugie, dla szefa dużej uczelni medycznej. Jak Pan sobie radzi z taką kumulacją?

Profesor dr hab. n. med. Piotr Ponikowski: Centrum Chorób Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym kieruję już prawie od półtora roku. To struktura, która powstała, by sprostać wymogom współczesnej kardiologii i problemom chorób serca. Przypomnę, że te są wciąż główną przyczyną zgonów wśród Polaków (i nie tylko, bo w wielu innych krajach jest podobnie). Uważam, że zorganizowaliśmy pracę Centrum bardzo sprawnie. A tu nagle doszło do kompletnego załamania planów...

M.S.: Do medycznego tsunami?

P.P.: Rzeczywiście, można tak powiedzieć. Mieliśmy dalekosiężne plany, a cała sytuacja z epidemią koronawirusa uczy nas pokory. Mieliśmy więc plany na transplantacje serca, chcieliśmy się zająć mechanicznym wspomaganiem lewej komory, mieliśmy bardzo szerokie plany dotyczące rozwoju kardiologii interwencyjnej, a także współpracy z ośrodkiem w Zurychu w zakresie obrazowania układu krążenia. Wszystkie te plany były ściśle związane z konkretnymi ludźmi, z ich wyjazdami za granicę, a także z przyjazdami ludzi stamtąd do nas. Krótko mówiąc, wszystko to było związane ze starannie przygotowaną logistyką, ze stażami, stypendiami, z wizytowaniem naszego ośrodka przez ekspertów.

Wszystko to zaczęło się dziać w tamtym roku, a w tym mieliśmy to kontynuować. Trzy osoby, które były poza granicami kraju, właśnie wróciły: jedna osoba ze Stanów Zjednoczonych, dwie – z Zurychu. Podobną współpracę nawiązaliśmy ze szpitalem Charité w Berlinie. I wszystko to nagle przerwaliśmy dosłownie z dnia na dzień. Podobnie było z kardiochirurgią. Wszystkie plany, które robiliśmy jeszcze trzy miesiące temu, czyli w styczniu, w marcu zostały zawieszane, a wszystkie działania – odwołane. Czekamy, co będzie dalej.

M.S.: Czy to znaczy, że wszystkie te przedsięwzięcia trzeba będzie zaczynać zupełnie od nowa?

Nie zamierzam kontestować potrzeby walki z koronawirusem jako priorytetu w obecnej chwili, ale sytuacja poza tym tematem staje się trudna. Mamy w Polsce rocznie około 400 tysięcy zgonów, czyli około tysiąca dziennie. Mniej więcej 30-35% z nich to zgony z powodów onkologicznych.

Fot. z archiwum
UM we Wrocławiu



P.P.: Nie, oczywiście, że nie! Nadal współpracujemy, choć inaczej, niż planowaliśmy. Wymieniamy się informacjami e-mailowo, moi koledzy z Centrum robią wszystko to, co zaplanowaliśmy i co mogą robić na miejscu. Ale bardzo ucierpiało tempo tej współpracy. Nam chodziło o wprowadzenie pewnych rzeczy bardzo szybko – tak, żebyśmy nie musieli czekać, żeby niepotrzebnie nie tracić czasu. Niestety, wiele z tych spraw uległo zawieszeniu, musieliśmy mocno wyhamować z wprowadzaniem w życie kolejnych projektów. To – podkreślam raz jeszcze – uczy pokory, pokazuje, że nawet najlepsze plany mogą nagle ulec zmianie. I to jest pierwszy problem. Drugi również dotyczy Centrum Chorób Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. W związku z epidemią koronawirusa obserwujemy dramatyczną sytuację: gwałtowny spadek przyjęć do naszego ośrodka pacjentów z chorobami serca, nagłymi stanami kardiologicznymi. Chodzi mi o ludzi, którzy wymagają szybkiej interwencji. Do czasu epidemii codziennie przyjmowaliśmy średnio 8-10 osób z tzw. chorobami serca (to są zawały, kryzy nadciśnieniowe, zatorowość płucna, niewydolność serca, arytmia itd.). Nie wliczam do tego planowych przyjęć. Teraz ta liczba pacjentów przyjmowanych w trybie ostrym zmniejszyła się 2-, a nawet 3-krotnie. Mamy po 3-4 chorych, a czasami w ogóle. Czegoś takiego nie obserwowaliśmy nigdy dotąd!

M.S.: Wina nie leży po stronie kierowanego przez Pana ośrodka?

P.P.: Nie, zupełnie nie. Co więcej, z podobną sytuacją mają do czynienia inni koledzy kardiologów i to nie tylko w Polsce, ale w wielu krajach Europy i całego świata. Koordynujemy taki rejestr 12 ośrodków w Europie i wszyscy mówią tam to samo: liczba nagłych ostrych przyjęć z powodu chorób kardiologicznych dramatycznie się zmniejszyła. Ludzie się boją – wierzą, że zawał serca można przeczekać w domu, że jego objawy miną. Tak samo sytuacja wygląda z pacjentami, których wzywamy, by się stawili na przyspieszone procedury, bo mamy wskazania do tego, by osoby, które są pacjentami wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego wezwać szybko na wdrożenie odpowiedniego postępowania. Ale ci ludzie nie chcą przychodzić do szpitala.

M.S.: Wszystko mimo że macie takie możliwości i że teraz można przeprowadzić natychmiast nawet skomplikowane zabiegi?

P.P.: Tak się właśnie dzieje. W tej chwili mamy obłożenie oddziału na poziomie 40%, a niekiedy maksymalnie 50%. Jednak ci chorzy nie chcą przyjść na zabieg. Mówią: „Nie, poczekam. Może tydzień, może dwa, a może miesiąc”. Tak się dzieje, podczas gdy z naszej perspektywy taki pacjent już nie ma czasu na czekanie!

M.S.: „Poczekam”, ale czy „doczekam”?

P.P.: Otóż to – w wielu przypadkach nie doczekam... To jest ten dramatyczny problem, który już niedługo będziemy obserwować. Nie zamierzam kontestować potrzeby walki z koronawirusem jako priorytetu w obecnej chwili, ale sytuacja poza tym tematem staje się trudna. Mamy w Polsce rocznie około 400 tysięcy zgonów, czyli około tysiąca dziennie. Mniej

więcej 30-35% z nich to zgony z powodów onkologicznych. Za kolejnych 40-45% odpowiadają choroby układu krążenia. Już za chwilę wszystkich zgonów może być znacznie więcej niż do tej pory, a w szczególności tych spowodowanych przez choroby sercowo-naczyniowe i nowotworowe. Bo przecież sytuacja osób na nie cierpiących nagle się nie zmieniła – ci chorzy nie zostali nagle wyleczeni, koronawirus nie wyeliminował tych dolegliwości, w żaden sposób nie zmienił historii naturalnej wielu chorób. I to jest kolejne, wielkie wyzwanie, przed którym stajemy: jak w tej sytuacji, minimalizując ryzyko zakażenia wirusem (bo przecież nie da się go wyeliminować do zera...), nadal intensywnie leczyć pacjentów ciężko chorych, którzy wymagają naszej natychmiastowej interwencji. Oczywiście, mamy wdrożone niezbędne procedury, ale zawsze może się zdarzyć, że pojawi się u nas chory, który będzie miał wirusa. Zawsze może się też zdarzyć, że ktoś z personelu lekarskiego czy pielęgniarskiego się zakazi i będzie chory – to nieuniknione. Ale mamy procedury, które to ryzyko minimalizują. Dlatego ogłaszamy, komunikujemy, zachęcamy, żeby nie realizować scenariusza, o którym powiedziałem przed chwilą, a więc: „Poczekam, przeczekać, zobaczę, jak będzie...”. To ważne, bo proszę zwrócić uwagę na to, że ta sytuacja może zdaniem epidemiologów potrwać wiele miesięcy. A wielu naszych pacjentów nie ma czasu, by tak długo czekać. Stąd koncepcja „białych szpitali”. Białych, czyli takich, w których ryzyko leczenia jest radykalnie zminimalizowane.

M.S.: Podkreśla Pan, że pacjenci się boją, ale z drugiej strony trudno im się dziwić, skoro wielu lekarzy różnych specjalności zamknęło gabinety, przychodnie i kliniki z obawy przed koronawirusem... Robią to m.in. z obawy o to, że pacjenci mogą zażądać od nich wysokich odszkodowań, gdyby u lekarza doszło do zakażenia.

P.P.: Tak, to jest możliwe. Ale z drugiej strony nie możemy żyć przez następny rok czy dłużej zdominowani jednym tematem, a więc zajmujemy się tylko koronawirusem i niczym innym. Podkreślam: doceniaamy wagę sytuacji, to niesłuchanie istotne, ale to nie może w absolutny sposób zdominować wszystkiego, czym się medycyna zajmuje. Robimy, co możemy, by zminimalizować ryzyko i dalej działać skutecznie w obszarach niecoronawirusowych.

Proszę pozwolić, że w tym miejscu przejdę do spraw całego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Sytuacja, z którą mamy do czynienia, to z jednej strony wielkie wyzwanie nie tylko pod względem medycznym (bo tym zajmujemy się na bieżąco). Bardzo się cieszę, że pracuję w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym – olbrzymiej strukturze, w której mamy bardzo dobrze zorganizowany system, a z drugiej strony wielu dedykowanych lekarzy, ekspertów, którzy chcą pracować, działać. Ale ważny jest nie tylko obszar medyczny, bo proszę pamiętać, że Uniwersytet Medyczny to przede wszystkim kształcenie studentów – sensem jego istnienia jest kształcenie studentów. Specyfika takiej uczelni polega na tym, że kształcimy przyszłe kadry medyczne i musi to być kształcenie praktyczne. I w tym miejscu pojawia się ogromne wyzwanie.

M.S.: Jednocześnie wielka szansa i wielka groźba?

P.P.: Dokładnie tak. Chcę powiedzieć, że nie możemy wszystkich zajęć zastąpić wirtualnym kształceniem, jak to ma miejsce w wielu dyscyplinach klasycznego uniwersytetu – tam większość zajęć można zastąpić ich wirtualnymi odpowiednikami. Ale w przypadku uniwersytetu medycznego to w wielu przypadkach niemożliwe. Ćwiczenia symulacyjne, ćwiczenia na fantomach (które teraz też są odwołane), oglądanie filmu, czy rozmowa za pośrednictwem internetu nie daje tego, na czym polega specyfika nauczania medycyny, a więc na kontakcie z nauczycielem, na kontakcie z pacjentem, na tym, żeby tej sztuki medycznej uczyć się w realu. Nie da się tego przecenić, bo zdobywanie doskonałości w tym względzie polega na naśladowaniu mistrza. To w medycynie jest absolutnie fundamentalne!

M.S.: Czyli – jak nauczyć się walki z epidemią, nie uczestnicząc w walce z epidemią? Mam tu na myśli przyszłych lekarzy chorób zakaźnych.

P.P.: No tak, ale też jak nauczyć się kardiologii, nie mając ćwiczeń z kardiologii? Jak się nauczyć operować, kiedy studenci nie mają ćwiczeń z tym związanych? Jak się nauczyć stomatologii, gdy wszystkie zajęcia »



praktyczne zostały wstrzymane? Z tym wszystkim musimy sobie poradzic. Myślimy intensywnie, jak to zrobić, bo proszę sobie wyobrazić, że ta sytuacja będzie trwała jeszcze długie miesiące. Powiedzmy, że poradzimy sobie z tym przez 2-3 miesiące, ale dalej studenci muszą być kształceni praktycznie!

M.S.: Fakt, chyba nie stać nas na to, żeby cały rok stracić na studiach medycznych...

P.P.: Oczywiście, że nie – dlatego to dziś nasz priorytet. Kolejne wyzwanie jakie stoi przed wszystkimi placówkami naukowymi, to prowadzenie badań naukowych. Mówimy o badaniach podstawowych przy pracy zdalnej, zamkniętych laboratoriach i braku możliwości zrobienia eksperymentu – to jest trudne. Z drugiej strony mamy badania kliniczne, które się cały czas odbywają, ale i one mocno wyhamowały ze względu na problemy medyczne związane z koronawirusem.

” (...) nie możemy żyć przez następny rok czy dłużej zdominowani jednym tematem, a więc zajmujemy się tylko koronawirusem i niczym innym. Podkreślam: doceniamy powagę sytuacji, to niesłuchanie istotne, ale to nie może w absolutny sposób zdominować wszystkiego, czym się medycyna zajmuje. Robimy, co możemy, by zminimalizować ryzyko i dalej działać skutecznie w obszarach niecovidowych.

“

M.S.: Z tego, co Pan mówi, wynika, że gdy chodzi o uczelnię, mają już Państwo konkretne pomysły i czekają teraz na rozwój sytuacji?

P.P.: Tak, już dzisiaj rozmawiamy konkretnie o tym, co trzeba zrobić w przyszłości – oczywiście znów z wielką pokorą, bo epidemia nauczyła nas, że wszelkie nasze plany na pewno będą modyfikowane, ale musimy je mieć w kontekście nauczania. Ale przy okazji wydarzyło się wiele dobrych rzeczy – gdyby pan mnie spytał 2-3 miesiące temu, czy będą możliwe codziennie wykłady, ćwiczenia, seminaria metodą online, powiedziałbym, że to niemożliwe. Bo nikt tego nie planował. Na pytanie: „Czy można...?” każdy odpowiedziałby stanowczo: „Nie można!”. A tu okazuje się, że owszem – można. Że wystarczyło 5 tygodni (bo od takiego czasu zamknięty jest Uniwersytet Medyczny), żeby się wszystko toczyło bardzo sprawnie. Żeby to, co do tej pory wydawało się niemożliwe, a więc spotkania internetowe, webcasty, zajęcia mogły się odbywać sprawnie. Obserwuję spotkania ze studentami, bo patrzę na moją żonę, która wyklada fizjologię i z domu prowadzi zarówno wykłady, jak i ćwiczenia. Patrzę też na moich współpracowników, którzy robią dokładnie to samo, czyli coś, co było niemożliwe jeszcze trzy miesiące temu. Jedyna rzecz, którą teraz musimy zrobić, to jest zaliczanie przedmiotów i egzaminy online, bo nie zdążymy z częścią tych rzeczy, jeśli ta kryzysowa sytuacja się przedłuży. Dzięki stworzeniu już takiego systemu i w razie konieczności będziemy w stanie przeprowadzić egzaminy.

M.S.: Jedną z najważniejszych rzeczy z tym związanych jest chyba również fakt dopuszczenia absolwentów uczelni na rynek pracy, a więc ci, którzy kończą medycynę, powinni zdać egzaminy ostateczne, które pozwolą im wykonywać pracę lekarza. Zdać się, że to również jest poważny problem, przede wszystkim proceduralny?

P.P.: Rzeczywiście, to jest problemem. Na szczęście nie mamy sytuacji epidemicznej takiej, jak w Hiszpanii czy Anglii. Wiele rzeczy w tym obszarze musimy szybko zmienić. Proszę zwrócić uwagę na to, że gdy chodzi o medycynę, to żeby dostać prawo wykonywania zawodu, móc normal-

nie funkcjonować, to po studiach trzeba jeszcze zrobić staż, a potem zdać egzamin państwowy. Musimy się więc do tego starannie przygotować. Na szczęście mamy jeszcze trochę czasu, zwłaszcza do egzaminu. Mamy w tej sytuacji wiele działań związanych z wolontariatem studenckim i to w dużej mierze pozwoli zaliczyć wielu osobom ten praktyczny aspekt nauczania. Nad tym wszystkim cały czas intensywnie pracujemy.

Chciałbym przy okazji zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt sprawy – gdy się to wszystko zaczęło, natychmiast pojawili się krytycy krzyczący, że procedury są nieprzygotowane, że trzeba było wcześniej działać itd. Ale muszę panu powiedzieć, że kiedy to słyszę, mogę odpowiedzieć w jeden sposób: tej sytuacji nikt nie przewidział, bo nie był w stanie. Nikt na całym świecie. Dlatego, gdy słyszę takie zarzuty, że „trzeba było...”, „można było...”, „wypadało być przygotowanym...”, mogę jedynie odpowiedzieć, że z punktu widzenia uniwersytetu medycznego nie mogę ich przyjąć do wiadomości. Jeżeli masz, człowieku, dobry pomysł, to przyłącz się do nas – jesteśmy otwarci. Komunikujemy to. Praktycznie co tydzień mam wystąpienia dla moich kolegów i koleżanek z Uniwersytetu Medycznego, czy wystąpienie dla studentów nie po to, by coś tam sobie pogadać, ale po to, żeby podsumować wszystko, co przez tydzień zrobiliśmy, by komunikować plany na najbliższy tydzień i żeby ludzie nie czuli się zostawieni sami sobie. To jest czas na konstruktywną krytykę, a więc: jeśli macie pomysły, jeżeli uważacie, że coś można zrobić lepiej, zmienić na lepsze, pokażcie, jak to zrobić! Chętnie wysłuchamy i wykorzystamy takie pomysły.

M.S.: Mówi Pan o tym, by nie podstawiać sobie nogi w sytuacji wielkiego zagrożenia?

P.P.: Dokładnie tak! I o to apeluję. Jestem bardzo zbudowany tym, że liczba osób, które zostały na takiej pozycji: „nie, bo nie...”, „żle, bo źle...” w tej chwili jest praktycznie marginalna. O ile bowiem na początku widziałem takie wahania, tak teraz praktycznie wszyscy (i mówię to z wielkim szacunkiem dla tych, którzy tak robią) proponują konstruktywne rozwiązania, które mogą pomóc w tej trudnej sytuacji. Wiele osób się kontaktuje z nami, przekazuje nam swoje pomysły, które są bardzo dobre i które z radością wdrażamy. Jeszcze raz podkreślę: takiego programu naprawczego nie da się fizycznie zrobić w ciągu 2-3 tygodni. To jest gigantyczny proces rozłożony na długie miesiące, ale myślę, że sobie całkiem nieźle radzimy. Zmieniło się też podejście studentów – o ile bowiem początkowo traktowali nas z dużą rezerwą, tak widzę teraz coraz więcej pozytywnego: komentarzy, akceptacji, sugestii, jak coś zrobić, by działało skutecznie. I z tego się naprawdę ogromnie cieszę.

M.S.: Kiedy Pana słucham, dochodzę do wniosku, że z tego wielkiego minusu, jakim jest trwająca epidemia, wynikają też co najmniej dwa plusy. Po pierwsze, będą Państwo mieli ogrom materii do prac badawczych na najbliższe lata. Po drugie zaś, mamy do czynienia z eksplozją ludzkiej kreatywności, czyli czegoś, czego dotąd chyba czasem brakowało na większości uczelni.

P.P.: Zacznę od tego drugiego wątku. Ma pan świętą

rację (z wielką satysfakcją to mówię, jako urzędnik, osoba, która zarządza uczelnią), że przez ostatnich 5 tygodni kreatywność wzmogła się bardzo. Wiele osób, które do tej pory niekoniecznie chciały się dzielić swoimi pomysłami, teraz zaczyna je przekazywać innym, by wspólnie szukać nowych, wartościowych rozwiązań. Rzeczywiście, ta sytuacja w naturalny sposób wymusiła w różnych obszarach (klinicznym, dydaktycznym, badawczym) taką współpracę, nową organizację pracy i z tego jestem bardzo zadowolony! Co tydzień (czasami częściej) mamy kolegia rektorsko-dziekańskie w formie wideokonferencji. Ilość informacji, która się pojawia przy tej okazji, na przykład o tym, jak koordynować opiekę nad pracownikami szpitala i uniwersytetu, jak poprowadzić informacyjną ścieżkę nauczania, czy jak sobie radzić ze studentami, jest ogromna. Co chwila pojawiają się nowe pomysły. Ma pan rację, że do tej pory uniwersytety były dość konserwatywne i hermetyczne. Czy to dobrze? Tego nie wiem na pewno. Uważam, że chyba nie... Natomiast teraz wielka otwartość, chęć zmian i kreatywność są bardzo widoczne.

Proszę pozwolić, że wrócę do pierwszego wątku, a więc ogromu materiału do pracy badawczej. Zainteresowanie badawcze problemem, z którym mamy do czynienia, przeszło najśmielsze oczekiwania – to widać na całym świecie, w tym w Polsce. Jest wiele grup, które angażują swój potencjał naukowy, intelektualny, badawczy w walkę z koronawirusem. Podobnie jest u nas. Co najmniej kilka aplikacji z tym związanych zostało wysłanych na konkursy o fundusze publiczne, bo organizacje, które rozdzielają publiczne środki w tej chwili proszą, by zwracać się do nich ze świeżymi pomysłami. Jako p.o. rektora jestem pod dużym wrażeniem kreatywności naukowej i badawczej grup, które przygotowują te aplikacje. Za to też dziękowałem moim koleżankom i kolegom, bo to pokazuje, że jako wrocławskie środowisko medyczne, uniwersyteckie również chcemy odegrać w walce z koronawirusem kluczową rolę.

M.S.: Chciałbym jeszcze na chwilę wrócić do spraw związanych z leczeniem ludzi, a właściwie wybiec nieco do przodu. Jak Pan wspominał, może być tak, że pewne opóźnienia w kilku ważnych dziedzinach medycyny, m.in. w bliskiej Panu kardiologii oraz w onkologii będą duże. Myśli Pan, że one są do nadrobienia? Miejmy nadzieję, że większość ludzi, którzy potrzebują pomocy, przetrwa ten trudny czas. Ale czy te wszystkie opóźnienia długo będziemy nadrabiali?

P.P.: Mówiąc szczerze, boję się jednej rzeczy: żebyśmy z całej tej sytuacji wyciągnęli właściwe wnioski i potraktowali to jako lekcję. Boję się, że tak się nie stanie... Chciałbym, żebyśmy w końcu my jako państwo uświadomili sobie, że trzeba medycynę, czy szeroko rozumianą ochronę zdrowia, odpowiednio finansować – zarówno w obszarze badawczym, klinicznym, jak i organizacyjnym. Niech epidemia potrwa 6 miesięcy, może 8. Kiedyś się skończy. Będzie dostępna szczepionka, bo pracują nad tym najlepsi, a ja z natury wierzę w ludzi, w nieograniczone możliwości ludzkiego umysłu, a więc w tym przypadku w przełomowe prace naukowe. Wierzę też w kre-

atywność, więc mogę powiedzieć, że będzie dostępna szczepionka na koronawirus – to tylko kwestia czasu i to wcale nie tak długiego. To minie. Ale nie chciałbym, by w momencie, kiedy tak się stanie, okazało się, że wracamy do finansowania polskiej medycyny z czasów sprzed epidemii wirusa, a to finansowanie jest jeszcze gorsze, bo znów nie ma pieniędzy. Nie chciałbym, żeby pod koniec roku albo w przyszłym roku nagle okazało się, że na leczenie ludzi z ciężkimi chorobami kardiologicznymi czy onkologicznymi mamy jeszcze mniejsze pieniądze niż do tej pory. Tego obawiam się najbardziej.

M.S.: Obawia się Pan efektu domina?

P.P.: Tak, bo brak zabezpieczenia finansowego oznaczałby katastrofę. Dlatego jako środowisko bardzo wyraźnie powinniśmy mówić jednym głosem, że nie ma powrotu do tamtej sytuacji. Myślę, że zarówno rządzący, jak i społeczeństwo (czyli my wszyscy) widzimy konieczność takich rozwiązań, które takiej katastrofie zapobiegną.

” —
(...) proszę pamiętać, że Uniwersytet Medyczny to przede wszystkim kształcenie studentów – sensem jego istnienia jest kształcenie studentów. Specyfika takiej uczelni polega na tym, że kształcimy przyszłe kadry medyczne i musi to być kształcenie praktyczne. I w tym miejscu pojawia się ogromne wyzwanie. “

M.S.: A czy widzi Pan jakieś załączki tego, że zaczyna się myśleć poważnie o pieniądzach i o zmianie funkcjonowania systemu służby zdrowia? Chodzi mi o to, by zacząć zmieniać system zaraz po tym, gdy tylko ustanie cały chaos związany z epidemią?

P.P.: Myślę i widzę, że dzisiaj decydenci koncentrują się na tym, by zmaksymalizować wysiłki w tę stronę. Wie pan, nie mam cienia wątpliwości, że to, co teraz obserwujemy, nie pozwala formułować żadnych ostatecznych wniosków związanych z epidemią. Niestety, jeszcze bardzo wiele może się wydarzyć. Natomiast tak, jak już powiedziałem, nie mam przez moment wątpliwości, że to się skończy, że wszystko będzie powoli wracać do normalności i wtedy nadejdzie czas na to, by do tego tematu silnym głosem całego środowiska wrócić i zacząć stanowczo mówić o potrzebie niezbędnych zmian.

M.S.: I dlatego o to pytam, bo tak, jak Pan wcześniej mówił o sytuacji na uczelni, że doraźne działania są podejmowane teraz, ale Państwo już planują, co zrobić na najbliższe lata, to samo dotyczy całego systemu. Działamy tu i teraz, doraźnie, ale jednocześnie myślimy, jak zmieniać wszystko w przyszłości.

P.P.: Przyznam, że z niepokojem obserwuję działania Narodowego Funduszu Zdrowia, choć nie chcę na razie ostro nikogo krytykować. Myślę, że nadejdzie czas, żeby zadać pytanie o wiarygodność tej instytucji dla środowiska lekarskiego. Rozumiem, że nie ma złotego środka, że ktoś musi nadzorować pieniądze publiczne wydawane na medycynę – co do tego nie mam wątpliwości. Ale chciałbym, żeby po zakończeniu epidemii do pewnych tematów wrócić po to, by wyciągnąć wnioski z tego, co się teraz dzieje. Bo ta sytuacja związana z ostatnimi tygodniami moim zdaniem jak w soczewce skupiła wszystkie słabe punkty systemu.

M.S.: Nie krytykujmy, tylko wyciągnijmy wnioski i naprawmy to wspólnie?

P.P.: Nie krytykujmy, nie mówmy dzisiaj, że można było lepiej, że coś jest niedopuszczalne... Tu, jak już mówiłem kilka razy, nie ma mądrych. »



Dzisiaj musimy sobie z tym poradzić, a krytyką i pustym gadaniem w czasie, gdy trzeba działać, nic nie zmienimy. I cieszę się z tego, że wiele osób to rozumie. Ale w przyszłości, gdy sytuacja będzie spokojniejsza, musimy wyciągnąć wnioski i zmiany wprowadzić w życie, musimy konkretnie działać, a nie zastanawiać się w nieskończoność, co by było lepsze...

M.S.: Wspomniał Pan, nieco enigmatycznie na razie, o wadach działania NFZ, prowokując do zadania pytania związanego z wadami samej służby zdrowia. Jak słyszymy, ponad 30% zakażeń koronawirusem to zakażenia w szpitalach i innych placówkach służby zdrowia. Czyba pora pomyśleć również nad tym, jak to zmienić, jak po nowemu podejść do tej przykrej sprawy?

P.P.: Owszem, takie dane się pojawiają, ale myślę, że są trochę przeszacowane. Jeśli powiemy o kilkunastu procentach wszystkich zakażonych, to rzeczywiście może to w jakiś sposób odzwierciedlać rzeczywistość. Jest wiele trudnych elementów związanych z tą kwestią. Pierwszym jest nieuniknione wysokie ryzyko wśród personelu medycznego, bo przecież lekarze, pielęgniarki, salowe mają bezpośredni, stały, codzienny kontakt z pacjentami.

M.S.: Ale z drugiej strony jest praca w wielu ośrodkach i możliwość roznoszenia wirusa, o czym mówią sami lekarze.

P.P.: To jest z jednej strony nieuniknione, a z drugiej pokazuje inną słabość systemu: mam na myśli migrację, a więc przemieszczanie się lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych z jednego miejsca do drugiego, praca na pół etatu tu, a na godziny tam. Duża część ludzi musi pracować w wielu miejscach, by zarobić na byt swój i swojej rodziny.

M.S.: To, jak rozumiem, też wymaga zmian systemowych?

P.P.: Moim zdaniem absolutnie tak. Gdybyśmy nagle wydali zakaz takich praktyk, który trwałby dłużej, to jestem pewien, że wiele procedur w wielu ośrodkach przestałoby być wykonywane. Dlaczego? Bo lekarz, który pracuje w czterech czy pięciu ośrodkach albo pielęgniarka w takiej samej sytuacji, mogliby zostać tylko w jednym, a co z pozostałymi? Nic nie można by tam zrobić. To więc kolejna sprawa wymagająca pilnych zmian. Jest jeszcze trzecia ważna z tym związana – brak procedur w części ośrodków medycznych. Czy wynika to z niefrasobliwości? Tego nie wiem. Część kolegów z różnych miejsc w kraju zwracała głośno uwagę na brak środków ochrony osobistej. Dodajmy, że tak było w wielu innych krajach dotkniętych epidemią. Podsumowując, w tej sprawie wiele jest do przemyślenia i zmiany.

M.S.: A jakie najpoważniejsze zagrożenie widzi Pan w tej całej sytuacji? Mówił Pan już o tej medycznej monokulturze związanej z koronawirusem i związanymi z tym zagrożeniami w innych dziedzinach. Ale Pańskim zdaniem w tej chwili na co trzeba najbardziej zwrócić uwagę, żeby zminimalizować medyczne skutki epidemii?

P.P.: Po pierwsze, trzeba mieć jasny cel i plan, w oparciu o to, co już wiemy, a wiemy bardzo dużo. Bo informacje, które płyną (to jest niesłychanie istotne) z różnych ośrodków na świecie, są przekazywane wszystkim zainteresowanym po to, żeby wszyscy mieli dostęp do najświeższej wiedzy. One powinny posłużyć do przygotowania kompleksowego programu, który nie będzie niemożliwy do realizacji, bo izolacja ludzi przez dwa lata w domach, ograniczenie wszystkiego, to jest również zapaść wszystkiego, również gospodarki. Nie chciałbym, żeby temat koronawirusa zdominował i zniszczył wszystko, co się pod względem gospodarczym wydarzyło w Europie i w Polsce. Bo tego się najbardziej obawiam.

M.S.: Czyli: przeżyli fizycznie, ale nastąpiła śmierć cywilizacyjna?

P.P.: Konsekwencje epidemii są tak dramatyczne, że wiele lat przyjdzie nam czekać, żeby wrócić do stanu sprzed niej. Oczywiście zdrowie i życie są najważniejsze, ale ważne, byśmy wyciągali wnioski i wprowadzali nowe plany w życie. Podstawowa sprawa teraz to przygotowanie planu minimalizacji skutków wirusa. Najważniejsze jest zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażenia, czyli szybka identyfikacja i izolacja osób już zakażonych. Być może z medycznego punktu widzenia trzeba się skoncentrować na osobach najbardziej narażonych na ciężki przebieg cho-

roby, czyli tej grupie pacjentów, o której my mówimy teraz w naszym badaniu klinicznym. To są ludzie w podeszłym wieku albo cierpiące na schorzenia współistniejące. Do walki z epidemią trzeba wykorzystać telemedycynę i to właśnie robimy. Na pewno arcyważna jest walka o to, żeby jak najszybciej pojawiła się szczepionka. Istotne jest też otoczenie odpowiednią opieką osób zakażonych, w organizmie których wirus zagnieździł się bezobjawowo lub skąpo objawowo. Chodzi o to, by u nich nie rozwinęła się choroba, np. niewydolność oddechowa, żeby nie rozwinęły się powikłania, które wymagają użycia respiratora, co w przypadku części chorych kończy się, niestety, zgonem.

Kolejna sprawa niecierpiąca zwłoki wiąże się z pacjentami, u których rozwinie się ciężka postać choroby – musimy wiedzieć, jak ich skutecznie leczyć. Tu olbrzymią nadzieję pokładam w toczących się badaniach, bardzo rozległych i zaawansowanych. Jako kardiolog jestem wielkim zwolennikiem tego, co określimy jako medycyna oparta na faktach (evidence based medicine). A więc: mówmy o medycynie opartej na faktach, a nie na anegdotycznych doniesieniach, czyli „jednemu pomogło, innemu zaszkodziło”. Chodzi o dowody, a te można uzyskać wyłącznie w dużych badaniach klinicznych, które są dobrze zaplanowane, zorganizowane i kontrolowane. I to wyniki takich właśnie badań odpowiedzą na pytanie, jak leczyć skutecznie.

Następny ważny wątek wiąże się z tym, jak walczyć z powikłaniami wywołanymi przez koronawirus w grupie najciężej chorych. Rzecz w tym, żeby liczba pacjentów, którzy umierają, była jak najmniejsza. Musimy się też zastanowić nad jeszcze jedną sprawą, a mianowicie nad tym, co będzie z tymi chorymi, którzy byli zakażeni, rozwinęli powikłania, a mimo to przeżyli. Już wiemy, że u takich osób mogą się pojawiać poważne powikłania narządowe. Od razu rodzi się więc pytanie, co zrobić, żeby tych powikłań uniknąć? Tak przy okazji to jest ten kolejny bardzo atrakcyjny kierunek badawczy, w który też włączamy się jako zespół. Bardzo dużo pracy przed nami!

M.S.: A czy po tym wszystkim, po tym ogromnym zamieszaniu, pracy w stresie, w chaosie wywołanym przez epidemię będzie Pan dalej lubił być lekarzem?

P.P.: Ja sobie w ogóle nie wyobrażam, żeby nie być lekarzem! W Centrum Chorób Serca, gdzie mam wspaniałych współpracowników. I nie mówię tego dlatego, żeby się dzisiaj tutaj wdzięczyć do kogoś, tylko to jest prawda. Ja przychodzę do pracy 6.10-6.15 i mamy tutaj spotkania, mamy poranną odprawę. Potem idziemy na wizyty, oglądamy chorych, dyskutujemy o najtrudniejszych przypadkach podczas porannego „Heart-Teamu”. Kiedy kończę tę część pracy, jest godzina 10, czasem 11. Wtedy mogę zacząć się zajmować sprawami uniwersytetu. I na tym schodzi mi czas do późnego wieczora. Na pewno nie chciałbym nigdy zrezygnować z leczenia – póki będę mógł. Nie wyobrażam sobie robienia czegoś innego. ■



Maski i przyłbice...



Fot. z archiwum Politechniki Wrocławskiej

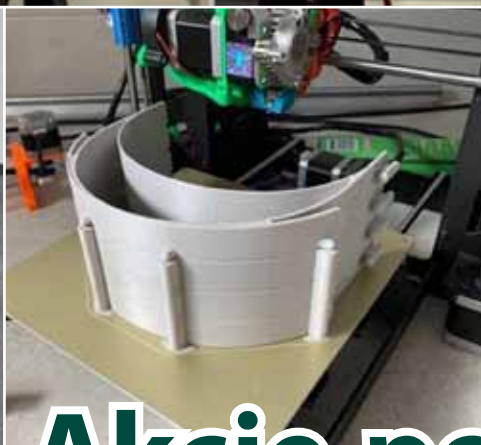


Fot. z archiwum M.K.

▼ MARTA KANIA

Magister ekonomii i plastyk z tytułem projektanta odzieży. Na co dzień pracuje w korporacji, a po godzinach rozwija pasje związane z szyciem i robieniem na drutach, wrocławska koordynatorka akcji „Wrocław szyje maski dla medyków”.

Odkąd zaczęła się akcja szycia maseczek, pracujemy na dwa etaty. Mój dzień zaczyna się o godz. 6.30. Zanim włączę komputer, szykuję na dany dzień pakiety do wydania dla ośrodków i spisuję listę, do kogo muszę zadzwonić, komu odpisać na e-mail, kogo o coś dopytać. Potem kawa i sprawdzanie na grupie Polskich Krawcowych, czy przyszły nowe zlecenia.



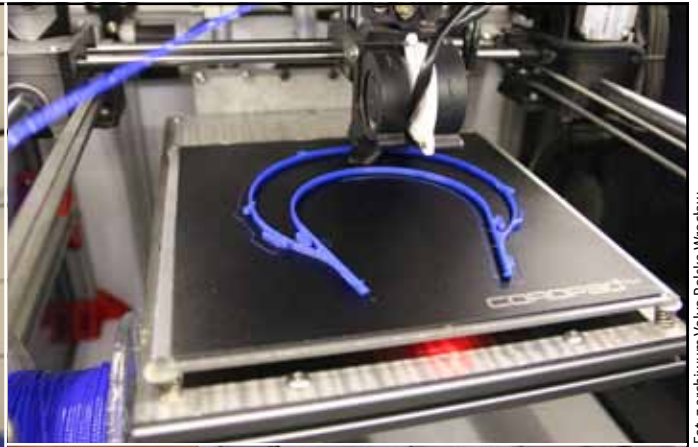
Akcje pomocowe d

I znów znaleźli się na froncie, choć po dachem szpitali, a nie lazaretów. Podczas gdy oni odpierają ciężki atak, na tyłach organizuje się służba przyfrontowa. Kiedyś z dala od linii ognia szło się mundury i szarpie, wykuwało zbroje. Dzisiaj w domach prywatnych i zakładach pracy szyje się maski i konstruuje przyłbice. Dolnoślązacy solidarnie wsparli służby medyczne. Armia na rzecz białej armii.

W Volvo Polska we Wrocławiu trwa produkcja elementów potrzebnych do złożenia przyłbic ochronnych w technologii 3D, według projektu udostępnionego przez naukowców z Politechniki Wrocławskiej. W kwietniu Volvo dostarczyło Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej ponad 800 przyłbic. Również Politechnika Wrocławska konstruuje przyłbice. Firma Polomarket, wspierając walkę z koronawirusem, przekazała DIL, za pośrednictwem Fundacji Lekarze Lekarzom, 800 sztuk przyłbic (wszystkie trafiły do lekarzy). Kto może, szyje w domu. Z Martą Kanią, jedną z trzech koordynatorek wrocławskiej akcji „Wrocław szyje maski dla medyków”, Piotrem Słonińskim, dyrektorem Group IT Volvo Polska i Konradem Gruberem, koordynatorem produkcji przyłbic na Politechnice Wrocławskiej (koordynowanej na Facebooku przez „Przyłbice 3D dla lekarzy – okręg Wrocław”) rozmawia Aleksandra Solarewicz.

„WROCŁAW SZYJE MASKI DLA MEDYKÓW”

Aleksandra Solarewicz: Osoby szyjące maski opanowały Facebook. Wydaje się wręcz, że pracujemy razem od zawsze. Od zawsze?



Fot. z archiwum Volvo Polska Wrocław



Ila dolnośląskich medyków

Marta Kania, wrocławska koordynatorka akcji „Wrocław szyje maski dla medyków”: Jak tylko w mojej pracy ogłoszono pracę zdalną dla wszystkich pracowników i zaczęła się kwarantanna, przypominałam sobie o grupie szyjącej maski dla krakowskich medyków. Sama lubię szyć i wiedziałam, że muszę zrobić coś, żeby mieć zajęcie wieczorami, siedząc w domu, żeby nie zwariować w zamknięciu. Zaczęłam szukać informacji na FB o grupach szyjących maski dla Wrocławia i tak trafiłam na akcję „Polskie krawcowe w akcji”. Tam koordynatorki zbierały oficjalne zgłoszenia od ośrodków zdrowia z całego kraju i przydzielaly zlecenia grupom, które tworzyły się w każdym regionie. Niestety, nie znalazłam tam konkretnej grupy szyjącej dla wrocławskich instytucji, a lista potrzebujących była spora. Stwierdziłam więc, że pomogę w szyciu. Stworzyłam stronę, na której wrzucałam zlecenia przyjęte od ośrodków z Wrocławia i okolic.

A.S.: Strona? To jest w tej chwili kombinat!

M.K.: Liczyłam na to, że zgłosi się kilka chętnych osób i razem uszyjemy maseczki dla jakiegoś szpitala, no, może dwóch albo trzech. Akcja trwa już 37 dni, a ja nie uszyłam ani jednej maseczki. Liczba chętnych do szycia przerosła moje oczekiwania. A także, wraz z rozrastaniem się grupy, przybywało zleceń, chętnych do rozwożenia masek, osób, które chciały zakupić materiały. A ja tak bardzo chciałam, żeby wszystko się udało, że przez pierwsze kilka dni spałam po 3 godziny dziennie. Na szczęście w grupie spotkałam Kasię Jurdziak i Justynę Lisoską.

Jakoś naturalnie nastąpił podział, która z nas czym będzie się zajmować, i tak Kasia zajmuje się kontaktami ze sponsorami, szwalniami, zakupami materiałów. Justyna jest mistrzynią logistyki, łączyła grupę wolontariuszy, którzy pomagają rozwozić materiały i zbierać maseczki. To Justyna zrobiła instrukcje, według których szyjemy maski, i doradza, jeśli ktoś ma „szyciowe” problemy. Ja zbieram zlecenia od ośrodków, do mnie trafiają maseczki, które przeliczam, pakuję w pakiety i przygotowuję do odbioru. Razem opiekujemy się grupą na FB, doradzamy i pomagamy od rana do wieczora. Cieszę się, że udało się zebrać tak liczną grupę, i wierzę, że po zakończeniu akcji pozostaną nie tylko wspomnienia, ale również pięknie przyjaźnie.

A.S.: O tak. Słyszysz dzwonek do drzwi, wyglądam, a tam nikogo. Za to w umówionym miejscu leży woreczek pełen tasemek, lamowników. Anioł! To jak wygląda dzień z życia takiego anioła?

M.K.: Odkąd zaczęła się akcja szycia maseczek, pracujemy na dwa etaty. Mój dzień zaczyna się o godz. 6.30. Zanim włączę komputer, szykuję na dany dzień pakiety do wydania dla ośrodków i spisuję listę, do kogo muszę zadzwonić, komu odpisać na e-mail, kogo o coś dopytać. Potem kawa i sprawdzanie na grupie Polskich Krawcowych, czy przysłyły nowe zlecenia. Codziennie rano wrzucam post z naszymi aktualnymi akcjami, akcjami, które już zrealizowaliśmy i licznikiem masek, żeby każdy w grupie miał dostęp do wszystkich informacji, bo pomagamy przecież wszyscy. »



A.S.: Czyli pracujesz cały czas zawodowo...

M.K.: Tak. Od godz. 8.00 do godz. 16.00 pracuję zdalnie. W tych godzinach kurierzy – wolontariusze przywożą do mnie maseczki, które odbierają od szyjących. Kończę pracę o godz. 16.00 i zabieram się za drugie zajęcie. Odpisuję na maile, dzwonię i umawiam odbiory maseczek na następne dni, a od godz. 18.00 wydaję maseczki do szpitali. Liczenie i pakowanie masek zebranych w danym dniu trwa od 2-3 godzin, w zależności od tego, ile dzieje się na naszej grupie. Uwielbiam oglądać zdjęcia, które wszyscy wrzucają, i czytać komentarze, bo to napędza mnie do działania. Po godz. 21.00, gdy już wszystko jest przeliczone, drukuję listę szpitali, dla których następnego dnia rano będę przygotowywać pakiety do wydania, i mam chwilę czasu dla siebie. Oczywiście wtedy siedzę na FB i podglądam inne grupy „maseczkowe”, które nas wspierają. Wszystko w całej akcji układa się jak puzzle. Jest potrzeba, a za chwilę rozwiązanie samo się pojawia. Nie da się tego opisać słowami, bo to działa jak magia.

A.S.: „Nie da się tego opisać słowami”. To może liczbami?

M.K.: Proszę bardzo. Akcja wystartowała 16 marca. Grupa liczy ponad 2600 osób. Przekazaliśmy (stan na dzień 22 kwietnia – przyp. A.S.) już prawie 45 000 maseczek. Udało nam się zrealizować 55 zleceń, w kolejce mamy następne 27 zleceń i z dnia na dzień dochodzą kolejne.

A.S.: Komu już przekazałyście maski?

M.K.: Między innymi Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, Dolnośląskiemu Centrum Onkologii, Dolnośląskiemu Szpitalowi Specjalistycznemu im. Tadeusza Marciniaka, Hospicjum Domowemu, Przylądkowi Nadziei i wielu innym. Pełną listę instytucji znają Państwo na naszym facebookowym profilu: https://www.facebook.com/groups/202213307722540/?post_id=222733195670551

A.S.: Co i rusz pojawia się radosny post: „Dziewczyny, nie jesteście z Wrocławia, ale jesteście z Wami!”. Bo współpracujecie z innymi sztabami, prawda?

M.K.: Pomagają nam lokalne grupy, takie jak „Siechnice szyją maseczki”, „Bolesławiec szyje maseczki”, Koło Gospodyń Wiejskich w Bystrem, Serce Szczepina, Grupa z Międzyborza czy GOPS w Wiszni. Współpracujemy też z grupą MotoWROLontariuszy, którzy na motorach dostarczają maski do szpitali na Dolnym Śląsku. Pomaga nam też Tomasz Edison, nasz ekspert w drukach 3D, który dla szyjących wyprodukował lamowniki. Dzięki temu nasza produkcja maseczek nie skończyła się, gdy nagle zabrakło na rynku bawełnianych tasiemek.

A.S.: Jak można pomóc osobom szyjącym maski?

M.K.: Szyjąc je z nami. Wystarczy dołączyć do naszej grupy, znaleźć instrukcję, jak uszyć maski, a potem zgłosić przez ankietę gotowe do odbioru maseczki. Jeśli ktoś nie ma materiału, może również przez naszą ankietę zamówić potrzebną ilość, a nasi kurierzy – wolontariusze dowiozą, co trzeba. Jeśli ktoś nie umie szyc, może się do nas zgłosić do cięcia bawełny, nawijania troczków albo jako kurier do odbierania masek czy rozwożenia materiałów. Jeśli ktoś ma jakieś inne pomysły, jak może nas wesprzeć, to zapraszamy. Cała akcja tak się rozpędziła, że każda pomoc jest mile widziana.

Volvo Polska

Aleksandra Solarewicz: Pomoc od Państwa „przyjechała” szybko, jak przystało na firmę motoryzacyjną. Już na początku kwietnia.

Piotr Słoniński, dyrektor Group IT Volvo Polska: Odpowiadając na aktualną potrzebę związaną z wyposażeniem służb medycznych w niezbędne środki ochrony osobistej w czasie epidemii, Volvo Polska podjęło się wydruku przyłbic ochronnych w technologii 3D dla medyków z Wrocławia i regionu Dolnego Śląska. W tym celu nawiązaliśmy współpracę z Dolnośląską Izbą Lekarską, która monitoruje potrzeby jednostek służby zdrowia w regionie, a następnie na podstawie projektu udostępnionego przez Politechnikę Wrocławską, w ramach naszej stałej współpracy z tą uczelnią, rozpoczęliśmy drukowanie przyłbic.

A.S.: Jaki model przyłbicy dostają od Was lekarze?

P.S.: Wybraliśmy wersję projektu w powiększonym wariancie, w którym mieszczą się dodatkowo gogle i maska ochronna. Elementy drukowane w technologii druku 3D – opaska oraz usztywnienie – są wykonane głównie z materiału PET-G – tworzywa sztucznego o dobrej wytrzymałości i elastyczności, jednocześnie będącego stosunkowo łatwym materiałem do druku.

Trzecim elementem przyłbicy jest wymienna szybka z folii PCV A4 o grubości 0,2 mm lub 0,3 mm. Po wykonaniu 6 otworów, szybka przylatuje się do opaski oraz usztywnienia. W ten sposób każda przygotowana przez nas przyłbica staje się sprzętem wielorazowego użytku. Dzięki takiemu podejściu byliśmy w stanie przygotować małoseryjną produkcję dopasowaną do potrzeb pracowników ochrony zdrowia.

A.S.: Ile przyłbic z Volvo trafiło już do lekarzy?

P.S.: Pierwszą partię – 160 gotowych przyłbic przekazaliśmy na początku kwietnia Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, za której pośrednictwem trafią do medyków ze szpitali i przychodni działających na terenie Dolnego Śląska, m.in. we Wrocławiu, Wałbrzychu, Legnicy, Oleśnicy, Miliczu.

Na początku akcji pomocowej planowaliśmy wydrukować 500 sztuk, ale wiedzieliśmy, że ta liczba może wzrosnąć zależnie od potrzeb i możliwości, jakimi będziemy dysponować. Szybko okazało się, że dzięki wielkiemu zaangażowaniu naszych pracowników, byliśmy w stanie przygotować już ponad 800 kompletnych przyłbic, a w procesie produkcji są kolejne. 22 kwietnia. druga partia – ponad 600 sztuk – trafiła z Volvo do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

POLITECHNIKA WROCŁAWSKA

Aleksandra Solarewicz: A więc „kujecie broje” w formacie 3D? Konrad Gruber, koordynator produkcji przyłbic na Politechnice Wrocławskiej:

Od początków pandemii w Europie można było znaleźć wiele informacji dotyczących wykorzystania druku 3D do produkcji brakujących elementów wyposażenia szpitali i sprzętu dla pracowników służb medycznych. W związku z tym, że dysponujemy drukarkami 3D, zaproponowaliśmy znajomym medykom, aby zastanowili się i powiedzieli, jak możemy pomóc, co wytworzyć. W odpowiedzi dostaliśmy sugestie, aby rozpocząć druk przyłbic, których nie było, a których pierwsze przykłady pojawiały się w internecie. Inicjatorem akcji w Europie była czeska firma Prusa Research, która udostępniła projekt 3D przyłbicy zaakceptowany przez czeskie ministerstwo zdrowia. Opracowanie modyfikacji pro-

jektu rozpoczęliśmy 20 marca 2020 r. W podobnym czasie, w którym projektowaliśmy naszą wersję przyłbicy, w całej Polsce rozpoczęła się duża akcja społeczna, w którą włączyło się wielu prywatnych użytkowników drukarek 3D oraz firm i instytucji.

A.S.: Jak pracuje współczesny płatnerz?

K.G.: Przez pierwsze 3 tygodnie nasza praca wyglądała tak, że codziennie ranostawialiśmy drukarki 3D (5 urządzeń), aby wykonywały kolejne przyłbice, a my zabieraliśmy się za oczyszczanie, kompletowanie i pakowanie gotowych już przyłbic. Drukarki pracowały 24h na dobę przez 7 dni w tygodniu. Dostawy realizowane były w różny sposób lub przyłbice były odbierane osobiście z Politechniki. Potem nasza praca została przeorganizowana, ponieważ zostaliśmy wyposażeni w opaski przyłbic, które powstają metodą wtrysku. Te przyłbice dostarczyła firma, która odszukała naszą akcję w internecie i postanowiła pomóc. Wtrysk jest to przemysłowa metoda wytwarzania, która wymaga czasu na uruchomienie produkcji, ze względu na specjalistyczne narzędzia, ale pozwala produkować dużo większe wolumeny. Teraz zajmujemy się tylko składaniem i kompletowaniem przyłbic. A drukarki 3D chcemy wykorzystać do innych celów, np. produkcji przejściówek na filtry do masek.

A.S.: Na czym polega innowacyjność waszego modelu przyłbic?

K.G.: Model został zoptymalizowany w taki sposób, żeby można było zastąpić trudno dostępną płytę PVA/PETG, stanowiącą przednią osłonę, przez folię do bindowania w rozmiarze A4. W razie zniszczenia osłony, bardzo łatwo można taką osłonę wymienić, korzystając ze standardowego dziurkacza biurowego. Ponadto skrócony został czas wydruku oraz poprawiona została wygoda użytkowania przyłbicy. Przy jednoczesnym zachowaniu kompaktowych rozmiarów oraz możliwości wykonania drukowanych części przyłbicy w miarę krótkim czasie.

A.S. Dokąd trafił już sprzęt wyprodukowany przez Politechnikę Wrocławską?

K.G.: Sprzęt został przekazany wszystkim potrzebującym, którzy się do nas zgłaszali. Można powiedzieć, że trafił do wszystkich większych szpitali we Wrocławiu oraz wielu mniejszych placówek w mieście oraz na całym Dolnym Śląsku. Potrzebujący kontaktowali się z nami początkowo przez tradycyjne maile, a później przez formularz kontaktowy, który udostępniliśmy w internecie.



Za dystrybucję przekazywanych *pro bono* środków ochrony osobistej odpowiedzialna jest Dolnośląska Izba Lekarska. Na zdjęciu mgr Aleksandra Stebel i Wiktor Wołodkiewicz z DIL.

Fot. M.J.

W imieniu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz braci lekarskiej Dolnego Śląska dziękujemy: inicjatorom akcji „Wrocław szyje maski dla medyków”, Volvo Polska, Politechnice Wrocławskiej, firmom POLOmarket i FastPart oraz studentom UM we Wrocławiu za przekazane w formie *pro bono* środki ochrony osobistej w postaci przyłbic, maseczek bawełnianych i chirurgicznych. Jesteśmy ogromnie wdzięczni za Wasze wsparcie.

A.S.: Ile przyłbic trafiło w sumie do rąk potrzebujących?

K.G.: Na terenie Politechniki wykonaliśmy prawie 2800 przyłbic (stan na 23.04.2020 r.). W całym Wrocławiu, po 2 tygodniach akcji, nasz zespół liczył ponad 200 osób, dzięki którym powstało łącznie kolejnych 7500 przyłbic.

A.S.: Proszę zdradzić, jaki jest koszt produkcji takiego sprzętu?

K.G.: Koszty produkcji, pomijając oczywiście pracę wolontariuszy, to około 3-5 zł za sztukę. Wszystkie przyłbice przekazujemy za darmo, a środki na materiały pochodzą od różnych darczyńców oraz osób, które przekazały datki przez portal zrzutka.pl.

A.S. Jak zauważyła Marta z „Wrocław szyje maski dla medyków”, akcja pomocy dla medyków się rozpędza, ale wy też musicie regenerować siły...

K.G.: Najlepszą pomocą jest odciążenie nas od niektórych czynności, takich jak np. dystrybucja, lub wspomaganie poprzez produkcję elementów części do naszych produktów. Superpomocą jest to, kiedy firma ofiaruje za darmo materiały do produkcji lub sama włącza się w naszą akcję. Bardzo się też cieszę, kiedy wiele osób prowadzi własną, niezależną działalność i też produkuje takie przyłbice. ■

► KONRAD GRUBER

Specjalista w zakresie wytwarzania przyrostowego (druku 3D) oraz inżynierii materiałowej. Doktorant oraz pracownik naukowy w Katedrze Technologii Laserowych, Automatyzacji i Organizacji Produkcji Politechniki Wrocławskiej, gdzie realizuje badania z zakresu technologii przyrostowych przetwarzających stopy metali.

Pandemiczne tsunami

Dziedziną medycyny, która zamarała z powodu epidemii, a teraz najwolniej ze wszystkich podnosi się po ciosie, jaki całemu światu zadał SARS-CoV-2, jest stomatologia. Dentyści z niecierpliwością marzą o powrocie do pracy. Wielu z nich jednak wciąż nie jest w stanie przygotować gabinetu do otwarcia. Nie ze swojej winy.

Tekst Agata Grzelińska

ROZMÓWCY

PROF. DR HAB. N. MED. MARZENA DOMINIAK

Kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego



LEK. DENT.

IWONA ŚWIĄTKOWSKA

Wiceprezes DRL ds. stomatologii, przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL



LEK. DENT.

MAREK STEHLIK

Pełnomocnik Delegatury Wrocławskiej DIL ds. stomatologii



LEK. DENT.

BARBARA POLEK

Przewodnicząca Delegatury DIL w Jeleniej Górze



LEK. DENT.

VIOLETTA DUŻY

Pełnomocnik ds. stomatologii Delegatury DIL w Legnicy

najmocniej uderzyło w stomatologię

W czasie, gdy najlepszą formą ochrony przed zakażeniem koronawirusem jest dystans, wizyta u stomatologa wydaje się wyjątkowo ryzykowna. Nic dziwnego, że dentyści wpadli w panikę. Będąc lekarzami najbliższego kontaktu (w trakcie leczenia twarz dentysty i twarz pacjenta dzieli średnio około 40 cm), znaleźli się na szczycie drabiny ryzyka zakażenia.

– Stomatolog pracuje w torze oddechowym pacjenta, ma kontakt z jego aerozolem zębinowo-ślinowym. Jest szczególnie narażony na zakażenie i na przeniesienie zakażenia – mówi prof. Marzena Dominiak, kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego (PTS). – Obawa o to, by nie spowodować rozwoju epidemii, skłoniła wielu stomatologów do zamknięcia gabinetów. U podstaw tej decyzji leżał strach, ale przede wszystkim nieodpowiednie przygotowanie większości gabinetów stomatologicznych do zaistniałej sytuacji.

Zamknięte do odwołania

Zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia z 23 marca 2020 roku działalność gabinetów stomatologicznych powinna być ograniczona do pilnej interwencji. W stanie epidemii dentyści mogą pomagać tylko pacjentom zgłaszającym się z bólem, stanem zapalnym, ropniem, urazem, torbielą czy stanem „z wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań”. Wszelkie inne świadczenia stomatologiczne trzeba odłożyć na później.

Ograniczeniom zakresu usług towarzyszy zwiększony reżim sanitarny, który dla wielu okazał się barierą nie do pokonania – z kilku powodów. – Żebyśmy mogli pracować, powinniśmy mieć przynajmniej strój chirurga zabiegowego. Takie wyposażenie w chwili wybuchu epidemii poza chirurgami mieli nieliczni, dlatego na początku niewielu zostało na posterunku – przyznaje prof. Dominiak. – W stomatologii zachowawczej czy ortodoncji taki ekwipunek dotychczas najczęściej nie był potrzebny. Druga kwestia to atmosfera zagrożenia. W sytuacji, kiedy zewsząd płynął komunikat: „zostań w domu” i rekomendacje do zachowania dystansu dwóch metrów, stomatolodzy, którzy pracują blisko pacjenta i w czasie zabiegu mają kontakt z jego śliną i błonami śluzowymi, poczuli duże obawy.

Decyzję o zamknięciu gabinetu podjęło 90% (niewykluczone, że więcej) dentyistów w Polsce. Profesor Marzena Dominiak mówi, że w pierwszych tygodniach epidemii przyjeżdżali do niej ludzie z całej Polski. – Sytuacja stale się aktualizuje. Do pracy wróciło już około 30% gabinetów stomatologicznych w Polsce. Sukcesywnie z dnia na dzień liczba ta rośnie – mówi prezydent PTS.

Nie oznacza to jednak, że wszyscy stomatolodzy wrócą do pracy w najbliższym czasie. Lek. dent. Marek Stehlik jest pełnomocnikiem Delegatury Wrocławskiej DIL ds. stomatologii we Wrocławiu. Dziennie odbiera kilkadziesiąt telefonów od kolegów z pytaniem, co mają robić – czy wracać do pracy, czy nie? – Sytuacja jest patowa. Ani w wytycznych ministerialnych, ani tych z Naczelnej Izby Lekarskiej nie ma odpowiedzi na to pytanie – mówi dr Stehlik. – Są zalecenia, do jakich świadczeń się ograniczyć, jak się zabezpieczyć,

ale decyzję: pracować czy nie, każdy dentysta musi podjąć sam. Efekt? Nadal 99% gabinetów stomatologicznych we Wrocławiu jest zamkniętych.

Z ustaleń lek. dent. Marka Stehlika wynika, że pełną parą pracują we Wrocławiu tylko dr Radosław Jadach, dr Maciej Kawala i Akademicka Poliklinika Stomatologiczna. – Są w pełni zabezpieczeni w kombinezony, maski i śluzu. Mają osobne wejście brudne i wyjście czyste, zgodnie z wytycznymi NIL. Oczywiście, ma to sens, ale większość mniejszych gabinetów prywatnych nie ma możliwości, żeby tak zabezpieczyć pacjenta oraz siebie – dodaje stomatolog, który zamknął swój gabinet i zawiesił przyjmowanie pacjentów w innych placówkach. Z powodu wieku znajduje się w grupie ryzyka. Poza tym wymienia jeszcze dwie przyczyny: – Nie do przejścia dla większości z nas są trudności w dostępie do środków ochrony osobistej i ich wysoki koszt. Za takie modelowe zabezpieczenia pacjent musi dopłacić 300-400 złotych do opłaty za zabieg, NFZ nie jest zainteresowany pokryciem tych kosztów, a większości ludzi zwyczajnie na to nie stać.

Maseczki i rękawiczki na wagę złota

Stomatolog, który prowadzi prywatny gabinet, musi sam kupić środki ochrony osobistej. W normalnej sytuacji nie byłoby z tym problemu – dentyści od lat traktowali każdego pacjenta jak potencjalne źródło zakażenia i w hurtowych ilościach kupowali rękawiczki czy płyny odkażające. Nie byłoby tak, gdyby nie horrendalne ceny. Zwiększony popyt na tego typu produkty stał się przyczyną drastycznego skoku cen. Moi rozmówcy podają przykłady: za maskę, którą kupowali po 10 lub 15 zł, teraz płacą 50 zł. Rękawiczki przed epidemią kosztowały 20-30 zł za paczkę, teraz 70-80, a nawet 100 zł, buklak płynu odkażającego, niegdyś za 40 zł, dziś można nabyć za 200 zł itd. Do tego trzeba doliczyć kombinezony, fartuchy, maski JP2, JP3 (bardzo drogie), przyłbice, ochraniacze na buty. W odzież ochronną musi być też zaopatrzony personel pomocniczy. Do tego trzeba doliczyć koszty związane z dezynfekcją pomieszczeń i sprzętu. Urządzenia do oczyszczania powietrza, lampy UV-C, oczyszczacze z filtrami HEPA czy ozonatory to wydatki rzędu kilku czy kilkadziesiąt tysięcy zł.

– Obliczyliśmy w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, że przygotowanie lekarza i asysty do jednego zabiegu kosztuje od 200 do 300 złotych. Tyle trzeba zapłacić, żeby spełnić zalecenia ministra zdrowia i PTS, którego kalkulacje są podobne do naszych – mówi lek. dent. Iwona Świętkowska, wiceprezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL. – To oznacza wzrost cen za usługi stomatologiczne. Wyliczenia oscylują średnio między 100 a 300 zł – tyle pacjent będzie musiał dopłacić do ceny zabiegu. Te koszty mogą być mniejsze, ale tylko wtedy, kiedy będziemy mieli możliwość zaopatrzenia się w środki ochrony osobistej w hurtowniach po normalnych cenach – mówi.

Tak drogiego leczenia większość ludzi nie udźwignie finansowo. – To bariera zwłaszcza dla pacjenta, który przychodzi z bólem. Ból, pęknięcie wypełnienia czy problem z koroną to są sporadyczne przypadki, jeśli się dba systematycznie o zęby – zauważa lek. dent. Violetta Duży, pełnomocnik ds. stomatologii Delegatury DIL w Legnicy. – Większość problemów bólowych i obrzęków bierze się z zaniedbania, strachu lub niewydolności finansowej pacjenta. Jeżeli kogoś nie było stać na solidne leczenie przed epidemią, to czy on zapłaci więcej ze względu na koszty ochrony?

Niech będzie drogo, ale niech będzie

Gdyby kłopotliwe były tylko wysokie ceny, może sytuacja nie byłaby aż tak dramatyczna, jak jest. Problemem nie mniej dojmującym jest ograniczony dostęp do środków ochrony osobistej. – Sytuacja jest dramatyczna – mówi lek. dent. Violetta Duży. – Tym bardziej że Ministerstwo Zdrowia wprowadziło ograniczenia i prywatne gabinety nie mogą kupować hurtowych ilości środków ochrony osobistej. One są zarezerwowane dla szpitali, więc my kupujemy po szalonych cenach, o ile zdołamy cokolwiek dostać.

Doktor Stehlik zaznacza, że gdy w „Medium” pojawiła się informacja o pomocy w postaci darmowych przyłbic i maseczek, do DIL wpłynęło ok. 500 e-maili z zapotrzebowaniem. Barbara Polek, szefowa Delegatury DIL w Jeleniej Górze mówi, że lekarze wysłali do Narodowego Funduszu Zdrowia prośbę

ROZMÓWCY

**DR N. MED.
MACIEJ ŻAK**
Prezes NZOZ „Stomax”



FOT. Z ARCHIWUM
ROZMÓWCÓW



**LEK. DENT.
SADRI RAYAD**
Prezes Akademickiej Polikliniki Stomatologicznej we Wrocławiu



**LEK. DENT.
AMADEUSZ KUŹNIARSKI**
Koordynator ds. optymalizacji procesów leczenia w APS

o pomoc w zaopatrzeniu w środki ochrony osobistej. – NFZ odpowiedział im, że jest jedynie płatnikiem, a zaopatrzenie to nie jest ich działka i musimy sobie poradzić sami – mówi dentystka. – Tylko jak mamy sobie radzić sami, skoro nigdzie niczego nie ma.

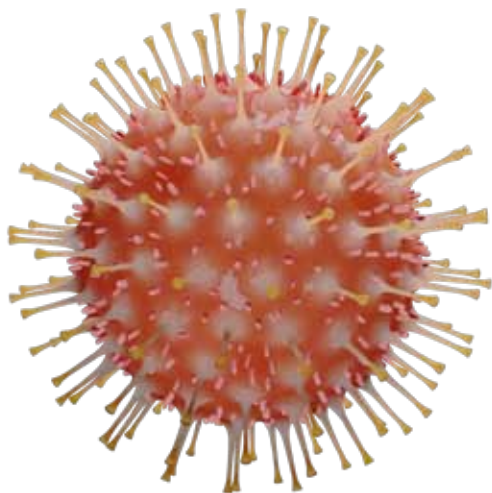
Doktor n. med. Maciej Żak jest prezesem NZOZ „Stomax” zatrudniającego 46 osób, w tym 18 lekarzy. Przychodnia nie przerwała pracy, ograniczyła zakres usług do dozwolonego minimum i wprowadziła ochronne procedury. – Załatwiłmy kombinezony malarskie w sklepach budowlanych. Mogą być sterylizowane. Przyłbice dostaliśmy za darmo od radnego z Wałbrzycha. Fartuchy jednorazowe, jeśli są dobrej jakości, można sterylizować. Wszystko to dzięki zaangażowaniu personelu, który chce pracować – mówi dr Żak.

Szpitala mają pierwszeństwo

Pomóc w tej kwestii stara się Dolnośląska Izba Lekarska. Lekarz dent. Iwona Świętkowska mówi, że Fundacja Lekarze Lekarzom działająca przy NIL zakupiła środki ochrony indywidualnej przeznaczone dla lekarzy i lekarzy dentystów. Sprzęt, w ramach akcji humanitarnej, został kupiony dzięki darczyńcom, głównie fundacji prowadzonej przez Dominikę Kulczyk „Kulczyk Foundation”. – W związku z tym, że tylko 10 procent tych środków trafi do stomatologów, co jest kroplą w morzu potrzeb, Komisja Stomatologiczna DRL podjęła decyzję o przekazaniu części środków finansowych na zakup środków ochrony, oraz zwróciła się do Zarządów Kół Lekarzy Dentystów o wykorzystanie swoich finansów na ten cel – mówi dr Świętkowska. »

Lekarz dent. Violetta Duży i lek. dent. Barbara Polek także nie mają wątpliwości, że najpierw należy pomóc szpitalom. – Jeżeli coś zostanie, to dostaną też dentyści. Sama w środku się przeciwko temu buntuję, bo wiem, że to, że nie mamy w czym pracować, też jest powodem, że nie pracujemy – mówi stomatolog z Lubina. – Ale przecież ratowanie życia jest najważniejsze. Piękny uśmiech może poczekać.

– Obliczyliśmy w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, że przygotowanie lekarza i asysty do jednego zabiegu kosztuje od 200 do 300, a czasami 400 złotych. Tyle trzeba zapłacić, żeby spełnić zalecenia ministra zdrowia i PTS, którego kalkulacje są podobne do naszych – mówi lek. dent. Iwona Świętkowska



Problemów, które przed dentydami postawił koronawirus, jest więcej – niektóre nie do rozwiązania. – Nie robimy zdjęć rentgenowskich, bo nasza laborantka pracuje również w szpitalu. Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia nie można pracować w kilku miejscach. Szpital jest ważniejszy, to oczywiste, wobec tego u nas nie ma kto robić zdjęć – mówi dr Żak. – Nie do rozwiązania jest problem architektoniczny, jaki mamy. Przychodnia mieści się w starych niemieckich budynkach, dostosowanych do naszych potrzeb, ale nie do stanu epidemii. W budynku jest jedno wejście, postaramy się oddzielić folią korytarz tak, żeby dzieci miały osobne wejście, ale nic poza tym nie da się z tym zrobić.

Bez środków ochrony i bez testów

Lek. dent. Iwona Świętkowska zwraca uwagę na jeszcze jeden aspekt, który nie poprawia i tak już dramatycznej sytuacji w stomatologii. – Chodzi o testy. Ministerstwo Zdrowia zapewnia je tylko personelowi szpitalnemu. Stomatolodzy są grupą pominiętą w tej kwestii – mówi.

Prezes „Stomaxu” zapytał dyrektorkę sanepidu w Wałbrzychu, jakie są szanse na testowanie personelu przychodni. – Powiedziała, że to nie leży w jej kompetencji. Jeśli ktoś zachoruje, to będzie badany, wcześniej nie ma na to szans – mówi dr Żak. – Prawda jest taka, że jeżeli ktoś z personelu zostanie zakażony, będziemy musieli zamknąć całą przychodnię. Pracujemy zatem, dopóki wystarczy nam sprzętu i dopóki ktoś z nas nie stanie zakażony.

Lek. dent. Sadri Rayad, prezes Akademickiej Polikliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i lek. dent. Amadeusz Kuźniarski, koordynator ds. optymalizacji procesów leczenia w APS nie przerwali przyjęć pacjentów w czasie epidemii. Oczywiście biorąc pod uwagę, że najistotniejszym aspektem jest bezpieczeństwo – zarówno lekarza, jak i pacjenta. – To lekarz podejmuje ostateczną decyzję o przyjęciu pacjenta, ponieważ to on ma najwyższe kompetencje pozwalające na ocenę stanu oraz konieczność leczenia. Zdecydowaliśmy się jednak nie narażać lekarzy bardziej, niż jest to konieczne – mówi lek. dent. Amadeusz Kuźniarski. – Wydaliśmy rekomendację dotyczącą lekarzy będących po 60. roku życia oraz posiadających choroby współistniejące, które mogą zwiększyć ryzyko ciężkiego przebiegu zakażenia takie jak: choroby serca czy cukrzyca. Oczywiście nie wykluczamy zaangażowania tych lekarzy w przyszłości. Na ten moment ci lekarze pozostają do stałej dyspozycji młodszych kolegów, telefonicznie służą radą, konsultują.

Prezes APS dodaje, że ta rekomendacja działa dwutorowo i dotyczy nie tylko lekarzy. – Wszystkie osoby z personelu z grup zwiększonego ryzyka wysyłamy do pracy zdalnej bądź na postojowe lub inną formę, w której znacznie ograniczony jest bezpośredni kontakt z osobą hipotetycznie mogącą być wektorem zakaźnym. Tak samo ważnym aspektem w tym trudnym okresie jest utrzymanie miejsc pracy. Zależy mi, żeby utrzymać zespół pracowników w tym samym składzie i zapewnić im należyte bezpieczeństwo w miejscu pracy, ponieważ to ludzie tworzący nasz zespół są największym aktywem APS – mówi dr Sadri Rayad.

Widmo bankructwa

Tym, co spędza sen z powiek stomatologom, jest przyszłość ich praktyk. Lek. dent. Iwona Świętkowska podkreśla, że najbardziej poszkodowaną grupą są lekarze poza systemem, czyli ci, którzy nie mają kontraktu z NFZ i pracują wyłącznie prywatnie. – Oni mają teraz największy problem, bo nie pracują i nie zarabiają – wyjaśnia przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL.

To, że muszą jak najszybciej wrócić do pracy, jest oczywiste. Lek. dent. Barbara Polek ma nadzieję, że najpóźniej w czerwcu stomatolodzy zaczną pracować chociaż w ograniczonym zakresie. – Bardzo chcemy wrócić, ale nie możemy narażać ani pacjenta, ani pracowników, ani siebie. Sytuacja jest bardzo trudna. O ile lekarze zatrudnieni w szpitalu czy u kogoś dostają pensję i mają przygotowane stanowisko pracy, o tyle my, jeżeli nie wypracujemy punktów funduszowych, ani nie zarabiamy prywatnie, zostajemy bez dochodów, ale z kosztami do zapłacenia – tłumaczy. – Mam asystentkę. Dlaczego ona ma nie otrzymać pensji? Płacę czynsz, opłaty za media, może będą teraz nieco niższe, ale będą. Muszę za to zapłacić, niezależnie, czy przyjmuję pacjentów, czy nie.

Lekarz dent. Violetta Duży dodaje, że stomatolodzy przed laty zmuszeni przez zmiany systemowe do otwierania swoich gabinetów, teraz nie mogą myśleć o sobie wyłącznie jako o lekarzach. Są też przedsiębiorcami i trudno wymagać, żeby fundowali pacjentom świadczenia. – W tej sytuacji muszę doliczyć pacjentowi koszty środków ochrony, bo inaczej zbankrutuję – mówi.

Lekarz dent. Marek Stehlik nie ukrywa, że nastroje w środowisku nie są dobre. Dentyści są sfrustrowani. Nie mogą wysiedzieć w domu, tęsknią za pracą, martwią się o swoje przedsiębiorstwa. – Stomatolodzy w Niemczech mają ekwiwalenty od państwa, gdy nie pracują. A nas się traktuje jak piątę koło u wozu. A przecież to, co bije we mnie jako lekarza, bije w mojego pacjenta – mówi stomatolog z Wrocławia. – Jeśli nasze gabinety upadną, ludzie będą mieli utrudniony dostęp do pomocy. To nie jest tylko nasza sprawa. NFZ proponuje nam 11 punktów, czyli ok. 11 zł za przyjęcie pacjenta, 37 za ekstrakcję zęba. Podczas gdy koszty zabezpieczenia do jednego zabiegu wynoszą kilkaset złotych. To chyba jest jakieś nieporozumienie.

Prezydent PTS dodaje, że część pacjentów szuka gabinetów stomatologicznych, bo ich boli albo coś się dzieje z wypełnieniem czy aparatem ortodontycznym, ale większość ludzi nie planuje na razie wizyt u stomatologa. Zgodnie z zaleceniem zostaje w domu. – Może pracuje 30% gabinetów, ale pomocy też szuka najwyżej 30% pacjentów – zauważa prof. Dominiak. – Ten, kto szuka pomocy w stanie nagłym, nie jest skory do dużych wydatków na stomatologię estetyczną czy rekonstrukcję. Wykonuje się więc tanie procedury przy wysokich kosztach, dlatego utrzymanie praktyki w tej chwili jest bardzo trudne.

Tym, co spędza sen z powiek stomatologom, jest przyszłość ich praktyk. Lek. dent. Iwona Świętkowska podkreśla, że najbardziej poszkodowaną grupą są lekarze poza systemem, czyli ci, którzy nie mają kontraktu z NFZ i pracują wyłącznie prywatnie. – Oni mają teraz największy problem, bo nie pracują i nie zarabiają – wyjaśnia przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL.

Trudne powroty

Prezes PTS spodziewa się trudności, z jakimi przyjdzie się zmierzyć lekarzom, którzy będą otwierali swoje praktyki po długiej przerwie. – Powroty będą trudne z kilku powodów. Lekarze będą się zastanawiali, czy mogą wrócić do takich praktyk, jakie mieli przed epidemią i czy będzie ich na nie stać. Niestety, często będzie to zaczynanie od zera, jak po powodzi – mówi prof. Dominiak. – Wprawdzie sprzęt nie został zalany, ale praktyka została zniszczona w aspekcie finansowym. W Polsce pacjenci nie są przypisani do stomatologów. Jeśli jakiś gabinet jest nieczynny, idą do innego. Ta nieprzewidywalność, co będzie po otwarciu, rodzi realne obawy o przyszłość.

Nie wiadomo, kiedy na swoje tory wróci protetyka, która dotyczy głównie seniorów, a więc pacjentów, dla których koronawirus jest szczególnie niebezpieczny. Podobnie ortodoncja, która w dużej mierze dotyczy dzieci, a te najłatwiej przenoszą wirus, same nie chorując. Obawy przed zakażeniem zdaniem lek. dent. Iwony Świętkowskiej jeszcze na długo zostaną w głowach lekarzy i pacjentów.

Profesor Dominiak zwraca uwagę na ekonomiczny koszt wydłużonego czasu wizyty jednego pacjenta. – Do każdego zabiegu trzeba doliczyć czas na przygotowanie gabinetu i personelu, a po zabiegu na dezynfekcję i wietrzenie gabinetu, przynajmniej przez 10–15 minut, najlepiej godzinę. To oznacza, że wizyt będzie znacznie mniej, a więc dochody stomatologów będą mniejsze – mówi prezydent PTS. – Wiem, że przy takich perspektywach, wiele praktyk się już powoli zamyka.

Stomatologiczne wyzwania po epidemii

Zamknięte gabinety, odkładane na później leczenie planowe zapowiadają nie tylko nowe wyzwania ekonomiczne, ale także medyczne i organizacyjne. Zaczniemy od medycznych. Lek. dent. Sadri Rayad spodziewa się, że zastój w stomatologii może odbić się w innych obszarach medycyny. – Musimy mieć jako stomatolodzy świadomość, że odłożony problem stomatologiczny nie znika, jest przekładany na inny czas lub gorzej – na zakres medycyny, najprawdopodobniej na szpitalnictwo – mówi prezes APS. – Teraz wszyscy jesteśmy skupieni na chorobie COVID-19, ale nie zapominajmy, że wszystkie inne choroby nie wzięły sobie urlopu, one cały czas istnieją i nadal postępują. Możliwe jest, że ograniczony kontakt zmniejszy liczbę zachorowań na gripę i przeziębienia, ale nie zapominajmy o chorobach kardiologicznych, onkologicznych czy nefrologicznych, na które problemy stomatologiczne mają udowodniony wpływ.

Doktor Rayad spodziewa się, że po epidemii wzrośnie znacznie ilość problemów z bólami mięśni żucia wywołanymi zwiększonym napięciem psycho-nerwowym. Doktor Violetta Duży spodziewa się nagromadzenia

stanów bólowych. Zakładając czarny scenariusz, że nie wszystkie gabinety otworzą się po epidemii i że zwiększony reżim sanitarny będzie utrzymany, należy się liczyć z kolejkami do dentysty. – Kiedy zawiesiłam przyjmowanie pacjentów, miałam kalendarz wypełniony do końca kwietnia – mówi lek. dent. Violetta Duży. – W pierwszej kolejności zacząć przyjmować tych, którzy byli umówieni. Myślę, że przy godzinnych przerwach po każdym pacjencie, następnych umówię na listopad.

Lekcja przewidywania

Lek. dent. Sadri Rayad i lek. dent. Amadeusz Kuźniarski mówią o lekcji, jaką wyciągnęli na przyszłość – należy tworzyć procedury, które pozwolą w szybki sposób zareagować na zaistniałą sytuację tak, aby działania stomatologiczne nie ustały w trudniejszych czasach. – Nikt z nas wcześniej nie miał styczności z epidemią, więc naturalne jest to, że wyniknęły pewne obawy zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów – mówi prezes APS. – Od momentu pojawienia się problemu w postaci ogólnosiątkowo ogłoszonej pandemii postanowiłem przede wszystkim nie zaprzestawać leczenia, odpowiednio zabezpieczyć swój personel i wprowadzić w jednostce procedury, które pomogą połączyć pierwszy aspekt z drugim – dodaje.

– W pierwszych dwóch tygodniach naszym celem było zabezpieczenie jak największej liczby naszych pacjentów, u których prowadzimy leczenie. Wymagało to bardzo dużej pracy całej jednostki i jednocześnie umożliwiło zwiększenie liczby przyjęć w trybie pilnym – relacjonuje koordynator ds. optymalizacji procesów leczenia w APS.

Lek. dent. Sadri Rayad uważa, że trzeba się nauczyć myśleć, co się wydarzy za dwa tygodnie, może za miesiąc. – Zaczęliśmy się szykować do pracy w stanie epidemii już 5 marca, dzień po ogłoszeniu pierwszego wystąpienia przypadku SARS-CoV-2 w Polsce. – mówi. – Już po kilku dniach wdrażaliśmy pierwsze procedury, takie jak mierzenie pacjentom temperatury oraz zbieranie rozszerzonego wywiadu epidemiologicznego – nie dlatego że wszyscy mogli być zakażeni, ale po to, żeby nauczyć zespół pracy w warunkach podwyższonej gotowości i przygotować ich do nowej sytuacji wystąpienia znacznego przyrostu SARS-CoV-2 w Polsce – na co, jak przewidziałem, niedługo trzeba było czekać. Jeżeli będziemy w stanie przewidywać pewne sytuacje, które mogą wyniknąć, będziemy mogli ograniczyć ryzyko, a mając zweryfikowane procedury, jest szansa, że unikniemy wielu błędów. ■



Tekst Kamil Kuczewski

Koronawirus a kryzys w branży medycznej

Obecna sytuacja jest bardzo skomplikowana dla większości społeczeństwa. Wzrost zagrożenia zdrowotnego dla większości z nas – w związku z koronawirusem – jest wciąż bardzo realny. Niektórzy zakładają, że ten stan będzie trwał kilka miesięcy, a przecież już teraz epidemia oddziałuje destrukcyjnie na gospodarkę. Inni prognozują, że nie obejdzie się bez kilkuletniej rekonwalescencji biznesów i prywatnych sytuacji wielu ludzi i przedsiębiorstw. Placówki medyczne to miejsca, w których zagrożenie jest największe i trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że to im jest w tej chwili najciężiej.



Fot. z archiwum autora

► **KAMIL KUCZEWSKI**

Właściciel firmy DentalWay. Zajmuje się biznesowym rozwojem placówek medycznych, szkoleniami z komunikacji z pacjentem i konsultingiem. Od 2005 roku specjalizuje się w psychologii osiągnięć, skutecznej komunikacji oraz efektywnym zarządzaniu.

Nigdy w historii nie spotkaliśmy się z taką sytuacją, w której cały świat musiałby dzielić się swoim kryzysem. Warto jednak szukać w tym wszystkim pozytywnych aspektów i odkryć na nowo, jaką wartość ma życie. Wykorzystajmy te trudne chwile po to, aby się czegoś nauczyć. Jak wspomniał kiedyś Winston Churchill: „Pesymista szuka przeciwności w każdej okazji. Optymista widzi okazję w każdej przeciwności”.

Jak przygotować się na prawdziwy kryzys?

Każde dzisiejsze działanie musi być konkretne i nastawione na przygotowanie się do kryzysu, który przyjdzie do nas dopiero za jakiś czas. To, co w tej chwili dzieje się na świecie, to tylko wstęp, początek stanu ogarniającego każdy zaulek kuli ziemskiej. Jeśli podejmiemy do tematu poważnie i zaangażujemy się w działania zabezpieczające naszą przyszłość, zdecydowanie łatwiej będzie nam wyjść na prostą w momencie, kiedy kryzys osiągnie swój krytyczny punkt. Każdy człowiek, który prowadzi poważną działalność gospodarczą, musi zdawać sobie sprawę, że wszelkie podjęte kroki zaważą na przyszłości, która pod wieloma względami nigdy nie wróci do stanu sprzed ery pandemii.

Pierwszą rzeczą, o którą należy zadbać to zachowanie spokoju. Nie należy kierować się emocjami, które powinniśmy teraz po prostu odciąć od racjonalnego myślenia. Teraz musimy myśleć logicznie i długofalowo, abyśmy byli w stanie analizować i rozwiązywać bieżące problemy. Ciągłe wzrastające koszty utrzymania placówek medycznych zbiegły się ze wzrastającą inflacją i brakiem odpowiednich zwyczajów cenowych, które w jakiś sposób pomogłyby przez niego przebrnąć.

Lekarze i właściciele placówek nie byli też w stanie w ostatnim czasie odpowiednio zarządzać swoimi finansami ze względu na brak dostępu do prawidłowo opracowanych raportów faktycznej sytuacji finansowej branży. To wszystko jest w stanie doprowadzić do paniki i chaosu. Jednakże tylko spokój jest w stanie dać nam konstruktywny, konkretny start, pozwalający na sprawne wyjście z tej ciężkiej sytuacji.

Warto pamiętać, że w przeszłości medycyna borykała się z wieloma problemami, które udało się przetrwać i pójść do przodu – dlaczego więc tym razem miałoby być inaczej? Ten problem jest ogromny, jednakże ufając swoim możliwościom, jesteśmy w stanie osiągnąć naprawdę wiele. Wszystko zależy bowiem od podejścia i naszej umiejętności konsekwentnego, sprawnego działania – bez pozytywnego nastawienia w stosunku do swoich sił i energii nie będziemy w stanie zdziałać zbyt wiele.

Ciekawym sposobem na kryzys jest wyobrażenie sobie najgorszego scenariusza i przewidzenie takich działań, aby nie dać mu możliwości pojawienia się. Oddzielając się od emocji i działając produktywnie, starajmy się myśleć o twardych faktach i o tym, że to jest po prostu kolejny problem do naprawienia, nic więcej. Należy wziąć sprawy w swoje ręce i nie dać się sparaliżować sytuacji. Śmiało krocząc naprzód, dajemy sobie szansę na dobrą przyszłość – nie możemy dać się przestraszyć każdej przeciwności. Musimy jej stawić czoła i korzystać z pomocy innych, którzy są w stanie nas wesprzeć i pomóc zachować zimną krew.

Jak przygotować plan działania?

Konkretnym pierwszym krokiem jest zatrzymanie się w ogólnej panice i pędzie emocjonalnym, który ogarnia większość ludzi. Kryzys to czas na przystanek w działaniach, konstruktywne zebranie faktów i poukładanie ich w taki sposób, aby ułożyły dla nas konkretne przesłanie. Aby bowiem zacząć coś robić, musimy wiedzieć, co dokładnie się dzieje i na tym opierać plan sukcesywnego działania, które pozwoli nam, krok po kroku, osiągnąć taki stan, w którym będziemy umieli kierować swoim biznesem w płynny, niezachwiany sposób i to pomimo kryzysowej sytuacji.

Jeśli nie jesteśmy tego w stanie zrobić z miejsca, warto spróbować medytacji i wyciszenia, które pozwolą zmniejszyć napięcie emocjonalne i spojrzeć na problemy z dystansem. Obecny kryzys zmusza nas do zmiany drogi, którą do tej pory szliśmy. Nie wolno wierzyć przypuszczeniom – to fakty mają nas prowadzić. Placówki medyczne straciły przede wszystkim możliwość bezpośredniego przyjmowania pacjentów, którzy mogą być potencjalnie zarażeni COVID-19. Zmiana funkcjonowania zachwiała dotychczasowym systemem, który w tej chwili wymaga gruntownej odbudowy.

Musimy przede wszystkim znać naszą sytuację finansową i przewidywać, jak będzie ona wyglądać w najbliższych kilku miesiącach. Na tej podstawie należy rozplanować ewentualne cięcia budżetowe i wszystkie obszary, w których możemy z czegoś zrezygnować i coś ograniczyć, aby zwiększyć poczucie bezpieczeństwa w zakresie finansów.

Ważne, żeby zadbać o wszystkie aspekty działalności

Dzisiaj nade wszystko liczy się to, aby nie obwiniać siebie nawzajem i przejąć kontrolę nad rzeczywistością taką, jaka ona jest. Zamiast tracić energię na niepotrzebne konflikty, lepiej spożytkować ją na wprowadzanie w życie planu naprawczego. Ograniczmy straty i nie angażujmy się w działania, które mogą je pogłębiać. Każdy moment jest dobry, aby poprawić funkcjonowanie np. gabinetu lekarskiego i nie dopuścić do pogłębienia się kryzysu – każdy popełnia błędy, ale należy umieć zatrzymać błędnie zaplanowane procesy, a nie brnąć w nie mimo wszystko. Pamiętaj, nie popełnia błędów ten, kto nic nie robi.

Nie zaciągajmy szybkich kredytów, obetnijmy niepotrzebne koszty, wartościujmy swoich pracowników. Niestety, nie uda nam się utrzymać wszystkich pracowników i zwolnienie części będzie naprawdę niezbędne. Należy zacząć zarządzać kryzysem. Pokazać, że naprawdę wiemy, czym jest odpowiedzialność za ludzi, którzy nam podlegają i za to, co dzieje się w naszym biznesie.

Nie warto natomiast obniżać kosztów marketingowych i doradczych, bo one pomogą nam wyjść z kryzysu. Trzeba być może zmienić tylko priorytety i przeznaczać środki np. na sposoby kontaktów zdalnych z pacjentami i leczenia ich w dużej części bez bezpośredniego udziału lekarza. Istotnym testem jest rozpoczęcie działania online w wielu obszarach i na ogromną skalę. Zapewnienie pracownikom medycznym pracy zdalnej jest trudne, jednakże w niektórych obszarach możliwe.

Lekarze udzielają porad online, wydają recepty, a odbywa się to bez bezpośredniego kontaktu. Niezbyt pilne badania i kontrole przekładane są na później – to również zarządzanie kryzysem i wzięcie odpowiedzialności za swoich pracowników. Im bowiem mniejszy kontakt z pacjentami, tym większa szansa na zachowanie zdrowia wśród personelu. Niestety nie jesteśmy w stanie działać bez lekarzy, ratowników czy pielęgniarek i położnych. Zapewnienie im możliwości ograniczenia dotychczasowych obowiązków lub zmiana formy ich wykonywania jest krokiem naprzód, który należy podjąć.

Jak powinno wyglądać odpowiedzialne działanie w dobie kryzysu?

Prowadząc swoją działalność, nie wolno zapominać o ciągłości komunikacji. Każdy właściciel firmy powinien być otwarty na roz-

mowy z pracownikami i jasno przedstawiać im sytuację, w której się znajdują. Warto informować o ewentualnych zmianach i przygotowywać na cięcia lub duże i małe zmiany, które mają przyjść. To samo tyczy się kontaktu z dostawcami i pacjentami – jeśli coś ma się zmienić i ma to w jakiś sposób obciążyć drugą stronę, należy ją o tym na bieżąco informować, a nawet chwilę przed przygotowaniem, aby udało się przejść przez ten czas zdecydowanie mniej emocjonalnie, a przy tym bardziej profesjonalnie.

Przekaz zawsze powinien być spójny i wartościowy. Ważne jest również poznanie i zaakceptowanie swoich ograniczeń. W przypadku placówek medycznych głównym ograniczeniem jest COVID-19. Nie da się więc przyjmować pacjentów w taki sam sposób jak dotychczas. Zdając sobie jednak sprawę z tego, że kryzys potrwa przez bardzo długi czas, warto zainwestować w sprzęt i działania, które pozwolą na zwiększenia zakresu działalności placówek – na przykład na przyjmowanie większej liczby pacjentów (oczywiście w bezpieczny sposób), czy też na pomoc dla pacjentów niechorujących na COVID-19, ale wciąż potrzebujących pomocy. Może się to wiązać ze zwiększeniem opłat za zwyczajne wizyty, być może jest to konieczność, której nie uda się w żaden sposób obejść. Jeśli nie zostanie zakupiony odpowiedni sprzęt, akcesoria do dezynfekcji, a aktualny system nie zostanie zmodernizowany, to nie będziemy w stanie praktycznie funkcjonować.

Każdy rodzaj kreatywności jest dziś, tak jak zawsze zresztą, pozytywny. Warto inwestować w pomysły, które pozwolą na poprawienie finansów firmy. Warto skupiać się na kluczowych obszarach, aby nie spaść w naszym działaniu na zdecydowanie niższy poziom. Może to dotyczyć modernizacji wizyt, zwiększenia częstotliwości przyjmowania pacjentów bólowych, czy też zajęcie się podczas jednej stomatologicznej wizyty większą liczbą zębów, aby w tym samym czasie przyjąć znacznie więcej potrzebujących pacjentów.

Zmiana sposobu komunikacji i dbanie o finanse

Warto pomyśleć o zmianie komunikacji z pacjentami. Warto wysłać im SMS-y i empatyczne wiadomości zwiększające poczucie bezpieczeństwa, które w ostatnim czasie niestety drastycznie spadło. Jeśli skupimy się na priorytetach i działaniach przynoszących szybko wymierne efekty, to będziemy rozwijać działalność, co jest ogromnym krokiem naprzód w tej trudnej sytuacji.

Po zaplanowaniu swojego działania nie należy zwlekać z jego wdrożeniem. Ważne jest rozpoczęcie go tu i teraz, ponieważ w dobie kryzysu nie powinno się tracić cennego czasu. Priorytetem jest dbanie o płynność finansową za wszelką cenę – bez niej nie zdziałamy kompletnie nic, więc pozbycie się w tym zakresie emocji jest kluczowe. To rzecz święta – należy raczej gromadzić środki, niż je szybko wydawać i to na najmniej priorytetowe rzeczy. Poza wszystkim należy też w miarę możliwości nie nawiązywać współpracy z kontrahentami działającymi z odroczonej płatności (np. z korporacjami przysyłającymi swoich pracowników, ale płacących za ich leczenie po wielu tygodniach lub miesiącach). Sprzedawanie usług z odroczoną płatnością może skutkować brakiem płynności finansowej w naszej firmie.

Walcząc o utrzymanie działalności gospodarczej na odpowiednim poziomie, nie należy tracić z oczu swoich pacjentów. Troska o nich jest bardzo ważna. Przecież pacjenci czują się zagrożeni – i nie chodzi tu tylko o strach przed koronawirusem, ale też o inne powiązane z lękiem aspekty zdrowotne.

Działajmy prostolinijnie, bez niepotrzebnych procedur i komplikacji, które do tej pory wydawały się zasadne – warto skupić się na najważniejszym działaniu i oszczędzać energię. Jesteśmy tylko ludźmi i jeśli nie zadbamy o nasze zdrowie, nikt nie zrobi tego za nas, szczególnie teraz. To my musimy walczyć o to, żeby przetrwać, a skoro wszyscy wokół robią dziś dokładnie to samo, to warto liczyć tylko na siebie i umieć się wesprzeć aż do momentu, w którym stwierdzimy, że wreszcie wygraliśmy. ■



Fot. z archiwum J.R.

Wiele kłopotów z psychiką może się ujawnić wtedy, gdy epidemia da za wygraną

Rozmawia Maciej Sas

▼ PROF. DR HAB. N. MED.
JOANNA RYMASZEWSKA

Najpierw razem z zespołem zaproponowała fachową pomoc psychologiczną i psychiatryczną lekarzom walczącym z koronawirusem. Potem rozszerzyli swoje działania na całą służbę zdrowia i pacjentów, którzy nie potrafią się odnaleźć w świecie ogarniętym pandemią. O działaniach swojego zespołu mówi prof. dr hab. n. med. Joanna Rymaszewska, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w rozmowie z Maciejem Sasem.

Maciej Sas: Stres to nieodłączny element życia lekarzy, zwłaszcza tych, którzy pracują na ostrym dyżurze. Ale wydarzenia ostatnich tygodni sprawiły, że sytuacji stresowych jest wielokrotnie więcej niż normalnie. Państwo najlepiej o tym wiedzą, bo starają się pomóc osobom „zainfekowanym” nadmiernym stresem.

Prof. dr hab. n. med. Joanna Rymaszewska: Oczywiście stres stresowi nierówny. Jeśli pewne okoliczności są powtarzalne, jesteśmy do nich przyzwyczajeni, wiemy, jak postępować i nie są one dla nas zaskoczeniem, czy nie stwarzają poczucia zagrożenia osobistego, wszystko jest w normie. Ale zdarzają się sytuacje takie, jak ta teraz, związane z trwającą pandemią, które trudno nazwać rutynowymi.

W rozmowie z kolegami zakaźnikami śmiałam się, że mają teraz swoje eldorado, bo wreszcie dzieje się coś takiego, co można badać wzdłuż i wszerz – są na pierwszej linii i są najważniejsi dla wszystkich. Mówię to bez cienia zazdrości, bo to fantastyczni specjaliści! Natomiast tak, jak kiedyś podczas epidemii odry, czy wcześniej hiszpanki, cholery bądź dżumy, o których tylko czytaliśmy, teraz nagle wydarzyło się coś takiego, co przerasta standard postępowania medycznego, jak i relacji społecznych. A przecież ani lekarz, ani pielęgniarka, ani ratownik medyczny, ani pani salowa nie są wyłączeni spod wpływu wszystkich informacji z tym związanych, bodźców społecznych. Na nas wszystkie kolejne komunikaty i ostrzeżenia oddziałują tak, jak na każdego innego, przeciętnego człowieka. Z tym, że my, personel medyczny, mamy jeszcze na dodatek bezpośredni kontakt z pacjentem zarażonym lub potencjalnie zarażonym, co sprawia, że jesteśmy w wyjątkowo trudnej sytuacji.

M.S.: Kumulacja niekorzystnych czynników?

J.R.: To prawda, ale myślę, że większość z nas potrafi się do tego zaadaptować. Niemal każdy człowiek ma mechanizmy radzenia sobie w sytuacjach skrajnych, mobilizuje się i wykonuje pewne rzeczy bardziej lub mniej mechanicznie, potrafi się odpowiednio zorganizować. Ale to na dłuższą metę nie pozostaje bez echa i u niektórych osób, jak nie u większości, pewne konsekwencje emocjonalne pozostawia. One mogą się później objawiać w różnej formie.

Pierwszy sygnał ostrzegawczy popłynął między rezydentem z naszej kliniki a jednym ze wspomnianych wcześniej „frontowców”. Kolega rezydent z chorób zakaźnych skontaktował się z kolegą rezydentem psychiatrą. Szukał pomocy, rady – co zrobić w stresującej sytuacji. Stwierdził, że mają problemy emocjonalne, problemy z wytrzymaniem w tej sytuacji, problemy z bezsennością i nie wiedzą, „co wziąć na spanie”, żeby kolejnego dnia być przytomnymi w pracy. To takie proste, bardzo oczywiste rzeczy, o których powinniśmy między sobą rozmawiać. Ale potem pojawił się kolejny taki sygnał, tym razem z Wałbrzycha.

M.S.: Zaczęły się pojawiać kolejne alarmy?

J.R.: Tak można powiedzieć. Stwierdziliśmy więc, że musimy zadziałać, bo chcemy się jakoś włączyć w pomoc, stosując i oferując to, co potrafimy. Nie umiemy oczywiście wielu rzeczy i nie za bardzo pewnie odnaleźlibyśmy się na SOR-ach czy w pogotowiu, ale chcemy pomagać inaczej. I dlatego szybko się zorganizowaliśmy, żeby przygotować program pomocy najpierw dla zakaźników (oczywiście nie tylko lekarzy, ale wszystkich pracujących na tych oddziałach, dla całego personelu), a później w ogóle dla personelu medycznego czy ludzi pracujących z pacjentami. Stwierdziliśmy bowiem, że równie źle mogą się czuć osoby, które pracują chociażby w rejestracji POZ, gdzie jeszcze na początku epidemii przychodzili pacjenci, a nie było wiadomo, że możemy przejść na kontakt telefoniczny, telekonsultacje itd. Wtedy pomyśleliśmy, że trzeba program wsparcia szybko otworzyć na inne specjalności. Później dostaliśmy pytanie o to, czy pracownicy apteki, farmaceuci mogą do nas dzwonić. Faktycznie, to oczywiste. Co prawda, pozornie wydaje nam się, że to bezpieczne, bo farmaceuta stoi za ladą i chroni go szyba, ale jednak kontakt bezpośredni zachodzi. Kolejna grupa to diagności w laboratoriach, mający kontakt z materiałem biologicznym, przykłady można mnożyć.

KOLEŻANKI I KOLEDZY, PRACOWNICY OCHRONY ZDROWIA

Kontakt do nas: tel. 71 784 16 10
lub e-mail: psychiatria@umed.wroc.pl
Jesteśmy do Państwa dyspozycji
– zespół Kliniki Psychiatrii USK we Wrocławiu

M.S.: Mówi Pani o kilku różnych grupach. Jak sądzę, będzie ich sporo. Po pierwsze, medycy – „frontowcy”, jak ich nazwaliśmy po wojskowemu, a więc zakaźnicy i wszyscy ci, którzy w szpitalach pracują w trybie ostrym. Potem pojawiają się pracownicy aptek. Ale są też inni, np. pacjenci, bo tym też Państwo zaczęli pomagać. I jak sądzę, każda z tych grup ma trochę inne problemy i trochę inny musi być też sposób pomagania. Proszę powiedzieć, zaczynając od tych, którzy są w tej chwili najważniejsi, jak Pani zresztą

podkreśliła, czyli zakaźników – jakiego typu problemy pomagacie im rozwiązać?

J.R.: Głównie związane z przeżywanym stresem, z napięciem, z niepokojem, z lękiem, z nieumiejętnością wyciszenia się i skupienia uwagi oraz właśnie ze snem. Natomiast co do innych pracowników służby zdrowia, na przykład zgłosiła się pani, która pracuje w administracji szpitala, ale ma kontakt z pacjentami, z ich dokumentacją, więc musiała chodzić na oddział. Mówię „musiała”, bo teraz to zostało ograniczone – w większości szpitali zaczął obowiązywać elektroniczny obieg dokumentów. Natomiast na początku w ogóle nie pomyśleliśmy o osobie, która pracuje w administracji, że ona też jest narażona i może nawet bardziej, bo jest mniej świadoma. Przecież na samym początku nie było jeszcze zabezpieczeń dla tych osób, rozmaitych środków ochrony, np. maseczek, przyłbic, rękawic jednorazowych itd. Później okazało się jeszcze coś innego – uświadomiliśmy sobie, że na oddziale zakaźnym pacjenci są zupełnie wyizolowani, widzą tylko ludzi w jakiś dziwnych maskach i ubraniach, które powodują, że pewnie tylko po głosie są w stanie ich rozróżnić. No i ewentualnie po wzroście.

M.S.: Świat zupełnie abstrakcyjny, tajemniczy, straszny.

J.R.: Kompletnie abstrakcyjny. Stwierdziliśmy więc, że w tym przypadku musimy powołać grupę wolontariuszy (psychologów i psychiatrów), którzy mogliby służyć tym pacjentom pomocą. Mają prawdopodobnie telefon, a niektórzy szczęśliwcy, jeśli posiadają komputer lub smartfon, to mogą się też z nami spotkać na wideo konsultacjach i porozmawiać z osobą bez maski. Wydało nam się, że głównie te dwie grupy powinniśmy otoczyć jakąś formą opieki i wsparcia.

KOLEŻANKI I KOLEDZY

mamy program wsparcia psychologicznego dla Waszych hospitalizowanych pacjentów COVID+

Kontakt do nas: tel. 885 852 297
lub e-mail: interwencja.umed@gmail.com

Później pojawiła się kolejna grupa ludzi – tych, którzy byli i są na kwarantannach. Teraz ta liczba osób rośnie, więc zorganizowaliśmy kontakt w nieco inny sposób. Dyżuruje już zupełnie inna grupa terapeutów i na innych zasadach – jeśli zaistnieje potrzeba, to będziemy taką pomoc rozszerzać. Wsparcie polega głównie na oddziaływaniach psychoterapeutycznych w formie rozmów z psychologami. Rzadko jest potrzebna interwencja psychiatryczna. Co więcej, muszę powiedzieć, że tych zgłoszeń nie ma dużo. Wręcz przeciwnie – jest ich naprawdę niewiele. »



Każda osoba na kwarantannie potrzebująca kontaktu z psychologiem lub psychiatrą może dzwonić na numer: 71 784 16 10 (będzie umówiona na telekonsultację).

M.S.: Dlaczego? Tak mała jest potrzeba czy dlatego, że nawet ludzie ze świata medycyny, czyli ze środka cyklonu, obawiają się sięgać po taką pomoc?

J.R.: Zawsze staram się wypierać taką interpretację, bo jej nie lubię. Bronię naszego środowiska przed wciąż pokułującym tekstem: „to już ze mną tak źle, że wysyłacie mnie do wariatkowa?”. Ale może ma pan rację... Druga sprawa, że pewne informacje nie docierają do osób, których dotyczą. Nasze programy wystartowały 16 marca. Ale dopiero, gdy pojawiła się informacja o nich w radio, zadzwoniła koleżanka z gastroenterologii. Mieli tam podejrzenie COVID-u i chciała zorganizować wsparcie zarówno dla pacjenta, jak i dla pielęgniarek, które były przerażone sytuacją. Dowiedziała się o możliwości pomocy z radia! Oczywiście, informacja o programach powinna funkcjonować w obiegu wewnętrznym, chcielibyśmy, żeby w każdej dyżurce wisiała informacja z telefonem i adresem mailowym, za pomocą których można się z nami skontaktować. Myślę, że liczba spraw, procedur, które mamy do ogarnięcia, sprawia, że te informacje uykają.

Teraz wszyscy się organizujemy, jesteśmy skupieni na znalezieniu się w tej nowej sytuacji. Jest spięcie organizacyjne na poziomie szpitali, poradni, na poziomie domów, mieszkań, rodzin. To taki moment, kiedy można liczyć na wsparcie współpracowników, sąsiedzkie czy przyjacielskie. Podejrzewamy natomiast, że konsekwencje psychologiczne, poczucie, że wydarzyło się jednak coś trudnego, być może dla niektórych nieodwracalnego, zaczną się ujawniać dopiero, gdy epidemia nieco odpuści, i będą trwać długo po jej wygaśnięciu. Aktualnie ludzie zgłaszają się do nas w ostrym stresie – ci, którzy się naprawdę zdekompensowali. Widzimy także, że część naszych pacjentów psychiatrycznych już teraz reaguje pogorszeniem stanu psychicznego. Manifestuje się to częstokroć ostrymi objawami choroby, z którą zmagają się od lat, ale nasilonej za sprawą tej wyjątkowej sytuacji.

M.S.: Oni, jak podejrzewam, wymagają natychmiastowej, doraźnej interwencji?

J.R.: Zdecydowanie. Natomiast wracając do osób do tej pory zdrowych, tak naprawdę świadomość kłopotów, a więc „samozdiagnozowanie się”, że coś jest ze mną nie tak, zacznie się dopiero po kilku tygodniach czy po kilku miesiącach. Szczególnie, jeśli dołączą do tego konsekwencje ekonomiczne, gospodarcze. Wiadomo, że pojawiają tego typu problemy, i że dotkną nas wszystkich w większym lub mniejszym stopniu. I wtedy – jak podejrzewam – nadejdzie druga, chyba niestety zdecydowa-

nie większa fala kryzysów psychicznych. Już teraz zresztą pokazują się dane, że sprzedaż leków przeciwdepresyjnych i uspokajających wzrosła o 20-30%.

M.S.: Właśnie o to chciałem Panią zapytać, bo działania doraźne to jedno, ale za chwilę pojawi się konieczność systematycznej, kompleksowej pomocy związanej z ujawnionymi dolegliwościami. Z tym wiąże się dwa pytania. Po pierwsze, kiedy i na podstawie czego powinienem stwierdzić (mówię ogólnie), że potrzebuję takiej pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej. A po wtóre, czy w związku z tym mają Państwo pomysły, jak pomagać tym ludziom?

J.R.: Jeśli pojawią się objawy złego samopoczucia, gdy pojawiają się wątpliwości, najprościej zapytać eksperta. Nie bójmy się pytać osób, które mogą znać odpowiedź i mieć dobre rozwiązanie dla nas, czyli psychiatrów i psychologów. Nie krępujmy się sięgnąć po pomoc. My, pracownicy ochrony zdrowia, nie jesteśmy ze stali i nie musimy tego udowadniać. Oczywiście nie jest to możliwe, jeśli ktoś nie uświadamia sobie, że się źle czuje. Osoba, która nie będzie świadoma, nie rozpozna u siebie problemu, więc sama sobie nie powie „cholera, chyba źle się czuję, nie jest dobrze, nie daję rady”. I na pewno się nie zgłosi samodzielnie po pomoc, którą oferujemy. Natomiast pewne objawy, odstępstwa od normy może zauważyć ktoś bliski, ktoś z bezpośredniego otoczenia, jeżeli ktoś taki jest. Jeśli widzicie u kolegi lekarza lęk lub nienaturalne zmęczenie i apatię – zareagujcie! Bądźmy uważni!

Wracając do naszych pacjentów, niestety, seniorzy są taką wyjątkową grupą, która może szczególnie ucierpieć z racji samotności. Dla tej grupy nawet nasze Polskie Towarzystwo Psychiatryczne przygotowało specjalne rekomendacje dotyczące postępowania – szczególnie z tymi osobami, które zmagają się z chorobami otępiennymi oraz dla ich opiekunów. Podobne rekomendacje przygotowaliśmy dla rodziców, opiekunów dzieci i młodzieży. Znajdziecie je na stronie: psychiatria.org.pl/aktualnosci

Jakie są najczęstsze symptomy złego samopoczucia? Jedna osoba odczuwa to pod postacią problemów ze snem, druga przestaje jeść, jest nadmiernie niespokojna, płacziwa lub odwrotnie – drażliwa, a trzecia nie chce wychodzić z domu (i dobrze – przynajmniej w czasie epidemii) i nie chce się kontaktować w żaden inny sposób z ludźmi, wychodzić im naprzeciw, rozmawiać z nimi, załatwiać jakichś podstawowych spraw, organizować życie domowe czy zawodowe. Te sygnały pewnej dysfunkcji, pogorszenia funkcjonowania i złego samopoczucia każdy z nas (bardziej lub mniej) jest w stanie u siebie zauważyć. I to jest pierwszy sygnał, że trzeba się sobie przyjrzeć dokładniej. Jeśli taki stan się przedłuży, bądź jest wyjątkowo uporczywy i przykry, a symptomy nasilone, to nie musimy czekać 2-3 tygodni, tylko od razu porozmawiać ze specjalistą. Ministerstwo Zdrowia i NFZ szybko uruchomiły możliwość prowadzenia telekonsultacji i wideokonsultacji z psychologami, co stwarza bardzo dobrą możliwość szybkiego kontaktu z profesjonalistą. Może to być kontakt jednorazowy celem wyjaśnienia, czy rzeczywiście dolega mi coś poważnego,

czy wszystko jest w porządku. Jedna rozmowa z kimś, kto się zna, kto wie, jakie zadać pytania, by poznać problem i wie, jak ukierunkować osobę zaniepokojoną swoim samopoczuciem, już przynosi zdecydowaną ulgę. Dlatego fakt, że teraz mamy w tym szaleństwie wyjątkowo uprzywilejowaną sytuację, my, czyli psychiatrzy i psychologowie, że możemy konsultować i możemy rozmawiać (bo na tym głównie polega nasze oddziaływanie z osobą w kryzysie) przez telefon lub programy wideo, jest nie do przecenienia. My w Klinice korzystamy z każdej dostępnej formy kontaktu, dostosowując się do możliwości pacjenta – najczęściej z komunikatorów Skype, ZOOM lub WhatsApp.

M.S.: Z tego, co Pani mówi wynika, że możliwości kontaktu ze specjalistą są teraz lepsze niż normalnie.

J.R.: Bo tak faktycznie jest. Po tym okresie, kiedy pojawił się komunikat, że wszystko jest zamykane, pacjenci się wystraszyli i nikt nigdzie nie chodził. Jedynie ci, co mieli recepty i leki, byli zabezpieczeni. Ale nie wszyscy. Natomiast teraz u nas w poradni obserwujemy bardzo duży ruch właśnie za sprawą wspomnianych tele- i wideokonsultacji. Co więcej, z konieczności minimalizowania ryzyka np. psycholodzy, pracując zdalnie, mogą konsultować pacjentów, którzy są jedynie umawiani telefonicznie przez panią z rejestracji. Naprawdę tych konsultacji jest dużo, robimy to na bieżąco i dobrze to wychodzi. Pacjenci w starszym wieku lub w różnej kondycji psychicznej, którzy się zgłaszają do psychiatrów, też bardzo dobrze oceniają takie rozwiązania i są zadowoleni z tej możliwości kontaktu. Mamy e-recepty, mamy te wszystkie możliwości internetowe, usprawnienia, które szczęśliwie weszły w życie przed pandemią.

M.S.: Mam pewną wątpliwość – o ile Wrocław jest w centrum uwagi, są Państwo, jest Klinika, jest więcej specjalistów, o tyle im dalej od dużych centrów jak Wałbrzych, Legnica, Jelenia Góra, tym może być większy kłopot. Czy jakieś słuchy z tym związane do Pani docierały?

J.R.: Nie mam dokładnego rozeznania w tej sprawie – trzeba by o to zapytać konsultantkę wojewódzką w dziedzinie psychiatrii, panią doktor Ewę Bartecką-Piłasiewicz. Natomiast warto przekazać wszystkim lekarzom informację, że teraz właśnie pacjenci z małych miejscowości będą mogli korzystać z tele- i wideokonsultacji również po zakończeniu pandemii. A teraz mogą po prostu do nas dzwonić! W tym całym wielkim nieszczęściu jest duży plus – telemedycyna, która wcześniej jedynie raczkowała, teraz gwałtownie się rozwija. Jeszcze niedawno wydawało mi się, że rozwiązania telemedycyny mogą się sprawdzić w obszarze radiologii czy monitorowania pewnych objawów jak poziom cukru czy zapis EKG. Obecnie sami się przekonujemy, że coś, co kiedyś nam się wydawało w ogóle nie do pomyślenia, jest wykonalne. Nie będąc fizycznie z pacjentem twarzą w twarz, możemy się podjąć diagnostyki i leczenia. Oczywiście wiadomo – jesteśmy tradycjonalistami i dobrze by było widzieć tego pacjenta w całości, np. to, jak on się zachowuje, jak wygląda, jak się porusza, gestykuluje. Nic nie zastąpi bezpośrednich rela-

cji, niemniej w sytuacji konieczności ograniczenia kontaktów można nadal pomagać.

M.S.: Wróćmy jeszcze do problemów świata medycznego. Myśli Pani, że również tutaj część problemów ujawni się dopiero po epidemii?

J.R.: Konsekwencje na pewno będą i to rozmaite. Bo też takie sytuacje wyjątkowe weryfikują nasze role życiowe. Zdarzają się, i takie też mamy sygnały, że są osoby, które nie dźwignęły tego zawodowo, nie są w stanie znaleźć się w tej sytuacji i narzuconej im ogromnej odpowiedzialności.

M.S.: Paraliżujący strach?

J.R.: Myślę, że tak. Niewątpliwie z czasem będzie to miało też przełożenie na fakt, jak są wynagradzane pewne grupy zawodowe. Jeśli płace w opiece zdrowotnej i społecznej się nie poprawią, to pozostaniemy przy tym, co mamy, a więc np. przy deficycie pielęgniarek, dramatycznej sytuacji domów opieki itd. Brak odpowiednich środków na opiekę zdrowotną to chorujące społeczeństwo i w konsekwencji ograniczenia dla rozwoju gospodarki. Koło się zamyka, idąc za klasykiem – *circulus vitiosus*.

M.S.: Jeżeli chodzi o psychiatrię, to martwi mnie jedna rzecz. Z tego, co słyszymy, to dziedzina cały czas mocno niedoinwestowana, a poza tym mamy zbyt mało fachowców poza wielkimi ośrodkami. Tak jest też chyba na Dolnym Śląsku?

J.R.: To prawda. Chodzi nie tylko o psychiatrię dorosłych, ale także o psychiatrię dzieci i młodzieży, która jest odrębną specjalizacją i ma inne potrzeby. Wrocław, owszem, ma specjalistów, choć i tak nie mamy ich wystarczająco. Natomiast jeżeli mówimy o całym regionie, to jest naprawdę dramatycznie. Brak jest wyspecjalizowanych oddziałów i ośrodków dla chorujących dzieci, nie mamy wielospecjalistycznego ośrodka dedykowanego leczeniu zaburzeń odżywiania, wciąż za mało jest miejsc leczenia uzależnień. Mamy duże nadzieje, że założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego umożliwią uruchomienie rozbudowanych w ofertę środowiskową Centrów Zdrowia Psychicznego (wzorcowym przykładem jest Centrum przy ul. Ostrowskiego we Wrocławiu stworzone dzięki środkom unijnym). Sferą mocno niedofinansowaną i niezorganizowaną jest też opieka nad seniorami. Osoby w starszym wieku wymagają wyjątkowej troski oraz opieki i wiedzy medycznej, bo dokucza im wiele chorób. Druga rzecz ważna w tym przypadku to samotność, czego rozwiązaniem są miejsca dziennego pobytu czy centra spotkań. Takie cudowne, ciepłe magiczne miejsce powstało dzięki współpracy naszego uniwersytetu z miastem i MOPS w ramach projektu unijnego MEETINGDEM. Nazywa się Centrum Spotkań na Ciepłej, bo mieści się... we Wrocławiu przy ul. Ciepłej 15b. Wrocław ma świetnie rozbudowaną sieć klubów seniora, ale dla osób sprawnych i zdrowych. Natomiast musimy organizować więcej ośrodków dziennych dla osób z otępieniem. Trzecia natomiast to opieka »



instytucjonalna, w tym długoterminowa, której jest wciąż za mało. Słyszymy, co się dzieje teraz w domach opieki, gdzie nie ma już w ogóle personelu i nie ma kto się tymi ludźmi zajmować. Bardzo liczę więc na to, że medycyna i opieka społeczna będą wreszcie docenione i traktowane tak, jak na to zasługują. Dziś przekonujemy się wszyscy, że nie ma wyższego dobra niż zdrowie.

M.S.: Stary porządek naszego świata zniknie, a nowy powinien być lepszy. W tej dziedzinie również?

J.R.: Możemy zebrać trochę doświadczenia i wyciągnąć jakieś sensowne wnioski z tego, co się teraz dzieje. Zdefiniować, co jest dla nas priorytetem i co jest najważniejsze. Od czego trzeba zacząć, żeby budować jakiś dobrobyt społeczeństwa? Na pewno od tego, żeby społeczeństwo było zdrowe. Bo jak będzie zdrowe i zadbane, to będzie mogło się rozwijać i cieszyć innymi przywilejami i dobrami.

M.S.: A propos doświadczeń. Wiem, że to jest skutek uboczny, ale podejrzewam, że dla dziedziny, którą Pani się zajmuje, to też jest ogromny materiał badawczy i doświadczenie, które trudno sobie wyobrazić w warunkach bez takiego „stanu wojennego”.

J.R.: Tak, równolegle do tych programów, o których mówiliśmy, prowadzimy oczywiście badania naukowe. To jest niesamowite – w naszej Katedrze Psychiatrii mamy bardzo młody, duży zespół bardzo fajnych, ambitnych, mądrych ludzi, głodnych wiedzy i działania. Codziennie przychodzą z nowymi, wartościowymi pomysłami. To nie jest tak, że ja sobie siedziałam za biurkiem w fotelu i wymyślałam tematy. Te wszystkie inicjatywy rodzą się na bieżąco w naszym liczonym zespole psychologów i psychiatrów. Wspólnie stworzyliśmy teraz pięć projektów naukowych.

M.S.: Ale związanych z tym, co się dzieje?

J.R.: Oczywiście. Przede wszystkim chcemy zbadać problemy w zakresie samopoczucia psychicznego personelu medycznego bezpośrednio pracującego z osobami COVID-dodatnimi. Bardzo nam zależy na trafieniu do jak najliczniejszego ich grona.

Tu pozwolę sobie na apel do wszystkich koleżanek i kolegów pracujących z pacjentami COVID+ na różnych oddziałach – pomóżcie nam w realizacji projektu naukowego, który jest o Was i dla Was!

Analizujemy także aktualną sytuację zdrowia psychicznego wszystkich pracowników medycznych na tle społeczeństwa – wkrótce będziemy publikować wyniki ogólnopolskiego badania. Dziękuję bardzo tym z Was, którzy brali udział w tym projekcie – Wasz odzew był wspaniały!

Złożyliśmy, pod kierunkiem prof. Tomasza Pawłowskiego, projekt badawczy do NCN, który zakłada analizę czynników zapalnych, aktywności fizycznej i samopoczucia psychicznego na przebieg infekcji SARS-CoV-2.

Kolejny ciekawy projekt dotyczy cyberchondrii i lęku o stan zdrowia. To jest zaburzenie, podobne do hipochondrii, a związane z szukaniem w internecie różnych opisów objawów chorób, które później widzimy u siebie. To takie chorowanie na Doktora Google’a. W erze epi-

mii to zaburzenie może się ujawniać u większej grupy osób. Wreszcie, składamy wniosek do Agencji Badań Medycznych na duży projekt badania z zakresu telemedycyny u chorych na COVID-19 – kończymy prace i wysyłamy na konkurs, zatem nie mogę podać szczegółów.

M.S.: Trochę już o tym wspomnieliśmy, ale z tej całej niewesołej sytuacji mogą w przyszłości wynikać również pozytywne rozwiązania. Jakież?

J.R.: Okoliczności pandemii stwarzają też możliwości realizacji siebie i wykorzystania swoich umiejętności. To daje możliwość odczuwania satysfakcji, poczucia sprawczości, bycia potrzebnym. Nie musimy wstydzić się naturalnej przyjemności, że czujemy nasze znaczenie. Ludzie na nas polegają, jesteśmy dla nich ważni, potrzebni. Cieszymy się z tego, mimo trudnych warunków i wszystkich okoliczności. Myślę przede wszystkim o prawidłowych mechanizmach radzenia sobie w trudnych sytuacjach, ale także o potrzebie refleksji, która pozwoli zweryfikować swoje potrzeby, ocenić relacje międzyludzkie i je udoskonalić. Tak mądrze ujmuje to Olga Tokarczuk, mówiąc o czułości, o nowych czasach, które nadchodzą. Olga pisze dla nas o tym, jak kruchymi jesteśmy istotami. Zachęca do spojrzenia przez okno. Dajmy sobie przestrzeń też na takie przemyślenia i przeżywania rzeczywistości. Starajmy się myśleć nie tylko o grafikach, zamówieniach, sprawozdaniach, standardach i schematach leczenia, wymazówkach i raportach. Czasami zapędzimy się za daleko – albo w pracę, albo w jakieś inne aktywności, które zbyt nas zaabsorbują, dążymy do „czegoś, kiedyś”, czegoś nieokreślonego, sprawiając, że przy okazji tracimy z pola widzenia inne wartości, które teraz się okazują najistotniejsze. Zapominamy o dobrym „dziś i teraz”. ■

DROGIE KOLEŻANKI, DRODZY KOLEDZY!

Prosimy o udział w badaniu pracowników ochrony zdrowia szczególnie narażonych na kontakt z SARS-CoV-2 i stale pracujących z pacjentami zainfekowanymi.

Prosimy Was, lekarzy, pielęgniarki, ratowników i innych pracowników, w szczególności „szpitali czerwonych”, i oddziałów zakaźnych o wypełnienie kwestionariuszy online, dostępnych pod poniższym adresem:

<http://bit.ly/personel-medyczny-koronawirus>

Prowadzimy badanie naukowe, by szybko ocenić Państwa potrzeby i konsekwencje psychologiczne, co umożliwi optymalizację pomocy w warunkach pandemii. Zwracamy się z prośbą o rozpowszechnianie informacji o badaniu wśród koleżanek i kolegów! Jesteśmy dla Was.

Zespół Katedry i Kliniki Psychiatrii
Uniwersytetu Medycznego
i Kliniki Psychiatrii Uniwersyteckiego
Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

UWAGA! NOWE TERMINY ZJAZDÓW ABSOLWENTÓW AM WE WROCŁAWIU

JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1970

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 12 czerwca 2021 r. (sobota) we Wrocławiu.

Program zjazdu

11 czerwca 2021 r. (piątek)

dla zainteresowanych – płatne dodatkowo 100 zł

- godz. 19.00 Zwiedzenie z przewodnikiem Afrykarium (ZOO Wrocław, ul. Wróblewskiego 1-5, 51-618 Wrocław)
- godz. 20.00 Kolacja w restauracji „Laguna Bistro” (w budynku Afrykarium)

12 czerwca 2021 r. (sobota)

- godz. 10.00 Msza święta (kościół Najświętszego Imienia Jezus, pl. Uniwersytecki 1) Część oficjalna – Uniwersytet Wrocławski, Oratorium Marianum/Aula Leopoldina
- godz. 11.00 Śniadanie studenckie – Klub Uniwersytetu Wrocławskiego
- godz. 12.00 Otwarcie zjazdu
- godz. 12.10 Wystąpienie chóru Medici Cantantes Uniwersytetu Medycznego Przemówienie JM rektora UM i uroczyste wręczenie dyplomów Wykład okolicznościowy Wspólne zdjęcie pamiątkowe
- godz. 18.00 Uroczysta kolacja – Haston City Hotel (sala Chrysler, I piętro), Irysowa 1-3, 51-117 Wrocław

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
sobota (część oficjalna + uroczysta kolacja) – 350 zł,
osoba towarzysząca na uroczystej kolacji – 200 zł,
część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 150 zł,
Afrykarium (płatne dodatkowo) – 100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 47 1140 2004 0000 3302 7877 4363 (odbiorca: Henryk Lisiak) do 31.12.2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1970”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Haston City Hotel po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71 322 50 00 lub 71 320 97 01 (prosimy o podanie hasła „rocznik 1970”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

Za Komitet Organizacyjny
Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska,
Henryk Lisiak

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1977

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 21-23 maja 2021 r. w Kudowie-Zdroju (Hotel Kudowa**** Manufaktura Relaksu, ul. Pogodna 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

21 maja 2021 r. (piątek)

- od godz. 15.00 Zakwaterowanie w hotelu
- godz. 18.00-2.00 Grill przy biesiadnej muzyce

22 maja 2021 r. (sobota)

- godz. 7.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer po uzdrowisku
- godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
- godz. 14.00 Obiad
- godz. 18.00-2.00 Grill przy biesiadnej muzyce

23 maja 2021 r. (niedziela)

- godz. 7.00-10.00 Śniadanie i pożegnania
- do godz. 11.00 Wymeldowania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 550 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 87 1090 2398 0000 0001 4377 3356 (odbiorca Małgorzata Rudnicka) do 31.12.2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1977”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Do dyspozycji gości pokoje dwu-/trzyosobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie ze strefy relaksu: krytego basenu z atrakcjami wodnymi (gejzer, kaskada, masażery), jacuzzi, strefy saun (sucha, infrared, łaźnia parowa), urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking.

Za Komitet Organizacyjny
Andrzej Bugajski, Jolanta Kasperkiewicz-Skałeczka, Małgorzata Rudnicka, Danuta Sidor

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1985

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 28-30 maja 2021 r. w ośrodku Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

28 maja 2021 r. (piątek)

- od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
- godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce

29 maja 2021 r. (sobota)

- godz. 8.00-10.00 Śniadanie
- godz. 10.15 Msza św. – kościół św. Anny w Zieleńcu, czas wolny, spacer po Zieleńcu
- godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem

- godz. 14.00 Obiad
- godz. 15.00 Czas wspomnień, prezentacje
- godz. 19.00-2.00 Bankiet

30 maja 2021 r. (niedziela)

- godz. 8.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 500 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 22 1050 1908 1000 0097 2210 6052 (odbiorca Dorota Radziszewska) do 31.12.2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1985”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Do dyspozycji gości pokoje dwu-/trzyosobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking.

Za Komitet Organizacyjny
Jacek Chodorski, Dorota Radziszewska,
Andrzej Stawarski

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1990

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 4-6 czerwca 2021 r. Miejsmem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

4 czerwca 2021 r. (piątek)

- od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
- godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce

5 czerwca 2021 r. (sobota)

- godz. 8.00-10.00 Śniadanie
- godz. 10.15 Msza św. – kościół św. Anny w Zieleńcu, czas wolny, spacer po Zieleńcu
- godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem

- godz. 14.00 Obiad, czas wolny
- godz. 19.00-2.00 Bankiet

6 czerwca 2021 r. (niedziela)

- godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 500 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 63 1140 2004 0000 3402 7877 0728 (odbiorca Ewa Willak-Janc) do 31.12.2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1990”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Do dyspozycji gości pokoje dwu-/trzyosobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking.

Za Komitet Organizacyjny
Wojciech Apoznański,
Ewa Willak-Janc, Teresa Zak (Biercewicz)



Tekst Marcin Lewicki

RZECZ o błędzeniu

Canal 106, na wybrzeżu Finisterra (Galicja), pomiędzy Hiszpanami a Amerykanami, 16 października 1997 roku.

Hiszpanie (w tle słychać trzaski)

Tu mówi A-853, prosimy, zmieńcie kurs o 15 stopni na południe, by uniknąć kolizji... Płyniecie wprost na nas, odległość 25 mil morskich.

Amerykanie (trzaski w tle)

Sugerujemy wam zmianę kursu o 15 stopni na północ, by uniknąć kolizji.

Hiszpanie

Odmowa. Powtarzamy: zmieńcie swój kurs o 15 stopni na południe, by uniknąć kolizji...

Amerykanie (inny głos)

Tu mówi kapitan jednostki pływającej Stanów Zjednoczonych Ameryki. Nalegamy, byście zmienili swój kurs o 15 stopni na północ, by uniknąć kolizji.

Hiszpanie

Nie uważamy tego ani za słuszne, ani za możliwe do wykonania. Sugerujemy wam zmianę kursu o 15 stopni na południe, by uniknąć zderzenia z nami.

Amerykanie (ton głosu świadczący o wściekłości)

Tu mówi kapitan Richard James Howard, dowodzący lotniskowcem USS Lincoln marynarki wojennej Stanów Zjednoczonych; drugim co do wielkości okrętem floty amerykańskiej. Eskortują nas dwa okręty pancerne, sześć niszczycieli, pięć krążowników,

Wiele lat temu znalazłem na obrzeżach internetu historię, która przewija się w wielu źródłach, a każde z nich jest przeświadczone o swojej prawdziwości. Spoiwem dla nich wszystkich są uczestnicy poniższej rozmowy, niezależnie od ich narodowości. Pozwolę sobie przytoczyć w kolejnych zdaniach jedną z jej wersji.

Źródło grafiki: www.pikabay.com/photos/sea-312143/Three-shots

cztery okręty podwodne oraz liczne jednostki wspomagające. Udajemy się w kierunku Zatoki Perskiej w celu przeprowadzenia manewrów wojennych, w obliczu możliwej ofensywy ze strony wojsk irackich. Nie sugeruję... ROZKAZUJĘ WAM ZMIENIĆ KURS O 15 STOPNI NA PÓŁNOC! W przeciwnym razie będziemy zmuszeni podjąć działania konieczne, by zapewnić bezpieczeństwo temu okrętowi, jak również siłom koalicji. Należycie do państwa sprzymierzonego, jesteście członkiem NATO i rzeczony koalicji. Żądam natychmiastowego posłuszeństwa i usunięcia się z drogi!

Hiszpanie

Tu mówi Juan Manuel Salas Alcántara. Jest nas dwóch. Eskortuje nas nasz pies, jest też z nami nasze jedzenie, dwa piwa i kanarek, który teraz śpi. Mamy poparcie lokalnego radia La Coruna i morskiego kanału alarmowego 106. Nie udajemy się w żadnym kierunku i mówimy do was ze stałego lądu, z latarni morskiej A-853 Finisterra, z wybrzeża Galicji. Nie mamy g*****ego pojęcia, które miejsce zajmujemy w rankingu hiszpańskich latarni morskich. Możecie podjąć wszelkie słuszne działania, na jakie tylko przyjdzie wam ochota, by zapewnić bezpieczeństwo waszemu z*****emu okrętowi, który za chwilę rozbije się o skały. Dlatego ponownie nalegamy, sugerujemy wam, iż działaniem najlepszym, najbardziej słusznym i najbardziej godnym polecenia będzie zmiana kursu o 15 stopni na południe, by uniknąć zderzenia z nami.

Amerykanie

Dobrze. Przyjąłem, dziękuję.

Bardzo lubię tę wymianę zdań za jej aktualność, szczególnie jeśli chodzi o system ochrony zdrowia. Z pewnością duże znaczenie ma tu arogancja i ignorancja amerykańskiego kapitana, który z jakiegoś powodu nie znał kursu, jakim płynie zespół kierowanych przez niego jednostek. Za każdym razem odnoszę nieodparte wrażenie, że dotyczy ona polskiego systemu ochrony zdrowia:

- Ministrze/premierze/... mamy kurs kolizyjny ze ścianą, czas na zmiany.
- Macie robić wszystko tak, jak dotychczas.
- Ściana niebezpiecznie się zbliża, może chociaż spróbujemy zwolnić?
- Trzymajcie kurs, prędkość jest dobra.
- Uderzyliśmy w ścianę.
- Jak to uderzyliśmy? Trzeba znaleźć winnego całej sytuacji i surowo ukarać, żeby ten człowiek nikomu już więcej nie zaszkodził!

Schemat: praca w niedostatecznych warunkach – duże ryzyko niezawinionego błędu – niesłuszna kara bez pomysłu na zmniejszenie szkód – rodzi patologiczne nawyki. Przede wszystkim nawyk ukrywania błędów.

W wielu krajach na świecie obowiązuje pruski model edukacji. Zakłada ustaloną z góry podstawę programową, do której wszyscy, od ministra edukacji, a na ostatnim uczniu skończywszy, muszą się stosować, i biada temu, kto podstawy programowej nie zna. Jedynym możliwym sposobem rozliczenia „pracownika” systemu, czyli ucznia, jest sprawdzian wiedzy i umiejętności w formie ustnej lub pisemnej. System premiuje minimalizację błędów, czy to przez zakucie materiału, czy ściągnięcie z książki lub od kolegi z ławki. Błędy karze się surowo: obniżeniem oceny, niezaliczeniem sprawdzianu czy też ośmieszeniem na oczach klasy. Jaką naukę wynosi absolwent pruskiej szkoły? Nie daj się złapać.

Ta maksyma przyświeca nam wszystkim. Jest strasznie głęboko wdrukowana w nasz sposób myślenia o uprawianiu medycyny. Pamiętam początkowe zajęcia z pierwszej pomocy – to był pierwszy tydzień zajęć na uczelni, więc siłą rzeczy zapamiętałem sporo z powodu emocji, które temu towarzyszyły. Prowadzący za jedną z ważniejszych zasad, którą należy stosować w medycynie, uznał RWD. Akronim ten rozszyfrować trzeba słowami następującymi: ratuj własną d... W końcu jeśli nie pacjent ci przywali, to prokurator na pewno się tobą zajmie.

Chciałbym Państwu zaproponować eksperyment logiczny. Wyobraźmy sobie sytuację, w której przyznanie się do popełnionego błędu nie idzie w parze z automatyczną penalizacją. Sytuację, w której przyznanie się do błędu nie jest kojarzone ze słabością, a z niesamowitą wprost siłą i odwagą cywilną. Taka postawa daje punkt wyjścia do próby znalezienia rozwiązania problemu, z którym wiązało się popełnienie błędu. Czy latalibyśmy samolotami, gdyby każdy pilot za popełnienie błędu (takiego, który nie skończyłby się katastrofą), lądowałby w więzieniu? Wątpię, mało kto chciałby w takim wypadku zostać pilotem, a cała branża szybko by upadła. Czy Bill Gates odniósłby taki sukces, gdyby nie dostrzegał swoich błędów? Czy wreszcie Zbigniew Religa skutecznie przeszczepiłby serce, gdyby nie analizował wszyst-



Fot. M.J.

Istotnym jest, że „każdy człowiek może zbłądzić, uparcie w błędzie trwa tylko głupi”. O tym musimy pamiętać.

kich swoich pomyłek przy pierwszych zabiegach i nie próbował ich naprawić?

Czarna skrzynka (która z reguły jest czerwona i raczej nie przypomina skrzynki) służy do rejestrowania parametrów lotu. W razie wypadku komisja złożona z przedstawicieli linii lotniczej, do której należał samolot oraz odpowiednich służb otwiera uprzednio znalezioną czarną skrzynkę i analizuje zgromadzone w niej dane. Ich analiza ma służyć przede wszystkim zmniejszeniu ryzyka powtórzenia wypadku w przyszłości. Czy ustalenie winnego popełnienia błędu i wymierzenie niewątpliwie sprawiedliwej kary w jakikolwiek sposób poprawi bezpieczeństwo przyszłych lotów? Śmiem wątpić. Tymczasem uznanie popełnienia błędu i zadośćuczynienie jego ofiarom oraz głęboka analiza wszystkich kroków, które doprowadziły do wypadku, i wprowadzenie zaleceń na przyszłość, wydają się tu znacznie bardziej na miejscu.

Stąd już bardzo blisko do idei no-fault, która z powodzeniem jest stosowana w Szwecji już od ok. 50 lat. Polega ona, w dużym uproszczeniu, właśnie na tym, że nie szuka się winnego popełnionego błędu, lecz zadaje się pytanie, czy pacjent poniósł szkodę. Można by się pokusić o stwierdzenie, że w tym sposobie myślenia błędy popełnia system, a nie pojedynczy ludzie. W Polsce od 2012 r. działają przy urzędach wojewódzkich komisje do spraw zdarzeń medycznych. Orzekają one, czy zdarzenie medyczne miało miejsce, powinny również oceniać skutki dla pacjenta i decydować o wypłacie odszkodowania. Niestety, obecnie w momencie orzeczenia o zdarzeniu, dokumentacja pacjenta zostaje przeniesiona do prokuratury i podstawą dalszego działania nie jest naprawa błędu oraz redukcja szkód, a „ukaranie winnego”. W takiej sytuacji oskarżony lekarz zawsze stoi na przegranej pozycji. A wraz z nim pacjent, którego sprawa dotyczy, i wszyscy przyszli pacjenci.

Za nami kolejne tygodnie epidemii. Lekarze z bohaterów powoli stają się wrogami publicznymi, „roznosicielami zarazy”, jak niektórzy urzędnicy państwowi sugerują. Z niepokojem patrzę w przyszłość – nie chcę pracować w kraju, w którym będę się obawiać włączenia komputera, lękając się pisma z orzełkiem w nagłówku.

Istotnym jest, że „każdy człowiek może zbłądzić, uparcie w błędzie trwa tylko głupi”. O tym musimy pamiętać. ■



Wirus, pandemia, kolejny rekord zachorowań, przerażająca liczba zmarłych, izolacja. O tym mówi się dziś wszędzie. I zewsząd, ze wszystkich mediów, płynie podobny przekaz. Nawet w naszych rozmowach z bliskimi, przyjaciółmi czy współpracownikami dominuje jeden temat. Jestem przekonany, że nie są Wam obce myśli i wypowiedzi takie jak: „mam już tego dość”, „kiedy to się skończy?”, „nie mogę już dłużej tego wytrzymać”, „co nas jeszcze czeka?”, „żyję w ciągłym stresie”. To ostatnie określenie – stres – najtrafniej opisuje to, co dzieje się w tych trudnych czasach z naszą psychiką. Warto zatem przypomnieć, czym jest stres i jakie są jego konsekwencje, a przede wszystkim, jak sobie z nim radzić.

Jak wysłać stres na kwarantannę?

Tekst Dariusz Delikat

Poznaj swojego wroga (i przyjaciela)...

Pojęcie stresu znane jest od dziesięcioleci – zostało wprowadzone w latach 30. XX wieku przez Hansa Hugona Selye’a, który użył go do określenia tzw. syndromu ogólnej adaptacji. Bardziej współcześnie stres definiuje się jako ostry lub chroniczny wysoki poziom psychicznego pobudzenia i napięcia w organizmie, który przekracza indywidualne możliwości uporania się z nim. Stresująca jest każda sytuacja, którą postrzegamy jako poddawanie nas próbie, zagrożenie lub potrzebę nagłej zmiany.

Badacze (Smith, 1993; Thoits, 1983) zidentyfikowali pięć głównych cech stresorów:

1. nieprzewidywalność. Nieprzewidywalne jest coś, co pojawia się nagle, niespodziewanie i nie wiemy, jak potoczy się dalej.
2. brak możliwości sprawowania kontroli. Nie mamy wpływu na daną sytuację, jest poza naszą kontrolą lub kontrola jest niewielka.
3. zdarzenie jest nieoczekiwane/niechciane. Takiego zdarzenia nie oczekiwaliśmy, nie chcielibyśmy go przeżywać.
4. wielkość. To waga/znaczenie sytuacji dla danej osoby, grupy, populacji.
5. liczba stresogennych zdarzeń występujących jednocześnie.

Podstawą wszystkich wymienionych czynników jest, niejako, czas ich trwania – im jest dłuższy, tym stają się one bardziej dotkliwe. Prześledźmy teraz, czym charakteryzuje się sytuacja pandemii, w której obecnie żyjemy:

1. nie przewidzieliśmy jej i nie wiemy, jak się rozwinie.
 2. nie mamy na jej rozwój dużego wpływu (przynajmniej na tym etapie).
 3. to sytuacja, której zdecydowanie nie chcielibyśmy doświadczać.
 4. ma dla nas ogromne znaczenie, zagrażając naszemu życiu, zdrowiu, ekonomii, relacjom społecznym.
 5. jest powodem pojawiania się kolejnych stresujących wydarzeń: choroby i straty bliskich, upadku firm i utraty miejsc pracy, konfliktów rodzinnych (związanych z pozostawaniem w izolacji) i wielu innych...
- ...i niestety, trwa coraz dłużej.

Mamy więc do czynienia z wymarzonym tematem dla każdego scenarzysty thrillerów. Niestety, to nie film, lecz brutalna rzeczywistość.

Zróżnia grafik: www.pixabay.com/photoscoronavirus-4946687_mohamed_hassan – obraz modyfikowany

Co dzieje się z naszą psychiką?

Stres psychologiczny jest procesem. Poddani oddziaływaniu stresorów, najpierw wchodzimy w tzw. fazę mobilizacji – to etap służący naszej wydajności. Pobudzenie sprawia, że procesy spostrzegania, myślenia i analizowania stają się efektywniejsze, nasze reakcje są szybsze, bardziej wyraziste i intensywniejsze.

Gdy stres się przedłuża, pojawia się faza rozstrojenia – uwidaczniają się pierwsze kłopoty z koncentracją uwagi, trudności w zapamiętywaniu, zaburzone zostaje myślenie logiczne. Nasza wydajność, skuteczność, elastyczność i kreatywność maleją, zaczyna dominować schematyzm w działaniu, uparcie trzymamy się sprawdzonych pomysłów, jesteśmy coraz mniej pewni siebie.

Jeśli nasze stany emocjonalne zmieniają się jak w kalejdoskopie to znaczy, że nieuchronnie wkraczamy w tzw. fazę destrukcji. W jej trakcie nasze procesy poznawcze oraz związana z nimi ocena sytuacji stają się ułomne, spada motywacja do działania, przestajemy kontrolować emocje. A ich wachlarz jest bardzo szeroki – zmienne nastroje, gniew przeobrażający się w zachowania agresywne, strach, lęk, przygnębienie, a wreszcie poczucie beznadziei i depresja.

Każdy z Was sam może odpowiedzieć sobie na pytanie, na którym etapie opisanego procesu obecnie się znajduje.

Jak poradzić sobie ze stresem?

Do dyspozycji mamy dwa rodzaje oddziaływań:

1. możemy wpływać na sytuację, w której się znaleźliśmy, lub której nadejście przewidujemy.
2. możemy wpływać na samego siebie, a ściślej na swoje ciało i umysł (psyche).

WPLYW NA SYTUACJĘ

Wiele „normalnych” wywołujących napięcie sytuacji, takich jak np. konflikt z szefem czy pomiędzy współpracownikami, wystąpienie publiczne, egzamin itd., można „oswoić”, a związane z nimi napięcie zmniejszyć poprzez przygotowanie się do nich. Wystarczy dobrze opanować niezbędne czynności, zaplanować swoje działania, przewidzieć trudności i przygotować plan alternatywny.

Są jednak takie zdarzenia, na które wpływu nie mamy. Przynajmniej tak nam się może wydawać. Dobrym przykładem jest obecna pandemia. Rzeczywiście, nie mamy wpływu na jej wymiar globalny. Natomiast w wymiarze, nazwijmy go, lokalnym/jednostkowym nasz wpływ może być bardzo znaczący. Warto zadać sobie pytanie, co ja sam mogę zrobić, aby pandemię „oswoić”? W jaki sposób mogę się do niej przygotować? Jak mogę z nią żyć? Co muszę w swoich dotychczasowych zachowaniach zmienić? Jakie nowe procedury wprowadzić do swojego życia? Co brać pod uwagę? Skupiając się na tym, co mogę zrobić, nie tylko przyczyniam się do rzeczywistego ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa, ale przede wszystkim koncentruję swoją uwagę na konstruktywnych zachowaniach. Gdy staną się one normą, rytuałem, napięcie towarzyszące obecnej sytuacji zmaleje.

ODDZIAŁYWANIE NA CIAŁO

Ponieważ wynikiem oddziaływania stresu są różnego rodzaju emocje oraz wzrost napięcia mięśniowego, warto znać sposoby ich redukcji lub zmniejszania ich natężenia.

Pierwszy z nich nie wymaga komentarza – są to różne formy aktywności fizycznej: ćwiczenia gimnastyczne, sport, praca fizyczna.

Kolejny – technika relaksacji Jacobsona (Edmund Jacobson, amerykański internista, psychiatra, fizjolog) polegająca na uczeniu się kontroli nad pracą mięśni, dzięki czemu w sytuacji stresującej możemy je skutecznie rozluźniać, osiągając w ten sposób stan spokoju i wyciszenia. Trening polega na kilkukrotnym rytmicznym napinaniu (10 sek.) i rozluźnianiu (10-15 sek.) kolejnych grup mięśni, zaczynając od mięśni twarzoczaszki, poprzez ramiona, przedramiona, dłonie, mięśnie klatki piersiowej, brzucha, ud, podudzi i wreszcie stóp.

Dzięki metodzie treningu autogennego Schultza (Johannes Heinrich Schultz, niemiecki lekarz psychiatra) stan odprężenia uzyskuje się, wykorzystując wyobraźnię i zjawisko autosugestii. Siedząc w zacisznym miejscu, możemy powtarzać kilkukrotnie w myślach komunikaty



Fot. z archiwum autora

LEK. DARIUSZ DELIKAT

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 ciesząc 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...*).

związane odczuciami ciężkości i ciepłoty różnych części ciała: moja prawa ręka jest ciężka, moja lewa ręka jest ciężka, mój kark i ramiona są ciężkie, moja prawa noga jest ciężka, moja lewa noga jest ciężka. Następna seria dotyczy wyobrażania sobie ciepłoty. Często powtarzane treningi pozwalają na uzyskiwanie stanu relaksacji po kilku prostych komunikatach, np. mój kark i ramiona są ciężkie, mój kark i ramiona są ciepłe.

ODDZIAŁYWANIE NA PSYCHE

Nieprzyjemne emocje towarzyszące stresowi możemy zredukować przez:

- otwarte przyznawanie się przed sobą (i/lub innymi) do ich przeżywania;
- obniżanie rangi i znaczenia zdarzenia wywołującego stres, np. „na tym świat się nie kończy”;
- wyobrażanie sobie swoich pożądanых zachowań w sytuacjach stresogennych;
- myślenie pozytywne – odnajdywanie pozytywnych aspektów trudnych sytuacji i koncentracja na nich;
- nagradzanie siebie za podejmowane działania w trudnych sytuacjach.

Jak widać, można zrobić wiele, aby przeżywany stres nie prowadził do destrukcji i nie był powodem trudnych do naprawienia, a czasami wręcz nieodwracalnych konsekwencji. Warunek jest jednak jeden: musimy zacząć działać metodycznie i systematycznie.

Jeśli zatem chcesz przetrwać trudne czasy, zadbaj o swoją kondycję psychiczną, czyli:

- koncentruj swoje działania na tym, na co masz wpływ (przestrzeganie zaleceń, dezynfekcja, unikanie kontaktów, ochrona osobista);
- ograniczaj sobie dostęp do stresujących informacji – nie chodź o to, abyś nie wiedział, co się dzieje, ale nie zatruwaj się przez cały dzień informacjami o epidemii, cierpieniu czy kolejnych zgonach, zamiast tego koncentruj swoją uwagę na tym, co Cię interesuje i sprawia przyjemność;
- nie wstydź się przeżywanych emocji – strachu, niepewności, złości, frustracji, nazywaj je, rozmawiaj o nich z rodziną, przyjaciółmi;
- poszukaj pozytywnych aspektów sytuacji, w jakiej się znajdujesz – być może jest to jedna z nielicznych okazji na przeczytanie kilku książek, ukończenie ulubionej gry komputerowej, bezstroską zabawę z dziećmi;
- dbaj o kondycję fizyczną;
- sięgnij po techniki relaksacyjne (oddech przeponowy, trening Jakobsona, Schultzego, inne).

Jeśli włożysz w to trochę serca, mroczne czasy staną się zdecydowanie jaśniejsze. Pamiętaj, że zawsze po burzy wychodzi słońce. Oby pojawiło się jak najszybciej – czego Wam i sobie życzę. ■



Marcowy benefis odbędzie się w czerwcu. Jak to jeszcze daleko! Uczniowie i czytelnicy czekają, więc dzwonię do profesora w pierwszych dniach kwietnia:

– Czy możemy porozmawiać?

– No nie za bardzo – odpowiada zakłopotany głos. – Bo ja stoję właśnie na drabinie.

Udaje mi się w Wielki Czwartek. Profesor Zbigniew Rajchel już wie i czeka. Naprawił jakąś domową usterkę i włączył „Koncert brandenburski”. Wyznaje, że uwielbia Marię Callas. – Jaki to wspaniały głos! Można przejechać świat ze szczoteczką do zębów, a instrument ma się zawsze pod ręką – mówi. – Ale muszę coś pani powiedzieć – dodaje poważnie. – Ja nie toleruję disco polo.

Lekcja anatomii

PROFESORA RAJCHE



Malarz przysięgnie, że profesor jest absolwentem sztuki. Muzykolog dopisze go do grona recenzentów, a lekarz zdziwi się, słysząc, że profesor Rajchel nie jest absolwentem medycyny. No jak to? A tak.

Wychowanek nestora anatomów polskich

Profesor dr hab. Zbigniew Rajchel ukończył studia antropologiczne na Uniwersytecie Wrocławskim w roku 1958. Jeszcze w ramach studiów odbył dwuletnie szkolenie w zakresie anatomii prosektoryjnej pod osobistym kierunkiem nestora polskich anatomów prof. Tadeusza Marciniaka. Bezpośrednio po ukończeniu studiów, rekomendowany przez prof. Adama Wankego, podjął pracę zawodową w Zakładzie Antropologii Polskiej Akademii Nauk. W roku 1962 w drodze konkursu uzyskał etat asystenta naukowo-dydaktycznego w Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej, gdzie przeszedł kolejne etapy rozwoju naukowego i zawodowego.

28 marca 2020 roku w Collegium Anatomicum przy ul. Chałubińskiego 6 zaplanowane było uroczyste posiedzenie naukowe. Mieli je zaszczyścić wykładem prof. dr hab. Piotr Dzięgiel, prorektor ds. dydaktyki, prof. dr hab. Bohdan Gwozys, emerytowany kierownik Katedry i Zakładu Anatomii UMW oraz dr hab. n. med. Krzysztof Wronecki, prof. nadzw. Następnie dostoyny jubilat miał odsłonić tablicę pamiątkową. Wszak jego nazwisko pojawia się tam, gdzie dzieją się przełomowe odkrycia, rozwiązywane zagadki i tajemnice tajemnic.

Anatomia to podstawa

Jako student Zbigniew Rajchel często wchodził do budynku Katedry i Zakładu Anatomii Opisowej. – Urzekła mnie ta klatka schodowa – mówi.

Wiszą tam dwie kopie obrazów, z czego jedna to piękna „Lekcji anatomii” Rembrandta. Przyszedł czas i kierownik Katedry i Zakładu prof. Tadeusz Marciniak zaangażował go do pracy. – To był prawdziwy anatom. Nestor anatomów polskich! – zachwyca się prof. Rajchel. – Chodziłem na zajęcia aż do jego ostatniego wykładu w maju 1966 r., a w sierpniu profesor zmarł. Po latach Zbigniew Rajchel sam objął stanowisko kierownika tej katedry. Jego działalność naukowa dotyczy zagadnień morfologicznych i obejmuje cztery kierunki badawcze:

1. kierunek anatomiczny, który uwzględnia przede wszystkim morfologię ciała człowieka;
2. kierunek kliniczno-antropologiczny, który dotyczy badań somatotypów człowieka i predyspozycji do określonych schorzeń;
3. kierunek obejmujący ogólną morfologię, który pozwolił ustalić długość życia na obszarach Polski we wczesnych okresach historycznych;



Fot. z archiwum Z.R.

LA

Tekst Aleksandra Solarewicz

28 marca 2020 roku w Collegium Anatomicum przy ul. Chałubińskiego 6 zaplanowane było uroczyste posiedzenie naukowe. Mieli je zaszczyścić wykładem prof. dr hab. Piotr Dzięgiel, prorektor ds. dydaktyki, prof. dr hab. Bohdan Gworys, emerytowany kierownik Katedry i Zakładu Anatomii UMW oraz dr hab. n. med. Krzysztof Wronecki, prof. nadzw. Następnie dostojny jubilat miał odsłonić tablicę pamiątkową. Wszak jego nazwisko pojawia się tam, gdzie dzieją się przełomowe odkrycia, rozwikłane zagadki i tajemnice tajemnic.

4. kierunek dotyczący rekonstrukcji czaszek i części miękkich głów. Ma znaczenie dla teorii antropogenezy i spełnia istotną rolę w ekspozycjach muzealnych, a także w medycynie sądowej i kryminalistyce w przypadku identyfikacji osób.

Do chwili przejścia na emeryturę pełnił funkcję kierownika Zakładu i Katedry. Tytuł naukowy profesora nauk medycznych, nadany przez prezydenta RP, otrzymał w roku 1996. W czasie swojej wieloletniej działalności nauczyciela akademickiego pełnił wiele funkcji w organach kolegialnych uczelni,

jest współautorem podręcznika z anatomii dla studentów. Był wielokrotnie nagradzany przez rektora uczelni, odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

– Anatomia jest podstawą rekonstrukcji. Wydaje mi się, że nadal ją świetnie znam – stwierdza skromnie po tylu latach – mimo że dydaktyką się już nie zajmuję.

– Co pana zainspirowało do zajęcia się właśnie tym nurtem?

– Zmobilizowały mnie informacje od antropologów, konieczność rekonstrukcji brakujących kości, kopalne formy – tłumaczy. – Mam dar manualny i trochę plastyczny, przyjaciele pytali, czy zechcę się nią zająć.

Zgromadził więc profesor obszerną literaturę traktującą o tym, jak odtwarzać części miękkie na podstawie czaszki. Dzisiaj zamyśla się nad swymi 60 laty pracy: „To była ciekawa historia...”

Neandertalczyk i kanibale

Pierwszą rekonstrukcją, jaką wykonał, była „postać z bardzo odległych lat”, kobieta ze Steinheim. – Neandertalskie zjawisko – wyjaśnia profesor. Lewą stronę czaszki miała wgniecioną, odtworzyłem jej żuchwę, a potem części miękkie. Kopia oryginału tej rekonstrukcji znajduje się do dziś w Zakładzie Antropologii UW (obecnie jednostka jest częścią Katedry Biologii Człowieka). – Wygląda bardzo pięknie, szkoda, że nie mogę pani pokazać na zdjęciu, bo mam – mówi profesor.

Potem była seria czaszek z Ngandong. – Ciekawa historia – powtarza prof. Rajchel. Przed II wojną na Jawie, w Bandungu pracował prof. Józef Zwierzycki, geolog. Na wyspie zostało odkrytych 11 czaszek neandertalskich (ale azjatyckich). Profesor Zwierzycki poprosił o wykonanie ich kopii dla Polski. – To są czaszki tzw. solo. Solo man – tłumaczy prof. Rajchel. – Zostały wykonane w 1939 roku. Kopie tych kopii (tak!) znajdują się w Katedrze Biologii Człowieka (dawniej Katedrze Antropologii) przy ul. Kuźnicznej. Profesor Rajchel wykonał rekonstrukcję części twarzowych, odtworzył twarze z Ngandong, a te umieszczono później w Muzeum Człowieka UW. Profesor Rajchel wspomina, że czaszki miały tylko strop, były ciężko uszkodzone. Wielce prawdopodobne, że uczony spotkał się z efektami... uczyły kanibali.

Ach, wykluczone.

Nie wolno tego ruszać!

Świętej Jadwigi i jej tajemnic broniła siostra zakonna opiekująca się relikwią – żuchwą księżnej we wrocławskiej katedrze.

– Nie wolno tego otwierać! – lamentowała autochtonka.

– Ale ja to muszę wyjąć – przekonywał prof. Zbigniew Rajchel.

– Ach, wykluczone, nie można!

– Wielkie ceregiele z tym były – uśmiecha się antropolog. Żuchwa ukazała się jako obszyta »



PROFESOR DR HAB. ZBIGNIEW RAJCHEL

blękitnym jedwabiem, ozdobionym koralikami, złotymi blaszkami. – Coś pięknego! – zachwycą się profesor. W Trzebnicy spoczywała czaszka świętej. Ksiądz prof. Antoni Kielbasa SDS, pasjonat dziejów Ziemi Trzebnickiej i propagator kultu św. Jadwigi, załatwił w kurii zgodę na wyjęcie. Można myśleć o rekonstrukcji. Łatwo nie było. Czaszka w Trzebnicy, żuchwa we Wrocławiu... W dodatku część mózgowa czaszki została odpiłowana na relikwie, a te trafiły na wszystkie kontynenty. Głównie w roku millenijnym.

– Rekonstrukcji nie robi się na oryginale, bo trzeba zanurzyć czaszkę w masie plastycznej, więc konieczna jest kopia. Udało się. Po rekonstrukcji i uporządkowaniu szczątków przyszła do naukowca ta sama siostra: – Och, jak to pięknie wygląda, jeszcze piękniej, niż było...

Ale potem bywało różnie. – Ta głowa, którą zrekonstruowałem, jest wyeksponowana w muzeum trzebnickiej bazyliki. Zwiedzał je kiedyś kard. Henryk Gulbinowicz, który na widok św. Jadwigi wykrzyknął: „A dlaczego ona jest taka brzydka?”. (Pewnie dlatego jeden dziennikarz męczył się długo, aż napisał: „Jej twarz... może nie jest już młoda, ale tchnie przedziwną mądrością”). No tak. Święta Jadwiga była góralką z Bawarii, a nie aniołem z malowidła. Twarz z rekonstrukcji to wersja najbardziej wiarygodna, bo oparta na naukowych założeniach. – Inne wizerunki to *licentia poetica* – mówi krótko profesor.

Wiktor i święta, święty Wiktor

Jest to kompletny szkielet chrześcijańskiego męczennika wykopany z katakumb znajdujących się pod Watykanem. Ale nie polscy archeolodzy wydobyli go stamtąd. Szkielet, czczony dzisiaj jako relikwie św. Wiktora, w XVII wieku został подарowany Janowi III Sobieskiemu przez papieża Innocentego XI za wiktoria wiedeńską. – Stąd święty Wiktor, bo on Wiktorem nie był. – Ten, który rekonstruuje i tworzy, jest zmuszony burzyć kolejną legendę.

– Pięknie zachowany szkielet! – zachwycą się profesor. „Wiktor” aż do II wojny włączanie był przechowywany w posiadłości Sobieskich w majątku Mariampol na kresach Rzeczypospolitej. W roku 1945, podczas ekspatriacji, ostatni proboszcz ks. Mikołaj Witkowski przywiózł wszystkie kościelne skarby oraz kompletnego „Wiktora” do Wrocławia. Tutaj poprosił polskich naukowców o opis szkieletu. W latach 70. szczątki zostały wydobyte z relikwiarza. – Konserwowali go kość po kości – wspomina profesor Rajchel – a ja zrekonstruowałem twarz. Teraz Wiktor i rekonstrukcja jego głowy są umieszczone w ołtarzu pod wizerunkiem Matki Bożej Zwycięskiej (zwanej powszechnie Sobieską), w kościele pw. NMP na Piasku. Oboje zwycięscy, oboje z Mariampola.

Łuk triumfalny

Po księżnej Jadwidze mroki krypty opuścił pewien VIP z czasów napoleońskich. – Jego czaszka była pięknie zachowana, widać było nawet resztki zasuszonych mięśni, a także czepiec czaszki. Profesor Zbigniew Rajchel, na prośbę kustosa muzeum w Rydzynie, podjął się rekonstrukcji. Bo ta czaszka należała do generała dywizji i naczelnego dowódcy wojsk Księstwa Warszawskiego Antoniego Pawła Sułkowskiego. Popiersie, stworzone w wyniku mrówczej pracy antropologa – do dziś zdobi wnętrze rodzowego pałacu Sułkowskich w Rydzynie. Nazwisko generała widnieje zaś na Łuku Triumfalnym w Paryżu.

Kilka lat później, bo w 2006 r., do profesorskiej „kolekcji” dołączył błogosławiony Czesław. Po rekonstrukcji granitowa głowa została umieszczona w poczcie sławnych wrocławian, znajdującym się w ratuszu, zaś czaszka wróciła do relikwiarza u dominikanów.

Zmaltretowana jak więźniarka

– Bardzo to przeżywałem! – i dziś w głosie brzmi wzruszenie. A zaczęło się od tego, że dr Jerzy Kawecki z Zakładu Medycyny Sądowej ówczesnej Akademii Medycznej zwrócił się do niego i do prof. Tadeusza Krupińskiego z Zakładu Antropologii o rekonstrukcję jednej z 8 czaszek, znanych jako czaszki katyńskie. Znana jest historia ich przywiezienia przez prof. Gerhardta Buhtza (kierownika Zakładu Anatomii w ówczesnym Breslau), a po II wojnie ukrywania przez prof. Bolesława Popielskiego. I tu się łańcuch urywał. Nie tylko wydarzeń, ale i genetyczny. Niewiele dały badania DNA, bo kości są po konserwacji i były moczone w kwasach. Ale ta jedna – to ewidentnie czaszka kobiety! A przecież jedyną z katyńskich dołów, odkrytą zresztą w mundurze lotnika, była Janina Lewandowska.

– Już prof. Buhtz, który w 1943 roku był przy otwarciu katyńskich grobów i zażył sobie kilku czaszek do badań, musiał być ciekawy, skąd kobieta wśród tych nieszczęśników – tłumaczy prof. Rajchel. On sam trzymał ją w dłoniach ponad 60 lat później. – Była niezwykle zmaltretowana. Została tylko część mózgowa z otworem po pocisku od strony potylicznej. Ale pochodziła z nieodległej historii i to wszystkim pomogło w pracy. Koniec końców, zespół stwierdził 90% zgodność rekonstrukcji z licznymi wizerunkami Lewandowskiej. Uznano, że to jest ona. Jedyna kobieta w Katyniu. Czaszkę pochowano uroczysto w grobowcu Dowbór-Muśnickich w Luso-wie. Gipsowa rekonstrukcja natomiast znalazła się w tamtejszym Muzeum Powstańców Wielkopolskich (gen. Dowbór-Muśnicki był dowódcą powstania – przyp. A.S.). Profesor Rajchel zatrzymuje się na chwilę przy rodzeństwie Dowbór-Muśnickich. Opowiada o bracie – samobójcy i siostrze rozstrzelanej w Palmirach. Wreszcie wraca do niej samej. Urodzonej w Charkowie, zamordowanej w Katyniu.

Ksiądz Tomaszek i zamiana czaszek

Czaszka św. Jadwigi z miejsca została uznana za czaszkę kobiecą. „Generał Sułkowski” to szczątki spoczywające w konkretnym, opisanym grobie. Mężczyzna – nie było wątpliwości. Ofiarą nieporozumienia został – o ironio! – sam ks. Wacław Tomaszek, organizator Kaplicy Czaszek w Czermnem. Zgodnie z jego życzeniem, jego własna czaszka po latach miała znaleźć się w tej samej kaplicy. Podobno się nawet znalazła. „Podobno”, bo... Wiele lat po II wojnie zaplanowano uroczystość polsko-czesko-niemiecką i burmistrz Czermnem poprosił prof. Rajchela o odtworzenie wyglądu ks. Tomasza. Planowano ufundować popiersie słynnego proboszcza i właśnie w tym celu jego domniemana czaszka trafiła w ręce antropologów. Profesor Rajchel przygląda się bacznie, mierzy... „Przecież to jest kobieta!”

– Jeszcze potem krążył taki żart: „To nie jest czaszka ks. Tomasza. To może być czaszka gospodyni Tomasza” – podsumowuje.

Na szczęście nie wszystko dzisiaj wymaga rekonstrukcji, bo dla nowszych odkryć antropologicznych istnieją dokumenty fotograficzne.

Druga z czterech pór

Już wiem, jak wiele medycyna ma wspólnego z malarstwem, zdolności plastyczne z antropologią, a kultura i obyczaje z muzyką. Profesor Rajchel zwiedzał muzea światowe, w Madrycie podziwiał malarstwo El Greca, spacerował po muzeach Paryża... – To utknęło we mnie – mówi. – Wcześniej za bardzo nie uprawiałem malarstwa, teraz się zmobilizowałem do akwarelek. Mój znajomy słucha Vivaldiego, a wie, że ja trochę maluję, i poprosił mnie o namalowanie obrazków do „Czterech pór roku”. Zrobiłem to, oparłem moje akwarele i podarowałem mu. Teraz urządza swój nowy dom. Moje obrazy – na razie – stoją oparte o ściany i on, słuchając „Czterech pór”, patrzy na nie...

Ostatnie zdania profesor wypowiada jak gdyby w zamyśleniu. „Czyżby koniec opowieści? Tylko nie to...”

– Panie profesorze, a więc ziemia gromadzi prochy, prawda?

– O tak...

– Więc jakie odkrycia ma pan jeszcze w planach?

– Propozycji naukowych w tej chwili specjalnie nie mam, ale je chętnie przyjmę. Z Zakładem Anatomii UWM jestem związany od ponad pół wieku, mam tam nadal swoją pracownię. Mógłbym kontynuować pracę. A w tej chwili jestem w moim domku letniskowym, który jest bardzo oryginalny, bo zbudowaliśmy go sami od zera. Patrzę przez okno, i patrzę, jak się uganiają ptaki, szukają miejsca na lęgi i walczą o dostęp do domków, które rozmieściłem na drzewach. Słucham muzyki, trochę maluję. W domu pracy mnóstwo, bo ciągle usterki! Najczęściej reperuję je sam. Mam co robić. Co jeszcze odkryję? Nie wiem. Czekam na propozycje. Ale dziękuję, że to mnie ktoś odkrył! I jego głos brzmi serdecznie. ■

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

Serdeczne podziękowania **dr. hab. n. med. Mariuszowi Kusztalowi** oraz **dr Marcie Szymanek** z Kliniki Nefrologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu za uratowanie życia i wspaniałą opiekę nad naszym synem Krzysztofem Kawką.

Wdzięczni rodzice



Wspaniałym lekarzom z Wałbrzycha: **lek. dent. Lilianie Pelesz** i **lek. dent. Henrykowi Peleszowi** dziękuję z całego serca za pomoc i wykonanie zabiegu w mojej nagłej sprawie. W sytuacji kryzysowej, w trudnym czasie zagrożenia koronawirusem, w okresie wysokiego ryzyka zakażenia, przy ograniczeniu udzielania świadczeń lekarskich, uzyskałam mnóstwo dobra i ulgę w cierpieniu.

lek. Wanda Chwalisz



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

„Wizyta dla Hospicjum”

Dołącz do charytatywnej inicjatywy środowiska lekarskiego

OPRACOWANIE
REDAKCYJNE

Rozmawia Magdalena Orlicz-Benedycka

To inicjatywa na rzecz nieuleczalnie chorych dzieci i ich rodzin, za którą stoją wrocławski ortopeda dr n. med. Sebastian Krupa (inicjator i pomysłodawca) oraz zespół lekarski eMKaMED Centrum Medyczne we Wrocławiu. Jej uczestnikiem może być lekarz, przychodnia lub centrum medyczne. Uczestnicy akcji decydują się na przeznaczenie dochodu z jednej wizyty prywatnej w miesiącu na rzecz Stowarzyszenia Medycznego Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska „Formuła Dobra”. Ten beneficjent projektu wykorzystuje wszystkie zgromadzone w ten sposób środki na opłacenie zabiegów rehabilitacyjnych u małych pacjentów oraz na zakup materiałów i sprzętu medycznego. Patronat nad akcją objął prezydent Wrocławia Jacek Sutryk.

Magdalena Orlicz-Benedycka: Panie Doktorze, jak zrodził się pomysł na tę charytatywną inicjatywę skierowaną do środowiska lekarskiego? Dr n. med. Sebastian Krupa, lekarz ortopeda (przez lata pracował w Klinice Ortopedii Szpitala Wojskowego. Obecnie reprezentuje prywatny ośrodek eMKaMED przy ul. Ślężnej we Wrocławiu): Historia „Wizyty dla Hospicjum” zaczęła się tak naprawdę przed kilku laty. Moja koleżanka, która pracowała w Fundacji Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska, zapytała mnie, czy jako ortopeda mógłbym im pomagać w ramach wolontariatu. Mieli wówczas kłopoty kadrowe, a trudności nastręczała także rehabilitacja niepełnosprawnych dzieci. Odmówiłem, bo miałem wtedy małe doświadczenie w tym zakresie, a do tego byłem pochłonięty pracą, by utrzymać czteroosobową rodzinę. Wydawało mi się,



DR. N. MED. SEBASTIAN KRUPA



DR. N. MED. KRZYSZTOF SZMYD



Konto dedykowane akcji „Wizyta dla Hospicjum”
03 1600 1462 1027 7108 2000 0009

że Fundacja powinna mieć etatowych pracowników, np. rehabilitantów. Niestety nie było na to pieniędzy.

Uczestniczenie w inicjatywach charytatywnych jest dla mnie czymś naturalnym. Zawsze staram się brać udział w akcjach typu WOŚP czy Szlachetna Paczka. Odmówienie Fundacji pomocy wiele mnie kosztowało. Bolało mnie to, że tym razem nie pomagam. I wtedy w mojej głowie zaczął kiełkować pomysł na „Wizytę dla Hospicjum”. Odłożyłem go na chwilę na półkę z powodu poważnej choroby mamy. Ale pomysł wrócił, gdy po raz drugi spotkałem się z koleżanką z Fundacji. To właśnie wtedy nadałem akcji ostatecznego kształtu. Pomyślałem, że przecież wielu lekarzy chce pomagać innym, ale liczne obowiązki zawodowe i rodzinne nie zawsze pozwalają znaleźć na to czas. „Przekazanie 15-20 minut naszej pracy” dla dzieci nie powinno być problemem. Akcja polega na przekazaniu dochodu z jednej wizyty prywatnej w miesiącu na rzecz hospicjum. Dzięki temu lekarz pomaga pacjentowi – podopiecznemu Hospicjum.

Mój pomysł bardzo spodobał się współpracownikom z eMKaMED. „Zaraziłem” ich wręcz tą inicjatywą. Koleżanka skontaktowała mnie z dr. Krzysztofem Szmydem, prezesem zarządu i kierownikiem Hospicjum Dla Dzieci Dolnego Śląska „Formuła Dobra”. Jak się okazało, dr Szmyd był zachwycony pomysłem. Uznaliśmy, że należy nadać przedsięwzięciu bardziej formalny wymiar. Dzięki wiceprezydent Wrocławia Renacie Granowskiej (wielkie podziękowania) patronat nad akcją objął prezydent Wrocławia Jacek Sutryk.

W inicjatywę włączyło się jako pierwsze Centrum Medyczne eMKaMED. Do akcji przystąpiła większość zespołu. Dzięki moim staraniom oraz działaniom Fundacji jest z nami coraz więcej ośrodków. Każda placówka dostaje certyfikat darczyńcy. Wiem,

że przynosi to wymierne korzyści dzieciom. Dostałem od nich wzruszające rysunki z podziękowaniem.

M.O.-B.: Do dr. Szmydy zgłasza się dr Krupa... Jak Pan zareagował, gdy usłyszał o pomysły?

Dr n. med. Krzysztof Szmyd, lekarz pediatra, prezes zarządu i kierownik Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska, „Formuła Dobra”: Inicjatywa dr. Krupy bardzo mnie ucieszyła. Ona pokazuje, że w naszym zawodzie jest dużo życzliwych ludzi, chętnych do pomocy. To była bardzo pozytywna wiadomość. Doktor zapytał mnie, jakie są nasze potrzeby, ponieważ nie znał specyfiki placówki. Przyszedł z gotowym pomysłem „Wizyta dla Hospicjum”, a my przyjęliśmy to z radością. Mamy dzieci głównie z ciężkimi schorzeniami neurologicznymi, wymagające wielomiesięcznej albo wieloletniej opieki. Jest potrzebna pielęgniarka i lekarz, również stała rehabilitacja. W przypadku dzieci niepełnosprawnych zajęcia na zewnątrz nie sprawdzają się, ponieważ kończą się zbyt często infekcją. Konieczna jest rehabilitacja w domu, a to wymaga sporych nakładów finansowych. Inicjatywa „Wizyta dla Hospicjum” to stała pomoc. Jeśli lekarz zgodzi się przekazywać co miesiąc dochód z jednej wizyty, wtedy mamy pewność, że nasz podopieczny będzie miał zapewnioną opiekę przez dłuższy czas. Mamy poczucie, że uczestniczymy w czymś szlachetnym, a lekarze-darczyńcy, którzy decydują się na współpracę, że robią coś bardzo pożytecznego.

Pod naszą opieką znajdują się również dzieci chore onkologicznie. Zwykle jest ich kilkanaścioro w roku. W tym przypadku zaczynamy od wizyt na oddziale w klinice, pierwsze spotkania, rozmowy. Dzięki temu w kolejnym etapie nie jesteśmy dla dzieci anonimowi. Później mały pacjent jedzie z rodzicami do domu. Rodzice wiedzą, jak będzie wyglądała dalsza współpraca, a dziecko oswaja się z nami. To dla rodziców dramatyczny moment, kiedy uświadamiają sobie, że ostatni raz wracają z kliniki... Dobrze, że współdziałania na linii oddział onkologiczny a opieka paliatywna są harmonijne.

M.O.-B.: Akcja służy niepełnosprawnym dzieciom. Jakie korzyści przynosi w aspekcie finansowym?

K.Sz.: Miesięcznie pozyskujemy z tej akcji ok. 3-4 tys. zł. Pod stałą opieką Hospicjum znajduje się 110. małych pacjentów. Na rehabilitację wydajemy 20-30 tys. zł miesięcznie. Mamy ogólny budżet i większość pieniędzy przeznaczamy na rehabilitację, czasem kupujemy lekarstwa lub drobny sprzęt. Całość środków przeznaczamy dla pacjentów.

Inicjator akcji zrobił „dobrą robotę”, namawiając znajomych lekarzy do przekazywania dochodu z jednej wizyty na rzecz naszej placówki. Następnie podczas konferencji prasowej i akcji w mediach pokazaliśmy kolejnym lekarzom, że jest taki projekt, że można.... Obecnie pracownicy Hospicjum próbują zachęcać kolejne osoby, by włączyły się w akcję. Dostajemy przelew z placówki, a za tym stoją np. trzech lekarze. To jest ich decyzja, a rozliczenie realizuje już określony dział przychodni, w której pracują. Proponujemy też formę opieki finansowej nad konkretną rodziną. Jesteśmy na to otwarci, wystarczą tylko chęci po obu stronach. Wszystko odbywa się oczywiście zgodnie z RODO i innymi regulacjami prawnymi.

M.O.-B.: Jakie zmiany w waszej codzienności wymusił stan pandemii? Przed jakimi wyzwaniem stanęliście?

K.Sz.: Otrzymaliśmy wytyczne dla opieki paliatywnej od konsultantów krajowych, zaakceptowane przez NFZ. Koncentrujemy się obecnie na telemedycynie, poradach telefonicznych i przez internet. Mamy w naszej pracy pewien komfort wynikający z tego, że dobrze znamy swoich pacjentów, większość dzieci przebywa u nas kilka miesięcy lub nawet lat. Wiemy, z czym w aspekcie choroby się zmagają. Relacje i kontakt z rodzicami mamy trwałe i intensywne. Jest to bardzo pomocne. Kontakt osobisty jest ograniczony do sytuacji koniecznych, np. wymiana gastrostomii, wysoka gorączka itd. Musimy dbać o to, aby nasi pacjenci byli w izolacji. ■

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 5 marca 2020 roku

NR 33/2020

w sprawie zobowiązania lekarza do odbycia przeszkolenia w związku ze stwierdzeniem przerwy w wykonywaniu zawodu

NR 34/2020

w sprawie upoważnienia prezesa DRL do złożenia wniosku o przyznanie dotacji na zorganizowanie przez DIL form doskonalenia zawodowego § 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu upoważnia prezesa DRL dr. n. med. Pawła Wróblewskiego do wystąpienia z wnioskiem do Naczelnej Izby Lekarskiej o przyznanie dotacji na

zorganizowanie przez DIL w II półroczu 2020 r. form doskonalenia zawodowego.

NR 35/2020

w sprawie finansowania szkolenia § 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu przyznaje kwotę do 7000 zł na udział okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej DIL oraz pracowników biura OROZ w konferencji pt. „Europejskie modele lekarskiej odpowiedzialności”, która odbędzie się w terminie 15-17 maja 2020 r. Poznaniu.

Uchwała i stanowisko Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 26 marca 2020 roku

NR 39/2020

w sprawie odwołania XXXIX Zjazdu Delegatów DIL § 1

W związku ze stanowiskiem nr 30/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie okręgowych zjazdów lekarzy w 2020 r. Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu odwołuje XXXIX Zjazd Delegatów DIL zwołany na dzień 25 kwietnia 2020 r.

Stanowisko

w sprawie projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża stanowczy sprzeciw w związku z projektem ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, w części dotyczącej zmiany art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

W wymienionym projekcie z obowiązku skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii nie zostały wyłączone osoby wychowujące dzieci do lat 18, niebędące osobami samotnymi wychowującymi dzieci do lat 18. W sytuacji, gdy oboje rodzice są lekarzami i zostaną skierowani do zwalczania epidemii, małoletnie dzieci zostaną pozbawione opieki, co jest niedopuszczalne.

Pozostałe uchwały znajdują się na stronie: bip.dilnet.wroc.pl



PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

1 kwietnia 2020 r. weszła w życie Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, opublikowana w Dz. U. z 2020 r., poz. 567.

Ustawa wprowadza zmiany w:

– **W USTAWIE O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY**

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii minister zdrowia może zmienić terminy dotyczące Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (LDEK).

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

EPIDEMIA I NIE TYLKO

W przypadku nieustania okoliczności będących przyczyną zmiany terminów minister zdrowia dokonuje ponownej zmiany tych terminów, jednak łączny okres przesunięcia danego terminu nie może być dłuższy niż 5 miesięcy. Informację o zmianie tych terminów minister zdrowia ogłasza na swojej stronie internetowej.

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarz stażysta może zostać skierowany przez:

- wojewodę do pracy przy zwalczaniu epidemii na podstawie art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi do podmiotu, w którym odbywa staż albo do innego podmiotu, albo
- pracodawcę do realizacji innych zadań niż wynikające z zawartej umowy w celu przygotowania zawodowego obejmującego realizację programu stażu podyplomowego, jeżeli nie zostanie wydana decyzja, o której mowa wyżej.

Zadania muszą być dostosowane do poziomu wiedzy i umiejętności kierowanego lekarza stażysty oraz podlegać nadzorowi i kierownictwu lekarza specjalisty wyznaczonego przez kierownika jednostki, do której został skierowany lekarz stażysta.

Na wniosek lekarza stażysty minister zdrowia może uznać w drodze decyzji okres, w którym lekarz ten nie realizował programu stażu podyplomowego, za równoważny z realizowaniem tego programu, jeżeli realizował w tym czasie wyznaczone zadania.

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii minister zdrowia może zmienić terminy składania wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego. W przypadku nieustania okoliczności będących przyczyną zmiany terminów minister zdrowia dokonuje ponownej ich zmiany, jednak łączny okres przesunięcia danego terminu nie może być dłuższy niż 5 miesięcy. Informację o zmianie tych terminów minister zdrowia ogłasza na swojej stronie internetowej.

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne może zostać skierowany przez:

- wojewodę do pracy przy zwalczaniu epidemii na podstawie art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi do podmiotu, w którym odbywa szkolenie specjalizacyjne albo do innego podmiotu, albo
- pracodawcę do realizacji innych zadań niż wynikające z umowy, na podstawie której odbywa szkolenie specjalizacyjne, jeżeli nie zostanie wydana decyzja, o której mowa wyżej.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, który został skierowany do wykonywania pracy innej niż wynikająca z umowy, na podstawie której odbywa szkolenie specjalizacyjne, wykonuje pracę pod nadzorem lekarza specjalisty wyznaczonego przez kierownika jednostki, do której został skierowany. Lekarz specjalista nadzorujący pracę lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego nabywa odpowiednie uprawnienia kierownika specjalizacji.

Na wniosek lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne dyrektor CMKP może uznać, w drodze decyzji, okres, w którym lekarz ten nie realizował programu specjalizacji, za równoważny z realizowaniem tego programu, jeżeli w okresie tym realizował powyższe zadania.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, któremu odwołano kurs specjalizacyjny w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii, jest zwolniony z obowiązku realizacji tego kursu, jeżeli realizacja tego kursu wymaga przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego o okres dłuższy niż 3 miesiące oraz zrealizował wszystkie inne kursy objęte programem specjalizacji.

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii minister zdrowia może zmienić terminy dotyczące przystąpienia do PES. W przypadku nieustania okoliczności będących przyczyną zmiany terminów minister zdrowia dokonuje ponownej zmiany tych terminów, jednak łączny okres przesunięcia danego terminu nie może być dłuższy niż 5 miesięcy. Informację o zmianie tych terminów minister zdrowia ogłasza na swojej stronie internetowej.

– USTAWIE O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEŃ I CHOROBY ZAKAŻNYCH U LUDZI

Ustawa wprowadza izolację w warunkach domowych oznaczającą odosobnienie osoby chorej z przebiegiem choroby

zakaźnej niewymagającej bezwzględnej hospitalizacji ze względów medycznych w jej miejscu zamieszkania lub pobytu, w celu zapobieżenia szerzenia się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

Decyzje wydawane w przypadku podejrzenia zakażenia lub choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej, stanowiącej bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób mogą być przekazywane w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie i nie wymagają uzasadnienia, a przekazane w sposób inny niż na piśmie, są następnie doręczane na piśmie po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie w ten sposób.

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, izolacji lub izolacji w warunkach domowych.

Osoby, które były narażone na chorobę zakaźną lub pozostawały w styczności ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego, a nie wykazują objawów chorobowych, podlegają obowiązkowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu, jeżeli tak postanowią organy inspekcji sanitarnej przez okres nie dłuższy niż 21 dni, licząc od dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia albo 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.

Zakazuje się opuszczania miejsca izolacji i izolacji w warunkach domowych lub kwarantanny, chyba że odpowiednio dana osoba wymaga hospitalizacji albo organ inspekcji sanitarnej postanowi inaczej.

W przypadku podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, lekarz przyjmujący do szpitala, kierujący do izolacji, kwarantanny lub zlecający izolację w warunkach domowych, kierując się własną oceną stopnia zagrożenia dla zdrowia publicznego, poddaje osobę podejrzaną o zachorowanie, chorą na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną lub osobę narażoną na zakażenie, hospitalizacji, izolacji, kwarantannie, badaniom lub zleca izolację w warunkach domowych, również w przypadku, gdy brak decyzji inspektora sanitarnego, a osoba podejrzana o zachorowanie, chora lub narażona na zakażenie nie wyraża zgody na hospitalizację, izolację, kwarantannę, wykonanie badania lub izolację w warunkach domowych.

O przyjęciu do szpitala albo skierowaniu do izolacji, kwarantanny lub zleceniu izolacji w warunkach domowych takiej osoby, lekarz przyjmujący do szpitala, kierujący do izolacji, kwarantanny lub zlecający izolację w warunkach domowych, jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla szpitala, miejsca izolacji, odbywania kwarantanny lub izolacji w warunkach domowych.

Skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii nie podlegają:

- osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat;
- kobiety w ciąży;
- osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat;
- osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat;
- osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;
- osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy; »



- inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi;
- osoby zajmujące kierownicze stanowiska państwowe oraz posłowie i senatorowie RP.

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

Decyzje o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii mogą być przekazywane w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie i nie wymagają uzasadnienia, a przekazane w sposób inny niż na piśmie, są następnie doręczane na piśmie po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie w ten sposób.

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.

Kto w stanie zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nie wykonuje decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii, podlega karze pieniężnej w wysokości od 5000 zł do 30 000 zł.

– USTAWIE Z DNIA 2 MARCA 2020 R. O SZCZEGÓLNYCH ROZWIĄZANIACH ZWIĄZANYCH Z ZAPOBIEGIANIEM, PRZECIWDZIAŁANIEM I ZWALCZANIEM COVID-19, INNYCH CHOROÓB ZAKAŻNYCH ORAZ WYWOŁANYCH NIMI SYTUACJI KRYZYSOWYCH

Jeżeli w okresie pobierania dodatkowego zasiłku opiekuńczego ubezpieczony będący pracownikiem wykonującym zawód medyczny, zatrudniony w podmiocie leczniczym, świadczy pracę w podmiocie leczniczym w ramach dyżuru medycznego w godzinach innych niż czas zwolnienia od wykonywania pracy w związku z osobistym sprawowaniem opieki, oraz poza normalnymi godzinami pracy, nie stosuje się przepisu art. 17 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, stanowiącego, że ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia.

Jeżeli w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, **ubezpieczony wykonujący zawód medyczny świadczy pracę zdalną na rzecz podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub udziela świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności**, nie stosuje się przepisu art. 17 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieczonemu wykonującemu zawód medyczny zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w wa-

runkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, są udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub **lekarzy i lekarzy dentystów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, wpisanych do wykazu opracowywanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w porozumieniu z wojewodą.**

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

Lekarz oraz lekarz dentysta posiadający prawo wykonywania zawodu, który nie jest ukarany karą zawieszenia lub zakazu jego wykonywania, może udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, z pominięciem obowiązków rejestrowych określonych w ustawie o działalności leczniczej oraz obowiązków dotyczących dokumentacji medycznej wynikających z przepisów o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Działalność ta nie podlega wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

W celu uzyskania dostępu do systemu informacyjnego, lekarz oraz lekarz dentysta składa do jednostki, o której mowa wyżej, wniosek w postaci elektronicznej zawierający:

- oświadczenie o zamiarze udzielania teleporad, z podaniem miejsca i, jeżeli to możliwe, czasu ich wykonywania;
- dane dotyczące tego lekarza albo lekarza dentysty:
 - * imię i nazwisko,
 - * datę urodzenia,
 - * numer PESEL lekarza lub lekarza dentysty lub serię i numer jego dowodu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL,
 - * numer prawa wykonywania zawodu lekarza lub numer prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty,
 - * określenie tytułu zawodowego,
 - * posiadane specjalizacje,
 - * numer telefonu do kontaktu,
 - * adres poczty elektronicznej
 - * adres do korespondencji.

Lekarz oraz lekarz dentysta udzielający świadczeń za pośrednictwem systemu teleinformatycznego prowadzi dokumentację medyczną w postaci karty teleporady. Karta teleporady zawiera:

- oznaczenie pacjenta:

- * imię i nazwisko,
- * numer PESEL, a w jego braku serię i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- * datę urodzenia oraz płeć, jeżeli numer PESEL nie został nadany,
- * adres miejsca zamieszkania,
- * adres poczty elektronicznej,
- * numer telefonu do kontaktu,
- oznaczenie osoby udzielającej teleporady (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu),
- informacje dotyczące stanu zdrowia oraz zalecanego procesu diagnostycznego i leczniczego:
 - * rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego,
 - * zalecenia,
 - * informacje o wystawionych zaświadczeniach, receptach lub skierowaniach,
 - * inne informacje istotne dla procesu leczenia.

Karty teleporady są przechowywane przez okres 30 dni od dnia jej udzielenia. W odniesieniu do lekarza lub lekarza dentysty, o którym mowa wyżej:

- recepta oraz dokument realizacji recepty – zawierają dane wymagane dla recepty pro auctore albo pro familiae, – za adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych – uznaje się adres siedziby jednostki właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Teleporady mogą być również udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (obowiązuje od 25 marca 2020 r.)

Lekarza, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego i wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w przedłużonej wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r. uznaje się za:

- lekarza specjalistę w dziedzinie, której dotyczył wniosek o przystąpienie do PES, jeżeli złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną PES w tej dziedzinie, albo
- lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie, której dotyczył wniosek o przystąpienie do PES, jeżeli żadna z części PES w tej dziedzinie nie odbyła się w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r.
- nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako najbliższy termin PES w danej dziedzinie medycyny (obowiązuje od 14 marca 2020 r.)

Obwieszczenia zawierające wykazy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, obowiązujące od 1 marca 2020 r., zachowują ważność do 31 sierpnia 2020 r. W okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nie przeprowadza się konkursów ofert i rokowań, o których mowa w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Osoba podlegająca na podstawie przepisów o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi obowiązkowej kwarantannie w związku z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 instaluje na swoim urządzeniu mobilnym udostępnione przez ministra właściwego do spraw informatyzacji oprogramowanie służące do potwierdzania realizacji obowiązku przestrzegania kwarantanny oraz używa go do potwierdzania realizacji tego obowiązku.

Obowiązek zainstalowania i używania oprogramowania nie dotyczy osoby z dysfunkcją wzroku (niewidzącej lub niedowidzącej), osoby, która złożyła oświadczenie, że nie jest abonen-

tem lub użytkownikiem sieci telekomunikacyjnej lub nie posiada urządzenia mobilnego umożliwiającego zainstalowanie tego oprogramowania.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach związanych z koniecznością zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym w przypadku odmowy wykonania polecenia związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub jego nie należytego wykonania przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, minister zdrowia może zawiesić, w drodze decyzji, kierownika tego podmiotu, w wykonywaniu praw i obowiązków oraz wyznaczyć do ich wykonywania pełnomocnika, zawiadamiając o tym właściwego wojewodę oraz organ powołujący zawieszonoego kierownika. Decyzja ta podlega natychmiastowemu wykonaniu.

Lekarz, który wystąpił do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r., uzyskuje tytuł lekarza specjalisty w danej dziedzinie medycyny pod warunkiem, że:

- złożył z wynikiem pozytywnym część testową PES w tej dziedzinie medycyny,
- część ustna PES w tej dziedzinie medycyny nie odbyła się do 31 maja 2020 r.

Ponadto zmiany zostały wprowadzone w:

- **W USTAWIE O PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ;**
- **USTAWIE O DIAGNOSTYCE LABORATORYJNEJ;**
- **USTAWIE O AGENCJI BADAŃ MEDYCZNYCH;**
- **USTAWIE O PAŃSTWOWYM RATOWNICTWIE MEDYCZNYM;**
- **USTAWIE O PUBLICZNEJ SŁUŻBIE KRWI;**
- **USTAWIE O POBIERANIU, PRZECHOWYWANIU I PRZESZCZEPIANIU KOMÓREK, TKANEK I NARZĄDÓW;**
- **USTAWIE – PRAWO FARMACEUTYCZNE;**
- **USTAWIE O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ.**

31 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 565.

Decyzje, polecenia, wytyczne i zalecenia wydane przed 1 kwietnia 2020 r. w związku z ogłoszeniem stanu epidemii na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii zachowują ważność i mogą być zmieniane na podstawie przepisów dotychczasowych.

31 marca 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 566.

Rozporządzenie ustala, że obszarem, na którym wystąpił stan epidemii wywołany zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, jest terytorium RP. »



W okresie od 31 marca 2020 roku do odwołania 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, wraz z osobami wspólnie zamieszkującymi lub gospodarującymi.

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 tę 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 określonego w odrębnych przepisach, 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 obowiązkowej kwarantanny. Oświadczenie to można złożyć za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Osoba poddana obowiązkowi kwarantanny odbywa ją razem z osobami wspólnie zamieszkującymi lub gospodarującymi. Informuje ona organy państwowej inspekcji sanitarnej o imieniu i nazwisku oraz nr PESEL tych osób, jeżeli go posiadają. Informację tę przekazuje się za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym przez telefon.

W okresie od 31 marca 2020 roku do odwołania w obiektach handlowych o powierzchni sprzedaży powyżej 2000 m² ustanawia się czasowe ograniczenie prowadzenia działalności usługowej właścicielom lub najemcom powierzchni usługowej, z wyłączeniem najemców, których przeważająca działalność polega na świadczeniu usług: medycznych.

W okresie od 31 marca 2020 roku 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 31 marca 2020 roku do odwołania ustanawia się czasowe ograniczenie wykonywania działalności leczniczej polegające na zaprzestaniu:

- udzielania świadczeń w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego,
- udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, oraz z wyjątkiem:
 - * świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym obejmują-

cych kardiologiczną telerehabilitację hybrydową;

- * świadczeń stacjonarnych udzielanych pacjentom w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia, przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby.

Powyższego ograniczenia nie stosuje się do działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych w warunkach stacjonarnych, rozpoczętych najpóźniej 1 kwietnia 2020 r., do dnia zakończenia udzielania tych świadczeń:

- udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu programów zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w pojazdach (pracowni mobilnej) – od 1 kwietnia 2020 r.
- udzielania świadczenia zdrowotnego z zakresu leczenia stomatologicznego w pojazdach (dentobusach), z wyjątkiem świadczeń udzielanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą wpisane do wykazu, opracowanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w porozumieniu z wojewodą.
- sprawowania opieki stomatologicznej w rozumieniu ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami.

W okresie od 31 marca 2020 roku 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 okresie od 31 marca 2020 roku do odwołania 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 wymienionego okresu, jednakże nie później niż w dniu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego na podstawie tego skierowania.

Świadczeniobiorca, który w powyższym 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 wyższej. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca zgłasza nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia okresu występowania stanu epidemii.

Dokument elektroniczny, o którym mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, może zawierać w szczególności 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 31 marca 2020 roku do odwołania zlecenia na zaopatrzenie 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 NFZ, weryfikacja i potwierdzenie mogą nastąpić za pośrednictwem innych systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

2 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 578.

Wojewoda kieruje lekarza zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym postępowaniu kwalifikacyjnym po zweryfikowaniu, we współpracy z właściwą okręgową izbą lekarską, posiadania przez danego lekarza prawa wykonywania zawodu, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego.

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wojewoda może skierować lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego po terminie, o którym mowa wyżej, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia zniesienia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, jeżeli:

- jednostka akredytowana, do której lekarz ma być skierowany, poinformowała wojewodę, że ze względu na sytuację wywołaną stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii nie może aktualnie przyjąć danego lekarza w celu odbywania szkolenia specjalizacyjnego, albo
- ze względu na sytuację wywołaną stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii lekarz zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego nie uzyskał prawa wykonywania zawodu w terminie wskazanym na wstępie, w związku z nieukończeniem w terminie stażu podyplomowego.

Lekarz informuje wojewodę o braku możliwości rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w terminie 30 dni od dnia ogłoszenia wyników postępowania kwalifikacyjnego.

7 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 607.

Obowiązkowej hospitalizacji podlegają:

1. osoby chore na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie;
2. osoby zakażone lub chore oraz podejrzane o zakażenie lub zachorowanie na błonicę, cholera, 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, tularemie, wąglik, wściekliznę, wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółtą gorączkę, zakażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi wywołującymi zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub

innej niewydolności narządowej, w szczególności bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS), zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS), zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu;

3. osoby, u których stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) lub podejrzenie zakażenia lub zachorowania, jeżeli nie zostały przez lekarza lub felczera skierowane do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 w ramach obowiązkowej izolacji lub izolacji w warunkach domowych.

Obowiązkowej izolacji lub izolacji w warunkach domowych

podlegają osoby, u których stwierdzono zakażenie wywołane wirusem SARS-CoV-2 lub zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) lub podejrzenie zakażenia lub zachorowania, wobec których lekarz lub felczer nie zastósował obowiązkowej hospitalizacji.

Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie lub chorobę zakaźną powodującą powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych danej osoby:

- kieruje osobę, o której mowa w:
 - * pkt. 1 i 2, do wskazanego szpitala oraz niezwłocznie informuje ten szpital o tym fakcie;
 - * pkt. 3, 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 do miejsca izolacji lub 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 zakażonej lub chorej na chorobę zakaźną;
- poucza osobę chorą lub osobę sprawującą prawną pieczęć nad chorą osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego o powstałym obowiązku hospitalizacji albo izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta;
- zleca transport pacjenta do szpitala albo miejsca izolacji lub izolacji w warunkach domowych w sposób uniemożliwiający przeniesienie zakażenia na inne osoby;
- podejmuje inne działania zapobiegające szerzeniu się zakażenia.

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.

Obowiązek kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego u osób zdrowych, które pozostawały w styczności z osobami chorymi na choroby zakaźne, powstaje w przypadku narażenia na następujące choroby zakaźne lub pozostawania w styczności ze źródłem biologicznych czynników chorobotwórczych je wywołujących cholera, dżumę płucną, zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS), chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19), bliskowschodni zespół niewydolności »



oddechowej (MERS), ebolę (EVD), ospę prawdziwą, wirusowe gorączki krwotoczne.

Okresy obowiązkowej kwarantanny 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 wirusem 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 dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia albo styczności.

8 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 612.

Zmiany zostały wprowadzone w wykazie świadczeń gwarantowanych w części hemodializa i hemodializa z zapewnieniem 24-godzinnej dyżuru.

W okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii dopuszcza się realizację świadczeń przez lekarza spełniającego wymogi dotyczące personelu, **z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności**, jeżeli ten sposób udzielania świadczenia nie zagraża życiu lub pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta, a przy pacjencie obecna jest pielęgniarka posiadająca odpowiednie kwalifikacje.

9 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2020 r. w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 625.

Podmiotem prowadzącym rejestr jest Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

Rejestr utworzony na okres 12 miesięcy jest prowadzony z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego prowadzonego przez wymieniony Instytut.

Dane usługobiorcy i identyfikatory usługodawcy są przekazywane do rejestru za pomocą systemu teleinformatycznego przez:

- podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w tym opiekę zdrowotną w izolatorium;
- medyczne laboratoria diagnostyczne wykonujące diagnostykę zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Wymienione podmioty przekazują dane i identyfikatory w odniesieniu do usługobiorców zakażonych wirusem SARS-CoV-2, którym udzielano świadczeń opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, w terminie miesiąca od dnia jego wejścia w życie.

10 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie określenia dłuższego okresu pobierania zasiłku opiekuńczego w celu przeciwdziałania COVID-19, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 659.

Zasiłek opiekuńczy, o którym mowa w przepisach ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, przysługuje przez okres na jaki zostały zamknięte żłobki, kluby dziecięce, przedszkola, szkoły oraz inne placówki lub w związku z niemożnością sprawowania opieki przez nianie lub opiekunów dziennych z powodu COVID-19, jednak nie dłużej niż do 26 kwietnia 2020 r.

Rozporządzenie obowiązuje od 9 kwietnia 2020 r.

10 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 658.

W okresie do 26 kwietnia 2020 r. 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, wraz z osobami wspólnie zamieszkującymi lub gospodarującymi.

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 tę 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 określonego w odrębnych przepisach, 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 obowiązkowej kwarantanny. Oświadczenie to można złożyć za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Osoba poddana obowiązkowi kwarantanny odbywa ją razem z osobami wspólnie zamieszkującymi lub gospodarującymi. Informuje ona organy państwowej inspekcji sanitarnej o imieniu i nazwisku oraz nr PESEL tych osób, jeżeli go posiadają. Infor-

mację tę przekazuje się za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym przez telefon.

Do 19 kwietnia 2020 roku w obiektach handlowych o powierzchni sprzedaży powyżej 2000 m² ustanawia się czasowe ograniczenie prowadzenia działalności usługowej właścicielom lub najemcom powierzchni usługowej, z wyłączeniem najemców, których przeważająca działalność polega na **świadczeniu usług medycznych**.

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).

Do odwołania ustanawia się czasowe ograniczenie wykonywania działalności leczniczej polegające na zaprzestaniu:

- udzielania świadczeń w zakresie leczenia uzdrowskiego;
- udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta (ograniczenia nie stosuje się do działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych w warunkach stacjonarnych, rozpoczętych najpóźniej 1 kwietnia 2020 r., do dnia zakończenia udzielania tych świadczeń);
- oraz z wyjątkiem:
 - * świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym obejmujących kardiologiczną telerehabilitację hybrydową;
 - * świadczeń stacjonarnych udzielanych pacjentom w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia, przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby.
- udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu programów zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w pojazdach (pracowni mobilnej) – od 1 kwietnia 2020 r.;
- udzielania świadczenia zdrowotnego z zakresu leczenia stomatologicznego w pojazdach (dentobusach), z wyjątkiem świadczeń udzielanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą wpisane do wykazu, opracowanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w porozumieniu z wojewodą;
- sprawowania opieki stomatologicznej w rozumieniu ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami.

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.

Do odwołania 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 wymienionego okresu, jednakże nie później niż w dniu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego na podstawie tego skierowania.

Do odwołania świadczeniobiorca, który 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 wyższej. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca zgłasza nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia okresu występowania stanu epidemii.

Dokument elektroniczny, o którym mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, może zawierać w szczególności 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.

Zlecenia na zaopatrzenie 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, do odwołania, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

W przypadku braku możliwości weryfikacji zleceń i potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ, weryfikacja i potwierdzenie mogą nastąpić, do odwołania, za pośrednictwem innych systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Od 16 kwietnia 2020 r. do odwołania nakłada się obowiązek zakrywania, przy pomocy części odzieży, maski albo maseczki, ust i nosa podczas przebywania poza adresem miejsca zamieszkania lub stałego pobytu.

11 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 660.

W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii dopuszcza się zawieszenie części terminów określonych w rozporządzeniu oraz terminów przyjęcia na świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych, obejmujące rehabilitację: ogólnoustrojową, neurologiczną, pulmonologiczną, kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową, kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego, określone w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji.

W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, w zakresie świadczeń gwarantowanych, które są realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego, dopuszcza się realizację porad lekarskich, porad lub wizyt terapeutycznych z wykorzystaniem **systemów teleinformatycznych lub systemów łączności**, jeżeli ten sposób realizacji świadczenia opieki zdrowotnej nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy. »

15 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 666.

Dokumentacja medyczna jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **w postaci elektronicznej**. Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Dokument prowadzony w jednej z postaci, o których mowa wyżej, nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Dokumentację uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:

- jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych, o których mowa w przepisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz innych przepisach prawa;
- są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich stosowania jest powszechnie uznawana.

Zabezpieczenie dokumentacji wymaga w szczególności:

- systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń oraz zarządzania tym ryzykiem;
- opracowania i stosowania udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania;
- stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń, uwzględniający aktualny stan wiedzy;
- dbałości o aktualizację oprogramowania;
- bieżącego kontrolowania funkcjonowania organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów;
- przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w długim czasie w tym jej przenoszenia na informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.

System teleinformatyczny, w którym jest prowadzona dokumentacja, zapewnia:

- integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach udokumentowanych procedur;
- stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- wymagalność identyfikacji osoby sporządzającej dokumentację oraz dokonującej wpisu lub innej zmiany i zakresu dokonanych zmian w dokumentacji lub metadanych;
- informację o czasie sporządzenia dokumentacji oraz dokonania wpisu lub innej zmiany;
- przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, zgodnie z § 10 pkt 3;
- możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w formatach i standardach wydanych na podstawie przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, a w przypadku ich braku – możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w standardach HL7 oraz DICOM lub innych

standardach i formatach;

- możliwość wydruku dokumentacji;
- możliwość eksportu całości danych w standardach i formatach, o których mowa wyżej, w sposób umożliwiający odtworzenie ich w innym systemie teleinformatycznym.

Podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

Dokumentację stanowi:

- **dokumentacja indywidualna** – dotycząca poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
- **dokumentacja zbiorcza** – dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

Dokumentacja indywidualna obejmuje ***dokumentację indywidualną wewnętrzną** – przeznaczoną na potrzeby podmiotu, ***dokumentację indywidualną zewnętrzną** – przeznaczoną na potrzeby pacjenta.

Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią: historia zdrowia i choroby, historia choroby, karta noworodka, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karta wizyty patronażowej, karta indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej, karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego, karta zlecenia wyjazdu, karta zlecenia wylotu lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, karta medycznych czynności ratunkowych, karta medyczna lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, karta uodpornienia, karta transportu medycznego, karta transportu wyjazdowym sanitarnym zespołem typu „N”, karta zlecenia transportu lotniczego, karta przebiegu znieczulenia, karta obserwacji, karta obserwacji porodu, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, protokół operacyjny, okołoperacyjna karta kontrolna, dokumentacja określona w innych przepisach prawa powszechnie obowiązującego.

Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią: skierowanie do szpitala lub innego podmiotu, udzielającego stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, karta przebiegu ciąży, książeczka zdrowia dziecka, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcą do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych produktach leczniczych, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, książeczka szczepień karta medycznych czynności ratunkowych, zaświadczenie, orzeczenie, opinia, dokumentacja określona w innych przepisach prawa powszechnie obowiązującego.

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego oraz informacja dla lekarza kierującego jest przekazywana przez podmiot, który ją wytworzył, podmiotowi kierującemu na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w terminie 7 dni od dnia jej wytworzenia, z wyłączeniem sytuacji, w której osobą kierującą jest lekarz udzielający świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający świadczeń w tym samym podmiocie lub nastąpił zgon pacjenta.

W przypadku gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają przekazanie wymienionej dokumentacji **za pomo-**

ca środków komunikacji elektronicznej, dokumentacja jest przekazywana w postaci papierowej.

Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Wpisy i zmiany wpisów opatruje się oznaczeniem osoby ich dokonującej.

Dokumentację podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS.

Dokumentację wewnętrzną można podpisać również przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego.

Dokumentację w postaci papierowej opatruje się własnoręcznym podpisem. Wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

Przy dokonywaniu w dokumentacji wpisu dotyczącego czasu trwania ciąży, poronienia, urodzenia żywego lub urodzenia martwego stosuje się kryteria oceny określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia. Strony wydruku dokumentacji oraz strony dokumentacji w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. Pierwsza strona wydruku dokumentacji indywidualnej oraz pierwsza strona dokumentacji w postaci papierowej zawierają oznaczenie pacjenta a kolejne strony – co najmniej imię (imiona) i nazwisko pacjenta.

Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się dokumentację udostępnioną przez pacjenta lub zamieszcza się adres repozytorium, pod którym znajduje się dokumentacja udostępniona za pomocą środków komunikacji elektronicznej lub załącza się cyfrowe odwzorowanie dokumentacji w postaci papierowej lub odnotowuje się zawarte w udostępnionej dokumentacji informacje, które są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego. W dokumentacji wpisuje się nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu.

Oświadczenie pacjenta:

- o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,
- o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji,
- o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, – złożone w inny sposób niż za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

Osoba wystawiająca skierowanie przekazuje wraz ze skierowaniem informacje zawarte w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia.

Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym, na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, prowadzi dokumentację indywidualną.

Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy.

Dokumentacja prowadzona przez **lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej**, obejmuje dokumentację:

- wewnętrzną w formie: historii zdrowia i choroby lub karty noworodka oraz karty obserwacji porodu;
- zewnętrzną w formie skierowania do szpitala lub innego podmiotu, skierowania na badania diagnostyczne, konsultacje lub leczenie, karty przebiegu ciąży, książeczki zdrowia dziecka, zaświadczenia, orzeczenia oraz opinii.

Dokumentację z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami stanowi:

- karta profilaktycznego badania ucznia;
- dokumentacja indywidualna ucznia prowadzona przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną.

Dokumentację z zakresu opieki stomatologicznej nad uczniami stanowi dokumentacja lekarza dentysty udzielającego świadczeń stomatologicznych w gabinecie dentystycznym w szkole albo w gabinecie dentystycznym prowadzonym przez podmiot, z którym organ prowadzący szkołę zawarł porozumienie zgodnie z przepisami ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami lub w dentobusie.

Lekarz wystawiający recepty w postaci papierowej dla siebie albo dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa prowadzi dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie wykazu. Wykaz może być prowadzony dla wszystkich osób, o których mowa wyżej, albo odrębnie dla każdej z nich.

Wykaz opatrzony imieniem i nazwiskiem lekarza zawiera:

1. numer kolejny wpisu;
2. datę wystawienia recepty;
3. numer PESEL pacjenta, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie przypadku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
4. rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
5. międzynarodową lub własną nazwę produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo rodzaj ową lub handlową nazwę wyrobu medycznego;
6. postać, w jakiej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci;
7. dawkę produktu leczniczego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej dawce;
8. ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, a w przypadku produktu leczniczego recepturowego – nazwę i ilość surowców farmaceutycznych, które mają być użyte do jego sporządzenia;
9. sposób dawkowania. »



W przypadku prowadzenia wykazu odrębnie dla każdej z wymienionych osób, gdy dane, o których mowa w pkt. 3-9, nie uległy zmianie, kolejne wpisy w tym zakresie można zastąpić adnotacją o kontynuacji leczenia.

Podmiot leczniczy, w którym nastąpił poród albo do którego przyjęto noworodka urodzonego w warunkach poza szpitalnych, wydaje książeczkę zdrowia dziecka przy wypisie ze szpitala. Książeczka zdrowia dziecka jest prowadzona w postaci papierowej. Wzór książeczki zdrowia dziecka określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

W przypadku przyjmowania porodu w warunkach domowych przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej albo położną, książeczkę zdrowia dziecka wydają odpowiednio ten lekarz albo położna. Książeczki zdrowia dziecka wydane przed 31 grudnia 2020 r. zachowują ważność również po tym terminie.

Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził. Dokumentacja zewnętrzna w formie skierowań w postaci papierowej jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował świadczenie zdrowotne na podstawie skierowania. Dokumentację udostępnia się z zachowaniem jej integralności, poufności oraz autentyczności, bez zbędnej zwłoki.

W przypadku gdy dokumentacja jest udostępniana w formie wydruku, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza jego zgodność z dokumentacją i opatruje swoim oznaczeniem, zawierającym imię (imiona), nazwisko, stanowisko i podpis. Wydruk sporządza się w sposób umożliwiający identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych.

W przypadku udostępnienia dokumentacji w postaci papierowej pozostawia się kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci elektronicznej albo papierowej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy.

Podmioty mogą prowadzić dokumentację zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, do 31 grudnia 2020 r.

Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, mogą prowadzić dokumentację zgodnie z przepisami tego rozporządzenia do 31 grudnia 2021 r.

18 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 690.

Stosowanie druków recept zgodnych ze wzorem obowiązującym przed 18 kwietnia 2018 r. jest dopuszczalne, jednak nie dłużej niż przez 36 miesięcy t.j. **do 17 kwietnia 2021 r.**

Zmiany zostały wprowadzone w załączniku nr 4 do rozporządzenia określającego sposób budowy unikalnego numeru identyfikującego receptę wystawianą w postaci elektronicznej, nadawanego przez podmioty oraz w załączniku nr 5 określającego sposób przedstawiania danych w postaci kodu kreskowego.

18 kwietnia 2020 r. weszła w życie Ustawa z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, opublikowana w Dz. U. z 2020 r., poz. 695.

Zgodnie ze zmianą wprowadzoną w ustawie 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 **wojewoda powołuje lekarzy i lekarzy dentystów do stwierdzania zgonów osób podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 albo zakażonych tym wirusem poza szpitalem.**

Wykonywanie tego zadania następuje na podstawie umowy zawartej z osobą powołaną przez właściwego wojewodę i jest finansowane ze środków budżetu państwa z części, której dysponentem jest wojewoda.

Środki uwzględniają wyposażenie powołanej osoby w środki ochrony indywidualnej stosowane w przypadku wykonywania czynności stwierdzania zgonu osoby zmarłej na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19), określone w przepisach wykonawczych do ustawy z 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

19 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 697.

W okresie do 26 kwietnia 2020 r. 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, wraz z osobami wspólnie zamieszkującymi lub gospodarującymi.

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 tę 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 określonego w odrębnych przepisach, 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 obowiązkowej kwarantanny. Oświadczenie to można złożyć za pośrednictwem syste-

mów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Osoba poddana obowiązkowi kwarantanny odbywa ją razem z osobami wspólnie zamieszkującymi lub gospodarującymi. Informuje ona organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej o imieniu i nazwisku oraz nr PESEL tych osób, jeżeli go posiadają. Informację tę przekazuje się za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym przez telefon.

Do odwołania w obiektach handlowych o powierzchni sprzedaży powyżej 2000 m² ustanawia się czasowe ograniczenie prowadzenia działalności usługowej właścicielom lub najemcom powierzchni usługowej, z wyłączeniem najemców, których przeważająca działalność polega na **świadczeniu usług medycznych**.

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).

Do odwołania ustanawia się czasowe ograniczenie wykonywania działalności leczniczej polegające na zaprzestaniu:

- udzielania świadczeń w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego;
- udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta (ograniczenia nie stosuje się do działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych w warunkach stacjonarnych, rozpoczętych najpóźniej 1 kwietnia 2020 r., do dnia zakończenia udzielania tych świadczeń) oraz z wyjątkiem:
 - * świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym obejmujących kardiologiczną telerehabilitację hybrydową;
 - * świadczeń stacjonarnych udzielanych pacjentom w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia, przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby;
- udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu programów zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w pojazdach (pracowni mobilnej) – od 1 kwietnia 2020 r.;
- udzielania świadczenia zdrowotnego z zakresu leczenia stomatologicznego w pojazdach (dentobusach), z wyjątkiem świadczeń udzielanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą wpisane do wykazu, opracowanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w porozumieniu z wojewodą;
- sprawowania opieki stomatologicznej w rozumieniu ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami.

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.

Do odwołania 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 wymienionego okresu, jednakże nie później niż w dniu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego na podstawie tego skierowania.

Do odwołania świadczeniobiorca, który 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 wyższej. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących, świadczeniobiorca zgłasza nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia okresu występowania stanu epidemii.

Dokument elektroniczny, o którym mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, może zawierać w szczególności 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.

Do odwołania, zlecenie wykonania badania laboratoryjnego polegającego na wykonaniu testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 następujące za pośrednictwem systemu teleinformatycznego uznaje się za spełniające standardy jakości określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych.

Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia narawy, o których mowa w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, mogą być wystawiane, do odwołania, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

W przypadku braku możliwości weryfikacji zleceń i potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ, weryfikacja i potwierdzenie mogą nastąpić, do odwołania, za pośrednictwem innych systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Do odwołania nakłada się obowiązek zakrywania, przy pomocy odzieży lub jej części, maski, maseczki albo kasku ochronnego, ust i nosa:

- w środkach publicznego transportu zbiorowego oraz w pojazdach samochodowych, którymi poruszają się osoby niezamieszkałe lub niegospodarujące wspólnie;
- w miejscach ogólnodostępnych, w tym:
 - * na drogach i placach, na terenie cmentarzy, parków, zieleni, promenad, bulwarów, ogrodów botanicznych, ogrodów zabytkowych, plaż, miejsc postoju pojazdów, parkingów leśnych;
 - * w zakładach pracy oraz w budynkach użyteczności publicznej przeznaczonych na potrzeby: administracji publicznej, wymiaru sprawiedliwości, kultury, kultu religijnego, oświaty, szkolnictwa wyższego, nauki, wychowania, opieki zdrowotnej, społecznej lub socjalnej, obsługi bankowej, handlu, gastronomii, usług, w tym usług pocztowych lub telekomunikacyjnych, turystyki, sportu, obsługi pasażerów w transporcie kolejowym, drogowym, lotniczym, morskim lub wodnym śródlądowym, za budynek użyteczności publicznej uznaje się także budynek biurowy lub socjalny;
 - * w obiektach handlowych lub usługowych, placówkach handlowych lub usługowych i na targowiskach (straganach);
 - * na terenie nieruchomości wspólnej. ■

*Cześć Jej
pamięci!*

*Ur. 13.07.1939 r.,
zm. 3.11.2019 r.*



Fot. z archiwum myGlogow

Lek. Danuta Krahl-Seretna

Specjalista chorób wewnętrznych, anestezjologii i reanimacji. Lekarz pogotowia ratunkowego. Przez wiele lat związana z Głogowskim Szpitalem Powiatowym. Radna miasta Głogowa w latach 1990-1998 i jego honorowy obywatel. Pracowita i pełna energii. Dobry lekarz i dobry człowiek.

3 listopada 2019 roku, w wieku 80 lat, zmarła w Głogowie lek. Danuta Krahl-Seretna. Niestety, na łamach „Medium” nie ukazał się żaden nekrolog poświęcony temu smutnemu zdarzeniu, chociaż Pani Doktor do końca swoich dni, mimo ciężkiej choroby, pozostawała aktywnym zawodowo lekarzem. Była tak dobrze znana w naszym głogowskim środowisku lekarskim, że każdy mógł taką klepsydre napisać, także ja. Nie było mnie na Jej pogrzebie, przebywałam wtedy poza granicami Polski i tylko myślami mogłam być z Jej bliskimi. Odczuwam silną, płynącą z serca potrzebę spisania moich wspomnień o Pani Doktor – będą bardzo osobiste.

Danuta Krahl-Seretna urodziła się 13 lipca 1939 roku w Warszawie. Ukryta w schronie wraz z matką ocalała z bombardowania stolicy. Doznała jednak rany podudzia. Nad dwumiesięczną wówczas dziewczynką zawisło widmo amputacji nogi. Nikła była pomoc medyczna w obłądzonej Warszawie. Matka Danuty usłyszała od polskiego lekarza, że dziecko czeka rychła śmierć. Tymczasem medyk z Niemiec, przerażony ofiarą wojny, udzielił pomocy. Pani Doktor, opowiadając nam tę historię, mówiła: „Cudem i dobrem ludzi

zostałam ocalona, moim obowiązkiem jest więc pomagać ludziom, aby ten dług spłacić”.

Po wojnie zamieszkała z rodzicami i pięciorgiem rodzeństwa w Jeleniej Górze. Rozpoczęła studia na Akademii Medycznej we Wrocławiu. Tam poznała przyszłego męża Fryderyka, później lekarza położnika i ginekologa. Dyplom lekarza uzyskała w 1965 roku. Po studiach wysłano ją do pracy w Legnicy. Później pracowała w Lubinie. W 1968 roku rozpoczęła pracę w głogowskim szpitalu – na oddziale wewnętrznym i w przychodni rejonowej. Uzyskała I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych. Urodziła córkę Martę. W 1973 roku w Głogowie otworzono oddział reanimacji (tak nazywały się pierwsze oddziały intensywnej terapii), notabene drugi na Dolnym Śląsku po klinicznym oddziale śp. prof. Antoniego Arońskiego. Pani Doktor kilka lat później rozpoczęła pracę jako lekarz anestezjolog. Zdawa egzamin na I stopień specjalizacji z anestezjologii i reanimacji. Zniczuła na bloku operacyjnym szpitala w Głogowie, bardzo często noworodki i niemowlęta z wrodzonymi wadami na chirurgii dziecięcej. W tym czasie takich pacjentów leczył Głogowski Oddział Chirurgii Dziecięcej pod kierunkiem

dr. Leopolda Górala. Pani dr Krahl-Seretna łączyła pracę anesteziologa i lekarza internisty w przychodni. Nie wyobrażała sobie pozostawienia przywiązanych do niej na przestrzeni lat pacjentów oraz ich rodzin/znajomych, którym nigdy nie odmawiała pomocy, nie bacząc na obowiązującą w tych czasach rejonizację. Była też lekarzem pogotowia ratunkowego, najpierw karetki podstawowej, a później karetki „R”.

8 listopada 1982 r. (po stażu) rozpoczęłam pracę na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii szpitala w Głogowie. 1 marca 2003 r. zostałam ordynatorem tego oddziału, miałam więc przyjemność być przełożoną Pani Doktor. W 2010 r., w dość dramatycznych dla mnie i dla naszego oddziału okolicznościach, rozeszły się nasze drogi zawodowe. Pani dr Krahl-Seretna odeszła również ze szpitala w Głogowie. Pracowała jeszcze 7,5 roku w szpitalu w Żarach, a następnie, praktycznie do ostatnich dni życia, w ambulatorium lekarskim na terenie Huty Miedzi Głogów. Przez te wszystkie lata, od pierwszego spotkania do dnia Jej śmierci, lek. Danuta Krahl-Seretna pozostawała moim nauczycielem w wielu dziedzinach życia zawodowego oraz prywatnego.

Kiedy ją poznałam, miała 43 lata. Była pracowita, pełna energii, z nieprawdopodobnym poczuciem humoru. Nigdy nie narzekała, że jest zmęczona, nawet po najcięższych dyżurach (a takich wtedy nie brakowało). O zgrozo, jeden dyżurny lekarz anesteziolog znieczulał ostrydyżurowe zabiegi, leczył chorych na intensywnej terapii i wyjeżdżał karetką „R”, gdy istniała taka potrzeba. Była moim nauczycielem w najtrudniejszej ze sztuk lekarskich – w relacjach z chorymi. Mówiła: „Wiesiu, ufaj choremu. Nawet jeśli nie widzisz przyczyn jego dolegliwości, gdy „szkiełko mędrca i oko” zawodzi, ty nadal ufaj i okaż wyrozumiałość, cierpliwość i empatię”. Te nauki wiele razy pomogły mi w moim życiu zawodowym.

Przytoczę tu pewne zdarzenie, które pokaże jej nietypowy, pozbawiony poprawnej, biurokratycznej asekuracji stosunek do chorego (dzisiaj niestety tak powszechnej, może i koniecznej). Pani Doktor przywiozła pogotowiem młodą kobietę z objawami ciężkiej infekcji, z podejrzeniem rozwijającej się sepsy. Czekał na nią za chwilę następny wyjazd karetki i nie знаła dalszego losu chorej. Gdy pojawiła się ponownie w szpitalu, zapytała o tę młodą kobietę i dowiedziała się, że ona, z uwagi na brak opieki dla swojego dziecka, na własne żądanie zrezygnowała z leczenia szpitalnego i podpisała wszystkie stosowne dokumenty. Jednak dla Pani Doktor wyjaśnienia lekarza izby przyjęć były nie do przyjęcia. Wsiadła we własny samochód, pojechała do tej kobiety, i włączając się w organizację opieki dla dziecka, przywiozła ją do szpitala. Znając dalszy rozwój choroby pacjentki wiem, że uratowała jej życie.

Nie tylko lekarzem okazała się wyjątkowym. Jako człowiek promieniowała nieprawdopodobnym ciepłem. Była lubiana przez lekarzy, pielęgniarki i salowe. Okazywała wszystkim zainteresowanie. Pamiętała o naszych uroczystościach rodzinnych. Znała imiona naszych dzieci i z zaciekawieniem pytała i słuchała opowieści o nich. Doradzała i roztaczała optymistyczne wizje wyjścia z najtrudniejszych sytuacji. Wierzyła, że ludzie są zasadniczo dobrzy i tą wiarą dzieliła się z nami.

Na zakończenie opowiem anegdotę, która stała się dla mnie inspiracją do napisania o niej wiersza z okazji 70. urodzin. Któregoś dnia opowiadałam w domu mężowi, też lekarzowi, pewną historię, i trochę nią podekscytowana, mówiłam nie-
dbale, używając nazwiska Pani Doktor – Seretna – wiele razy, w różnych kontekstach. Moja siostrzenica, przysłuchująca się tej opowieści, zapytała: „Ciociu, a kto to jest ta Seretna? To musi być ktoś bardzo ważny”. Bardzo nas to wtedy rozbawiło i pomyślałam, że:

Wiersz o śp. lek. Danucie Krahl-Seretnej

**Seretna, tak, tak – to instytucja.
Lekarski nos – czyli intuicja.
Współczucie, życzliwość i nadzieja dla chorych.
Wyrozumiałość dla narzekających zdrowych.**

**Seretna, to biuro spraw do załatwienia.
Gdy wszyscy mówią – tu już nic do zrobienia.
Ona znajdzie osobę, miejsce i na głowie stanie,
by Ci pomóc. I niemożliwe, możliwym się stanie.**

**Seretna, to rozwiązywanie problemów rodzinnych.
Rozmowy o dzieciach, mężach i innych bliskich.
Zawsze pokaże jasną stronę życia.
Przed Nią żaden smutek nie jest do ukrycia.**

**Seretna, to nasz najlepszy oddziałowy kabaret.
Cudownie opowiada dowcipy – to jedna z Jej zalet.
Każdy kończy swoim perlistym śmiechem.
Szpitalne mury odpowiadają jej radosnym echem.**

**Tak, tak, Seretna to człowiek na urzędzie.
Co z nami zawsze był, jest i będzie.
I Ty dobry Boże w swojej łaskawości,
daj Jej wiele lat życia w zdrowiu, szczęściu
i ludzkiej miłości.**

Nie ma już z nami Pani Doktor Danuty Krahl-Seretnej i dziś myślę, że w imieniu wielu lekarzy, którzy ją znali, żegnam ją dwoma dopisanymi po jej śmierci wersetami:

**I Ty, dobry Boże w swojej łaskawości
pozwól pozostać na ziemi jej ludzkiej miłości.**

lek. Wiesława Dec



Źródło grafiki: [www.pixabay.com/
photos/feather-3237969/Bru-nO](http://www.pixabay.com/photos/feather-3237969/Bru-nO)



*Z wielkim smutkiem zawiadamiamy,
że po długiej i ciężkiej chorobie odszedł od nas
nasz Kolega*

lek. Goran Petrov

Pani doktor

Annie Petrov

*wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci Męża
składają
koleżanki i koledzy z DIL w Głogowie*

*Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy,
że 14 marca 2020 r. zmarł*

dr n. med. Stanisław Solecki

*były długoletni honorowy sekretarz zarządu
Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich,
organizator corocznych spotkań i zjazdów
koleżeńskich wspólnoty VI rocznika*

*Odszedł nasz dobry kolega i nieodżałowany Przyjaciel.
Będzie nam go brakowało.*

*Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie i najbliższym
składa*

*zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich
i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej
oraz Danuta Bujwid*

Pani doktor

Annie Petrov

*wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci Męża*

dr. Gorana Petrova

*składają
lekarze z Puls Sp. z o. o.
NZOZ Przychodnia Lekarska w Głogowie*

Pani Profesor Małgorzacie Inglot

*wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci*

Taty

*składają koleżanki i koledzy
z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby
i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM we Wrocławiu*

Pro memoria

▼ dr Jan Hołówka (1939-2020)

23 kwietnia 2020 roku na cmentarzu w Przemyśle pożegnaliśmy dr. Jana Hołówkę. Odszedł od nas wspaniały człowiek i medyk, jedyny lekarz ginekolog w Przemyśle ze specjalizacją z onkologii.

Był absolwentem wrocławskiej Akademii Medycznej, rocznik 1968. W czasach studenckich prowadził redakcję terenową pisma studenckiego „Nowy Medyk”. Jako zapalony turysta zorganizował w roku 1965 I Złaz Medyka, który nazwaliśmy „Stressowym”, i którego tradycje trwają do dzisiaj. Po zakończeniu Złazu w roku 1970, za obeliskiem 50-lecia niepodległości postawionym przed Domem Studenckim „Bliźniak” (przy ul. Wojciecha z Brudzewa) w 1968 r., jego uczestnicy zasadzili dąb. Nadaliśmy mu imię Jana Hołówki, a dzisiaj to już całkiem okazałe drzewo.

Dr Jan Hołówka zapisał się złotymi zgłoskami nie tylko w historii życia studenckiego naszej uczelni, ale także w historii Przemyśla, gdzie padła propozycja przyznania mu pośmiertnie tytułu honorowego obywatela Przemyśla. ■

Krzysztof Wronecki



Fot. z archiwum Gazeta Codzienna Nowiny



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/film-1392141/kalhh

Film: Interstellar, Paramount Pictures Warner Bros. Premiera: listopad 2014.

Wszystko przemija. Nic nie jest dane na zawsze. Ludzkość narodziła się na Ziemi, ale nigdy nie miała tutaj zginąć. Interstellar to film o nadziei. Ziemia jest planetą bez marzeń, pasji, przyszłości. Codziennosc zdominowała przyszłość. Przeszłość ma ogromny wpływ na teraźniejszość.

Interstellar to opowieść ku pokrzepieniu serc. Ludzkość jest w stanie naprawić wszystkie swoje błędy. Nawet te, które prowadziły do jej zagłady. Nadzieja opiera się bowiem na wierze w zbawczą moc nauki i umysłu. Nuklearny wyścig zbrojeń w czasach zimnej wojny, kryzys przemysłowy, zmiany klimatyczne i wszechobecny pył potęgują strach przed zagładą. Choroby nękające rośliny uprawne powodują pogłębianie się kryzysu. Głód dotyka coraz więcej mieszkańców Ziemi. A rządy chcąc ratować społeczeństwo, bombardują głodujących. Następuje lawinowa zagłada gatunków, na końcu której stoi człowiek. Choroby to wynik eksperymentów biologicznych i samoobrona planety. Cywilizacja okazała się nowotworem dla matki Ziemi, a ludzie jego przerzutami. Głęboki upadek wiary w naukę powoduje, że zamiast inżynierów szkoły kształcą rolników. Jaki sens ma wpajana przez nauczycieli wiedza o sadzonkach, skoro uprawy spowite są pyłem zarazy? Apokalipsa jest nieunikniona. Wie o tym garstka naukowców NASA, która zamknięta w podziemiu, szuka egzoplanety w nieznanej Galaktyce. Do nowej Ziemi prowadzi tunel czasoprzestrzenny w okolicach Saturna, umieszczony przez nieznane i niespotykane inteligentne istoty. Czterech śmiałków wyruszy w statku kosmicznym na poszukiwanie nowej Gai.

Cooper to były pilot NASA i inżynier, który zmuszony przez otaczającą go rzeczywistość zostaje rolnikiem. Nigdy nie pogodził się z utratą marzeń, walczy o lepszą przyszłość dla swoich dzieci, która nie będzie pokryta pyłem. Nadprzyrodzone moce objawiają tajemne

znaki córce Coopera, które okazują się zapisanymi kodem binarnym współrzędnymi. Były pilot NASA zmartwychwstaje w szeregach NASA. Ale jako ojciec targany jest przez sprzeczne uczucia: miłością do rodziny a walką o marzenia. Musi zaryzykować i wyruszyć w kosmos w poszukiwaniu nowej Ziemi dla dobra swoich dzieci.

Autorzy scenariusza Christopher Nolan i Jonathan Nolan zadbali, aby film był zgodny z aktualnym stanem wiedzy naukowej. Współpracował z nimi ekspert od czarnych dziur Kip Thorne, jeden z najwybitniejszych współczesnych fizyków. Idea czasoprzestrzennego tunelu łączącego dwa odległe punkty we wszechświecie nawiązuje do mostu Einsteina-Rosena. Wynikający z fizycznych właściwości czarnych dziur model skrótu przez czasoprzestrzeń jest urzeczywistnieniem marzeń naukowców. Choć właściwości czarnej dziury zostały przedstawione w filmie, a nie na jednym z naukowych wykładów, to wywołały one burzę w świecie fizyków.

Thorne mając do dyspozycji ogromny budżet, skorzystał z pomocy superkomputerów i dokonał kilku nowych odkryć naukowych. Obliczenia fizyka i wizualizacja ekspertów wytwórni filmowej pozwoliły na stworzenie nowego modelu czarnej dziury. Dysk akrecyjny, czyli wirująca wokół czarnej dziury formacja pyłów i gazów, przypominał aureolę, nie zaś, jak do tej pory myślano, pierścień. Astrofizycy uznali wizualizację czarnej dziury za najwierniejszy jej wizerunek, jaki udało się zasymulować. Mimo sukcesów Thorne'a środowisko naukowe było oburzone filmowym wątkiem, w którym Cooper wychodzi żywy z czarnej dziury. Szeregowy widz również może dopatrzeć się wielu nieścisłości, ale nie można zapominać o tym, że cały film jest tylko fikcją. Jednak Kip Thorne'a nie uległ krytyce i w książce: „The Science of Interstellar” dowiódł, dlaczego niemożliwe staje się możliwe. Książka okazała się bestsellerem i jest jedną z najlepiej sprzedających się pozycji według „New York Times”.

Interstellar to film widowiskowy. Wspaniała obsada aktorska potęguje pozytywny odbiór dzieła braci Nolan. Scena płaczącego Matthew McConaughey wpisała się na listę najlepszych scen w dziejach kina. To również nowatorskie podejście do łączenia fikcji z rzeczywistością. Scenariusz zapoczątkował nową linię filmów i stał się podstawą dla wielu rozpraw naukowych. ■

OPRACOWAŁA PAULINA GÓRA

Lekarz, menadżer ochrony zdrowia.
Obecnie jest studentką dziennikarstwa.





SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Paryż. Przyczynę niskiej wagi mózgu Gambetty, która wynosić miała zaledwie 1160 gramów, wyjaśnia prof. W. Krause w korespondencji do *Allg. Wien. med. Ztg.*. Zdaniem jego przyczyną tego faktu, który w zdumienie wprawił wszystkich, upatrujących związek między wagą mózgu a inteligencją, było odciągnięcie wody z mózgu przez stężony roztwór chlorku cynku, wstrzyknięty w tętnice zmarłego, w celu zapobieżenia rozkładowi ciała. Przy sekcji Gambetty rzeczywiście znaleziono w jamie czaszkowej znaczną ilość wstrzykniętego płynu. Ponieważ stężony roztwór solny wciąga wodę, a mózg przez utratę wody kurczy się tak, jak gdyby był włożony do mocnego wysoku, przeto musi tracić na wadze. W razie całkowitego wyciągnięcia wody z mózgu zapomocą alkoholu należałoby do otrzymanej następnie wagi doliczyć 28% straty, co odnośnie do mózgu Gambetty, – *caeteris paribus* wydałoby zbyt wielką wagę 1570 gramów. Biorąc zaś średnią z tej cyfry i z podanej przez gazety francuskie wagi 1160 grm., otrzymalibyśmy cyfrę 1370, jako przypuszczalną wagę mózgu znakomitego mówcy i polityka.

„Gazeta Lekarska” 1883, XVIII, 182

excerpta selegit
Andrzej Kierzek



W kwietniu życie kulturalne i towarzyskie zamarło. Stało się tak w następstwie pandemii koronawirusa i restrykcyjnych zarządzeń władz. Jednak epidemia w naszej historii nie jest niczym nowym.

Już w starożytności opisywano zarazy powodujące śmierć tysięcy ludzi. Średniowieczna Europa była miejscem, w którym raz na kilka lat wybuchały epidemie „czarnej śmierci”. Nikt wtedy nie znał czynnika wywołującego chorobę ani dróg jej rozprzestrzeniania się. Dopiero w 1894 r. Alexandre Yersin, szwajcarski lekarz i bakteriolog, odkrywając wywołującą ją pałeczkę, opracował metodę uzyskiwania surowicy. Powodująca dżumę Yersinia pestis nie jest bakterią specyficznie ludzką. Zazwyczaj występuje wśród szczurów i przenoszona jest za pośrednictwem pcheł z jednego zwierzęcia na drugie.

W roku 1347 na Europę spadł cios, niosąc ze sobą potężne konsekwencje. W Mesynie na Sycylii pojawiła się zaraza przywleczona z Krymu przez genueńskich żeglarzy. Czarna śmierć przenosiła się z miejsca na miejsce niesłychanie szybko, co świadczy o intensywnym ruchu, jaki musiał panować na szlakach handlowych całej Europy. Nie oszczędzała nikogo, wśród ofiar znalazł się król kastyljski Alfons XI. Przetożyla się przez cały kontynent, dotarła również do Szwecji i Norwegii, a następnie do Rosji, gdzie zmarli na nią wielki książę moskiewski i patriarcha kościoła prawosławnego. Ostatecznie powróciła na Krym, gdzie epidemia wybuchła pięć lat wcześniej. Straty w ludziach były ogromne. W Wenecji liczącej 120 tysięcy mieszkańców zmarło 60% populacji. Po ustąpieniu choroby papież Klemens VI ocenił, że zabrała prawie 24 mln z liczącej ówczesnie 75 mln ludności Europy. Szczęśliwym trafem ominęła Polskę, może wskutek peryferyjnego położenia i niezbyt dużej gęstości zaludnienia.

Rozprzestrzenianiu się zarazy sprzyjały fatalne warunki higieniczne w średniowiecznych, gęsto zaludnionych, otoczonych murami obronnymi miastach. Ścieki płynęły rynsztokami prosto do rzek lub fosy miejskiej, zasiedlone przez szczury hałdy śmieci rosły tuż pod oknami kamienic szacownych mieszczan, a czysta woda stanowiła towar luksusowy droższy od wina. Nie znano jednak przyczyn choroby. Kościół głosił, że jest ona winą za grzechy i nawoływał do modlitwy. W wyniku tej teorii, w podzięciu za wygaśnięcie epidemii, powstawały piękne figury wotywnne, które możemy oglądać na rynkach dolnośląskich miast, np. w Kłodzku i Bystrzycy Kłodzkiej. Winnych

Zapiski emeryta



Strach

Strach czai się wszędzie – w tramwajach, w autobusach, na ulicy. Ważne są odległości między ludźmi (2 m?, 4 m?). Trzeba zwracać uwagę na kaszlących i kichających. Strach czai się także w przychodniach, na izbach przyjęć, na oddziałach ratunkowych. Każdy pacjent może być nosicielem wirusa. Ba, pielęgniarki, ratownicy medyczni i lekarze również mogą zarażać, zarówno pacjentów, jak i siebie nawzajem.

Ludzie starsi są podobno najbardziej narażeni – z powodu wieku i chorób, które w naturalny sposób najczęściej ujawniają się po pierwszym roku życia (!). W niektórych krajach osób po 65 r.ż. nie podłącza się do respiratorów – albo potrzebne są młodszy i lepiej rokującym, albo wynika to z przeświadczenia, że seniorzy stanowią zbyt duże obciążenie dla systemu emerytalnego. Nie przewozi się ich także do szpitali, nie aplikuje im nowych leków. Wielu z naszych rodaków mieszkających w tych krajach wołało z tego powodu uciec do Polski. Ukraiński minister zdrowia powiedział, że dla niego osobniki po 65 r.ż., w dobie pandemii, są już trupami (przez co stracił stanowisko).

W przyrodzie panuje bezwzględne prawo selekcji. Wilki zjadają najsłabsze sarny, które nie mogą uciec przed watahą. Czyżby wirus był takim właśnie wilkiem, który doprowadzi do wyeliminowania najbardziej schorowanych ludzi?

Mam już ponad 65 lat, żyję w strachu.

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

szukano również wśród współmieszkańców. I znaleziono – oczywiście Żydów. Za sprawą bardziej restrykcyjnego przestrzegania zasad higieny chorowali rzadziej, w średniowieczu często też zostawali lekarzami. W efekcie obarczania ludności żydowskiej winą za wybuch epidemii, nierzadko dochodziło do ich pogromów.

A co się działo u nas we Wrocławiu? W 1633 r., w czasie pustoszącej Europę wojny trzydziestoletniej między katolikami i protestantami, przywleczona przez wojska cesarskie zaraza spowodowała śmierć 18 tysięcy osób (tzn. więcej niż połowy populacji). Szacuje się bowiem, że w chwili wybuchu konfliktu zbrojnego Wrocław liczył 32 tysiące mieszkańców. W okresie największego nasilenia choroby tygodniowo umierało nawet do 500 osób. Służby miejskie nie nadążały z pochówkami, a ludzkie zwłoki leżały na ulicach.

W roku 1866 Wrocław przeżył epidemię cholery, którą przywlekli ranni i jeńcy z bitwy pod Sadową. Bitwa ta była jedną z największych w XIX wieku. Obok Hradec Kralove wojska pruskie pokonały armię austriacką, a zwycięstwo to stało się podwaliną przyszłej potęgi Prus i doprowadziło do zjednoczenia Niemiec pod pruską egidą 5 lat później. Epidemia cholery doprowadziła do śmierci 4500 osób, ale zaowocowała zlikwidowaniem szkodliwych wyziewów Oławy i przeniesieniem jej ujścia w pobliże dzisiejszego mostu Grunwaldzkiego. W 1871 r. uruchomiono nowe wodociągi i wrocławianie zaczęli korzystać z wody filtrowanej. Kiedy w roku 1873 ponownie wybuchła epidemia, zmarło tylko 40 osób. Wrocław liczył wtedy 208 tysięcy mieszkańców.

W czasach zupełnie nieodległych, bo w 1963 r., już za moich studenckich lat, Wrocław przeżył epidemię ospy prawdziwej. Udało się ją opanować w ciągu 2 miesięcy, przede wszystkim dzięki powszechnej akcji szczepień. Zaszczepiono 98% mieszkańców Wrocławia, a w całej Polsce 8 mln osób. Zachorowało 99 osób, zmarło 7 z nich, w tym dr Stefan Zawada. Upamiętniająca jego postać tablica widnieje w szpitalu MSW przy ul. Ołbińskiej, w którym pracował. „Pacjent zero” przywiózł wirusa z Indii, a sam przebieg epidemii opisali dokładnie nasi koledzy – Zbigniew Hora, Michał Sobków i Jerzy Bogdan Kos. Była to jedna z ostatnich epidemii ospy na świecie, a sam wirus w roku 1980 został całkowicie wyeliminowany ze społeczeństwa. Myślę, że i z koronawirusem sobie poradzimy. Tego sobie i Wam życzę.

Wasz Bywalec

mai 2020

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-Mączka – 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 Kozikowska – starszy referent, 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

i Kultury, 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 Izabela Muzyka – 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-Mączka – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 52

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskie

Ewa Świerka – specjalista, tel. 71 798 80 71

wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-16.00

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskie

BGŻ O/Wrocław 64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Wpłaty i wypłaty

Ewa Świerka – 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 poddyplomowego

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – 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-Lukasiak

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-Jóźwik – 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. Słowiański 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

◆ 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.

◆ 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

◆ 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).

◆ 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.

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

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.

◆ 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.

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

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

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

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

GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY

SP. Z O.O. W GŁOGOWIE

pilnie zatrudni

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

- medycyny ratunkowej (i innej) do pracy na SOR w Głogowie,
- pediatrii (O/Pediatryczny i O/Neonatologiczny)
- ginekologii i położnictwa,
- chirurgii ogólnej,
- anestezjologii i intensywnej terapii,
- internistów,
- lekarzy rodzinnych do pracy w POZ w Głogowie.

Zapewniamy:

- atrakcyjne warunki płacowe,

- 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



Wizyta dla Hospicjum

Wizyta dla Hospicjum to charytatywna inicjatywa środowiska lekarskiego. Jej uczestnikiem może być lekarz, przychodnia, centrum medyczne. Osoby przystępujące do akcji decydują się na przeznaczenie dochodu z jednej wizyty prywatnej w miesiącu na rzecz nieuleczalnie chorych dzieci zamieszkałych na terenie naszego województwa.

Środki pozyskane w ten sposób będą w 100% przeznaczane na opłacenie zabiegów rehabilitacyjnych u podopiecznych hospicjum oraz zakup materiałów i sprzętu medycznego.

Inicjatorem i pomysłodawcą akcji jest pan doktor Sebastian Krupa oraz zespół lekarski Kliniki eMKA Med we Wrocławiu.

Akcja objęta patronatem honorowym Prezydenta Miasta Wrocławia Jacka Sutryka.

Stowarzyszenie Medyczne Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska „Formuła Dobra”

al. Marcina Kromera 2 • 51-163 Wrocław
NIP 8943068116 • KRS 0000582875
konto dedykowane akcji „Wizyta dla Hospicjum”
03 1600 1462 1027 7108 2000 0009



Wrocław miasto spotkań

Patronat Honorowy Prezydenta Wrocławia

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 dentystów

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 czwartą
wtorek miesiąca od godz. 14.00 do godz. 18.00
Kontakt do specjalisty: kom. 607 505 694



**Szukamy lekarzy zainteresowanych wynajmem
nowoczesnej sali operacyjnej wraz z kadrami
anestezjologów 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



mgr inż. Andrzej Białek
Norweska 25 C, Wrocław

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

601415151

601058819

605956807



DentaFlex Marina



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

Separator osadów nie wymaga 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.



Kompresory
i systemy ssania



**Mikrosilniki SAESHIN
ELMEDEQ**

mgr inż. Marcin Białek
601 058 819