



TELEMEDYCYN W CIENIU KORONAWIRUSA



- **Pandem(-on)iczny katalizator telemedycyny s. 6**
- **Teleporady szansą na sprawniejszy system s. 8**
- **Czy trzeba obawiać się teleporad? s. 12**
- **Teleporada medyczna wymaga teleumiejętności s. 16**

Co to jest Peptest™?

PIERWSZY NIEINWAZYJNY TEST NA CHOROBE REFLUKSOWĄ

Peptest jest to precyzyjny, nieinwazyjny i łatwo dostępny test, który niezawodnie sprawdza, czy pacjent cierpi na chorobę refluksową.

Próbki kliniczne: ślina, plwocina, popłuczyna oskrzelowo-płucna, popłuczyna z ucha środkowego, kondensat wydychanego powietrza, itd

Więcej na www.peptest.pl



IMEDEX s.r.o.

wyłączny dystrybutor na RC i RS

zamówienie na marta@imedex.pl lub +420 730 653 135

TELEMEDYCYNĄ – TELEPROBLEM CZY TELEREWOLUCJA?

- 6** *Pandem(-on)iczny katalizator telemedycyny*
Mariusz Kielar
- 8** *Teleporady szansą na sprawniejszy system i wymagającą lekcją* Agata Grzebińska
- 12** *Czy trzeba obawiać się teleporad?*
Agnieszka Sieńko
- 16** *Teleporada medyczna wymaga teleumiejętności*
Dariusz Delikat

W CIENIU KORONAWIRUSA

- 19** *Porządny wywiad lekarski najlepszy do zdiagnozowania zoonozy* Maciej Sas
- 22** *W okowach COVID-19*
Magdalena Orlicz-Benedycka
- 26** *Jak skorzystać z pomocy państwa?*
Aleksandra Otok-Zagajewska
- 30** *Podział środków ochrony indywidualnej dla dolnośląskich medyków* Magdalena Janiszewska
- 32** *Trzeba obśmiać chorobę, jeśli nie można jej inaczej pokonać*
Rozmawia Maciej Sas

- Wydarzyło się **36**
- Prawo i medycyna **41**
- Uchwały DRL i Prezydium DRL **48**
- Wspomnienia pośmiertne **49**
- Pro memoria **50**
- Kulturalnik lekarski **53**
- Kącik poetycki **54**
- Felietony **56**
- Rozrywka **57**
- Ogłoszenia **58**

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

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

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący,
Małgorzata Niemiec – zastępcza 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 adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 26 maja 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

Fot. z archiwum P.W.

**Komentarz aktualny**

Tegoroczny maj z pewnością zapisze się wielkimi zgłoszeniami w historii wydarzeń związanych z pandemią COVID-19. Już w marcu – w sferze organizacyjnej – rozpoczął się proces zakupu 58 ton sprzętu ochronnego dla polskich medyków. Całe przedsięwzięcie zostało sfinansowane przez Kulczyk Foundation i zrealizowane przez Fundację Lekarze

Lekarzom, przy pomocy specjalnie powołanego zespołu przy Naczelnej Radzie Lekarskiej pod przewodnictwem prezesa ORL w Łodzi kol. Pawła Czekalskiego. Akcja pomocowa zakończyła się szczęśliwie pod koniec kwietnia na poznańskim lotnisku Ławica. Dzięki uprzejmości szefów Grupy Raben Polska zakupione środki dotarły do izb na przełomie kwietnia i maja.

Podział sprzętu był niezwykle trudny, bo potrzeby są wręcz nieograniczone, a konieczność rozliczenia się z każdej rozdanej sztuki – obowiązkowa. Zostaliśmy zobligowani do bardzo ważnego rozdziału środków zarówno za sprawą umów zawartych z darczyńcami, jak i poprzez wsparcie rządu i wielu organizacji samorządowych. Szczególnie kłopotliwe okazało się zwolnienie z opłat celnych i zakwalifikowanie całego transportu do kategorii pomocy humanitarnej. Z drugiej jednak strony mogliśmy dzięki temu kupić dużo więcej środków ochrony osobistej, bo nie musieliśmy wносить żadnych urzędowych opłat.

Transport sfinansowała także Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, dzięki osobistemu wstawiennictwu Premiera Mateusza Morawieckiego. Perypetie i problemy związane z tym przedsięwzięciem zasługują na osobny artykuł, do przygotowania którego zobowiązuję się natychmiast po końcowym rozliczeniu się z Fundacją Lekarze Lekarzom.

Wypada jednak już w tym miejscu podkreślić, że zorganizowanie całego przedsięwzięcia wymagało życzliwości, współpracy i wielkiego wysiłku wielu środowisk, organizacji i ludzi dobrej woli. Szczególne podziękowania należą się oczywiście fundatorce całej akcji, p. Dominice Kulczyk oraz całemu zespołowi Kulczyk Foundation. W organizacji zakupu i kontaktach z Kantonem kłuczową rolę odegrała Polsko-Chińska Rada Biznesu na czele z p. Moniką Karpieńską-Krystek oraz p. Jackiem Boczkim. Naszą akcję wspierał Ambasador Nadzwyczajny i Pełnomocny Rzeczypospolitej Polskiej w Chińskiej Republice Ludowej JE Wojciech Zajączkowski wraz z Konsulem Generalnym Rzeczypospolitej Polskiej w Kantonie p. Adamem Bralczykiem.

Port Lotniczy Poznań-Ławica im. Henryka Wieniawskiego z wiceprezesem zarządu lotniska Grzegorzem Bykowskim oraz Piotrem Gromadzkim, prezesem zarządu Grom Cargo Serwis na czele, a także Welcome Airport Services – oddział w Poznaniu wraz z Oddziałem Celnym Portu Lotniczego Poznań-Ławica zapewniły logistykę i zadbały o dopełnienie wszelkich formalności na miejscu. Grupa Pekabex z Poznania zorganizowała transport kołowy na linii: lotnisko – Międzynarodowe Targi Poznańskie, gdzie dzięki wsparciu władz Poznania, na czele z prezydentem tego miasta p. Jackiem Jaśkowiakiem, mogliśmy złożyć nasz sprzęt, skąd wyruszył następnie do poszczególnych izb lekarskich.

Na każdym etapie wymagającym tężyzny fizycznej wspierali nas żołnierze z Akademii Wojsk Lądowych im. gen. Tadeusza Kościuszki z Wrocławia oraz 12. Wielkopolskiej Brygady Obrony Terytorialnej im. gen. Stanisława Taczaka. Podziękowania należą się także Lions Club Poznań Pillory na czele z paniami: Jackiem Masiotą i Karolem Działoszyńskim (prezydent i wiceprezydent zarządu), a szczególne – naszemu koledze dr. Tomaszowi Karaudzie – pełnomocnikowi Naczelnej Izby Lekarskiej i Kulczyk Foundation ds. projektu, który był łącznikiem pomiędzy poszczególnymi elementami tej skomplikowanej układanki logistyczno-biznesowej.

Nie mniejszy wysiłek w rozdysponowanie środków na miejscu włożyliśmy i my. Szczególne podziękowania należą się pełnomocnikom naszych delegatur, kol.: Bożenie Kaniak, Barbarze Polek, Dorocie Radziszewskiej i Ryszardowi Kępie, oraz zaangażowanym w podział środków stomatologom pod przewodnictwem wiceprezesa DRL Iwony Świętkowskiej: Alicji Marczyk-Felbie, Urszuli Kanaffie-Kiliańskiej, Violetcie Duży i Markowi Stehlikowi. Trudno byłoby pominąć podziękowania dla naszych pracowników z panią dyrektorką Marią Danutą Jarosz na czele (fotorelacja na s. 30-31).

Pamiętajmy, że to jeszcze nie czas na świętowanie. Pandemia trwa i kolejne zadania przed nami.



Co nowego w... medycynie



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/chemistry-4932607/padrinan

► TERAPIA ANTY-HIV NIESKUTECZNA W PRZYPADKU COVID-19

Jak donoszą autorzy badania opublikowanego na łamach „New England Journal of Medicine”, kombinacja dwóch leków przeciwwirusowych stosowanych w terapii HIV – wbrew pokładanym nadziejom – nie przynosi skutecznej odpowiedzi w ciężkich przypadkach COVID-19.

Taki wniosek płynie z uzyskanych wyników próby klinicznej przeprowadzonej w jednym ze szpitali w chińskim mieście Wuhan. Zgodnie z protokołem badania 99 dorosłym pacjentom z zaawansowanym zapaleniem płuc w przebiegu zakażenia koronawirusem podawano doustnie kombinację lopinawiru i rytonawiru. – Wśród hospitalizowanych dorosłych pacjentów z ciężkim przebiegiem COVID-19 nie zaobserwowano korzyści z leczenia lopinawirem i rytonawirem w porównaniu ze standardową opieką. Dalsze próby na pacjentach z ciężką chorobą mogą pomóc potwierdzić lub wykluczyć możliwe korzyści płynące ze stosowania tej kombinacji leków – to główne wnioski z badania przeprowadzonego przez zespół naukowców, którymi kierował prof. Bin Cao z chińskiego Państwowego Ośrodka Badań nad Chorobami Układu Oddechowego.

W toku eksperymentu stwierdzono m.in., że skojarzenie lopinawiru i rytonawiru powodowało nasilenie działań niepożądanych ze strony układu pokarmowego, które doprowadziły do wcześniejszego przerwania leczenia u 13,8% pacjentów. Co jednak istotne, kombinacji leków na HIV nie porównano z placebo, podstawowym komparatorem w badaniach nad skutecznością terapii. ■

Źródło: *NEJM*, 2020

► PRZEBIEG CIĄŻY I PORODU DETERMINUJE PODATNOŚĆ DZIECKA NA PSYCHOZY

Ponad trzydzieści kluczowych czynników ryzyka rozwoju zaburzeń psychotycznych u dzieci, związanych z przebiegiem ciąży i porodu, opisali naukowcy z Narodowego Instytutu Badań Zdrowia Biomedycznego Centrum Badawczego Maudsleya na łamach „The Lancet Psychiatry”. To pierwsza tak kompleksowa metaanaliza przed- i okołoporodowych czynników ryzyka rozwoju psychozy od prawie dwudziestu lat. Zdaniem badaczy



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/adult-18604/Public Domain Pictures

prenatalne i okołoporodowe zagrożenia środowiskowe, czyli te z czasu ciąży, porodu i pierwszych siedmiu dni po narodzinach, mają znaczący wpływ na prawdopodobieństwo rozwoju psychozy u dziecka.

Przeprowadzona metaanaliza bazowała na danych ze 152 publikacji opublikowanych w uznanych czasopismach w latach 1977-2019. Specjaliści wzięli pod lupę 98 różnych czynników ryzyka, z których 30 zidentyfikowano jako czynniki o istotnym znaczeniu dla rozwoju psychoz. Autorzy badania skategoryzowali je w czterech grupach: uwarunkowania rodzicielskie i rodzinne, ciążowe, okołoporodowe oraz związane z rozwojem płodowym.

Okazuje się, że prawdopodobieństwo rozwoju psychozy u dziecka wyraźnie zwiększały m.in. wcześniejsze problemy ze zdrowiem psychicznym u któregośkolwiek z rodziców, niedobory żywieniowe, niska waga urodzeniowa i poród w chłodniejszych miesiącach. Niezależnym czynnikiem ryzyka byli również rodzice poniżej dwudziestego roku życia, matki w wieku 30-34 lat i ojcowie powyżej 35 lat. Co interesujące, zdaniem badaczy pewne zagrożenie stanowi także brak kontrolnych wizyt prenatalnych. Z kolei do czynników chroniących przed rozwojem zaburzeń psychotycznych u dzieci zakwalifikowano matki w wieku 20-29 lat, pierwotki i większą masę urodzeniową niemowląt.

Do istotnych determinant w kontekście badanego ryzyka należy również sam przebieg porodu, a szczególnie niedotlenienie dziecka i przedwczesne pęknięcie błon płodowych. – Badanie to potwierdza, że zaburzenia psychotyczne kształtują się we wczesnych fazach życia i może im sprzyjać nagromadzenie kilku czynników ryzyka środowiskowego z czasu ciąży i porodu. Otrzymane wyniki zwiększają naszą zdolność do identyfikacji osób zagrożonych rozwojem psychozy oraz oferowania im profilaktycznej opieki – uważa dr Paolo Fusar-Poli, psychiatra z King's College London. ■

Źródło: *The Lancet Psychiatry*, 2020

► COVID-19 A OBJAWY NEUROLOGICZNE

U ponad jednej trzeciej pacjentów z ciężkim przebiegiem infekcji COVID-19 stwierdza się objawy neurologiczne, w tym ciężkie zaburzenia ze strony ośrodkowego układu nerwowego – donosi czasopismo „JAMA Neurology”. To wyniki analizy danych medycznych w grupie 214 osób leczonych na COVID-19 w trzech ośrodkach wyznaczonych przez chiński rząd do leczenia tej infekcji. Zakażenie SARS-CoV-2 potwierdzono testem

laboratoryjnym, a średnia wieku chorych wyniosła 52-53 lata.

Spośród objawów neurologicznych naukowcy zaobserwowali przeważnie gorączkę (niemal 62% chorych), suchy kaszel (50%) oraz brak apetytu (niemal 32%). Obecność symptomów neurologicznych stwierdzono aż u 36,4% pacjentów, przy czym u blisko 25% były to objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego – najczęściej zawroty i bóle głowy, u 9% ze strony obwodowego układu nerwowego – zaburzenia smaku i węchu, a u niemal 11% uszkodzenie mięśni szkieletowych.

Objawy neurologiczne były znacznie częstsze u pacjentów z ciężkim przebiegiem COVID-19 – w tej grupie występowały u 45,5% chorych, podczas gdy wśród osób z łagodniejszym przebiegiem odsetek ten wyniósł ok. 30%. Większość objawów neurologicznych występowała na wczesnym etapie rozwoju infekcji – tj. w ciągu jednego do dwóch dni.

Zdaniem autorów pracy wyniki ich badania mogą być praktyczną wskazówką dla lekarzy, by zwracać uwagę na objawy neurologiczne u zgłaszających się pacjentów i diagnozować ich w kierunku infekcji SARS-CoV-2. Co więcej, u pacjentów z cięższym przebiegiem COVID-19 nagłe pogorszenie stanu zdrowia może mieć związek z wystąpieniem poważnego incydentu neurologicznego, tj. udaru mózgu, który może przyczynić się do szybszego zgonu chorego. ■

Źródło: JAMA Neurology, 2020



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/disease-4392163/nastya-gepp

► COVID-19: INTRYGUJĄCY CASE IWERMEKTYNY

Australijscy naukowcy dowodzą, że iwermektyna może hamować replikację koronawirusa SARS-CoV-2. Jednak najważniejsze pytanie brzmi: czy to samo wykażą badania kliniczne z udziałem ludzi?

Iwermektyna to lek znany od dziesięcioleci stosowany w terapii przeciwpasożytniczej zarówno u zwierząt, jak i u ludzi. W naszym kraju iwermektyna posiada rejestrację wyłącznie do użytku zewnętrznego w leczeniu trądziku różowatego u ludzi oraz w weterynarii jako środek przeciwpasożytniczy dla bydła, owiec i świń. Mechanizm przeciwwirusowego działania tej substancji wciąż nie jest do końca poznany. Jedną z hipotez zakłada możliwość przerywania łańcucha transportu białek we wnętrzu cząsteczki wirusa uniemożliwiających układowi odpornościowemu niszczenie patogenu.

Obiecująca „kariera światowa” tego preparatu nabrała tempa, gdy dr Kylie Wagstaff z Uniwersytetu Monash w Melbourne wspólnie z kolegami z Peter Doherty Institute of Infection and Immunity zaaplikowała w laboratorium lek do hodowli komórek zakażonych SARS-CoV-2. – Okazało się, że już pojedyncza dawka jest w stanie zahamować replikację wirusa w hodowli komórkowej i to w ciągu 24-48 godzin – mówi dr Wagstaff. – Po podaniu leku ilość materiału genetycznego koronawirusa SARS-CoV-2 – tj. jego RNA – wykrywanego za pomocą metody PCR (tej samej, której używa się

u ludzi) w badanej hodowli komórkowej zmniejszyła się 5 tys. razy – piszą naukowcy z Australii. To wszystko jednak dopiero wstępne badania, przeprowadzone w dodatku wyłącznie na hodowli komórkowej. Amerykańska Agencja Żywności i Leków w specjalnym oświadczeniu przestrzega, by pod żadnym pozorem nie stosować iwermektyny na własną rękę. Dlatego obecnie trudno jednoznacznie ocenić przydatność i skuteczność leku w leczeniu zakażeń SARS-CoV-2. ■

Źródło: Monash University, 2020



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/syringe-4544448/fotoblend

► KRAKÓW: SZYBKA ŚCIEŻKA WSPARCIA DLA SZCZEPIONKI PRZECIWKO COVID-19

Projekt badaczy Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum kierowany przez prof. Marcina Majkę oraz prof. Wojciecha Szczeklika uzyskał pozytywną rekomendację prezesa Agencji Badań Medycznych w ramach szybkiej ścieżki wsparcia dla opracowania szczepionki, terapii i rozwoju technik testów diagnostycznych w walce z koronawirusem.

Krakowscy naukowcy zamierzają przeprowadzić niekomercyjne badanie kliniczne I i II fazy u pacjentów z zespołem ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) stanowiącej powikłanie choroby COVID-19. Jedyną, jak dotychczas, metodą leczenia ARDS w przebiegu COVID-19 pozostaje wentylacja mechaniczna. Jednak śmiertelność w populacji pacjentów, u których stosuje się wentylację mechaniczną, nadal sięga nawet 50%.

Planowane badanie ma na celu przetestowanie leku opracowanego z wykorzystaniem komórek mezenchymalnych (tzw. „żywy lek”). Badana cząsteczka może zmniejszać stan zapalny wywołany przez koronawirusa, ograniczając degradację tkanki płucnej.

W efekcie leczony pacjent mógłby być bardziej niezależny od mało skutecznej wentylacji mechanicznej w przypadkach ostrej niewydolności oddechowej i mieć większe szanse na szybsze i bezpieczniejsze wyleczenie. – Na podstawie dotychczasowej oceny wydaje się, że nasz „żywy lek” na bazie komórek mezenchymalnych może posiadać pewne dodatkowe właściwości w stosunku do leków komórkowych, nad którymi uruchamiano ostatnio badania m.in. w USA, Danii, Wielkiej Brytanii czy Francji. Stawia nas to w międzynarodowej pierwszej lidze takich projektów i może stanowić ważną opcję terapeutyczną dla chorych z ciężkim przebiegiem COVID-19 – wyjaśnia prof. Marcin Majka. ■

Źródło: Medexpress, 2020

Opracował Mariusz Kielar



KORONAWIRUS:

► **MARIUSZ
KIELAR**

Fot. z archiwum autora

Pracownik naukowy Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (Zakład Promocji Zdrowia i e-Zdrowia IZP UJ CM), pasjonat nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w opiece zdrowotnej, dziennikarz medyczny, muzyk

I w tym przypadku nie było drogi odwrotu: wszyscy musieliśmy dać radę. Pod naporem potrzeby chwili udało się wprowadzić w życie nie tylko w pełni funkcjonalne rozwiązania teleinformatyczne, ale także organizacyjne, o których przez długie lata jedynie debatowano w gronie specjalistów i decydentów politycznych.

PANDEM(-ON)ICZNY KATALIZATOR TELEMEDYCYNY

„Nie można zmarnować kryzysu jako okazji do tego, żeby iść do przodu” – zwykł mawiać Winston Churchill. Uważał bowiem, że każde społeczne załamanie powinno być szansą do wyciągnięcia właściwych wniosków na przyszłość. Czy podobne założenie odnosi się także do obserwowanego rozkwitu telemedycyny w czasie pandemii?

Piraci grasujący w dawnych czasach po morzach i oceanach w swej grabieżczej działalności wykazywali się niezwykle skutecznym, choć trzeba przyznać, bezwzględny *modus operandi*: tuż przed „desantem” na upatrzony statek podpalali własny, nie dając sobie szans odwrotu w razie nieudanego ataku. Tym sposobem każdy morski rabuś stawał niejako przed faktem dokonanym, z którego było tylko jedno dobre wyjście: poradzić sobie z wyzwaniem. Wydaje się, że podobna analogia dobrze opisuje skokowy wzrost zainteresowania możliwościami i dostępnością technologii telemedycznych (lub szerzej: teleinformatycznych) w czasie obecnej pandemii.

POD NAPIERM POTRZEBY CHWILI

Nieprzewidziane okoliczności zewnętrzne związane z zagrożeniem epidemicznym, koniecznością izolacji społecznej oraz wprowadzeniem



Tekst Mariusz Kielar

Źródła grafiki: www.pixabay.com/photos/online-523228/geralt/,
www.pixabay.com/photos/covid-19-4996393/FrankundFrei/

restrykcyjnych środków przeciwepidemicznych w stosunkowo krótkim czasie zmusiły nas do „przełączenia się” na funkcjonowanie w zdalnej rzeczywistości. I w tym przypadku nie było drogi odwrotu: wszyscy musieliśmy dać radę. Pod naporem potrzeby chwili udało się wprowadzić w życie nie tylko w pełni funkcjonalne rozwiązania teleinformatyczne, ale także organizacyjne, o których przez długie lata jedynie debatowano w gronie specjalistów i decydentów politycznych. Pilna konieczność wzmocnienia i poszerzenia zakresu świadczeń telemedycznych w odpowiedzi na epidemię została zaakcentowana także przez Komisję Europejską, która przekazała 120 mln zł na poszerzenie systemu e-zdrowia o nowe usługi i funkcjonalności.

Wobec wprowadzenia stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii, również nasz kraj powiększył zakres możliwości teleinformatycznych i usprawnień organizacyjnych umożliwiających korzystanie z systemów telemedycznych w celu świadczenia usług zdrowotnych na skalę większą, niż kiedykolwiek przedtem. Obecnie lekarz ma do swojej dyspozycji nowoczesne technologie teleinformatyczne, które umożliwiają i/lub ułatwiają m.in. kontakt zdalny z pacjentem (telefon, czat, wideorozmowa, e-mail), zarządzanie kalendarzem e-wizyt i rejestracją, redukcję do minimum czynności związanych z biurokracją medyczną, wystawianie e-recept, e-zwolnień, prowadzenie pełnej dokumentacji medycznej pacjenta, dostęp do historii choroby (w tym informacje o lekach i innych schorzeniach), rozliczenia, a także przekazywanie koniecznych informacji do ZUS lub pracodawcy.

LEKARZ A ZDALNA KONSULTACJA

Warto jednak pamiętać że, to lekarz posiada znaczną swobodę w zakresie decyzji, czy konkretna konsultacja wymaga zapewnienia bezpośredniego kontaktu z pacjentem w celu przeprowadzenia np. badania przedmiotowego czy też może zostać przeprowadzona wyłącznie z wykorzystaniem środków zdalnego kontaktu z pacjentem. Również lekarz podejmuje decyzję, czy i do jakiego etapu rozwiązanie telemedyczne stanowi wystarczającą przesłankę do postawienia diagnozy. Przeprowadzenie konsultacji pacjenta za pośrednictwem systemów teleinformatycznych musi zostać odnotowane w dokumentacji medycznej ze wskazaniem zastosowanych narzędzi komunikacji – w przypadku zastosowania sesji telemedycznych należy dodatkowo wpisać czas rozpoczęcia i zakończenia takiego świadczenia.

Co istotne, możliwość zdalnego przeprowadzania konsultacji medycznych znajduje swoje zastosowanie także w obszarach niezwiązanych bezpośrednio z zakażeniami koronawirusem. Łączność telemedyczna gwarantuje bowiem bezpieczeństwo zdrowotne personelu medycznego znajdującego się na pozycji frontowej w walce z epidemią. O skali i powadze powyższej sytuacji mogą świadczyć liczby: szacuje się, że w niektórych krajach liczba zakażonych pracowników opieki zdrowotnej sięga już 20% ogółu pacjentów z COVID-19. Jeśli mowa o personelu medycznym, nie sposób pominąć kolejnego aspektu, który „napędza” wymuszony przez pandemię rozwój technologii telemedycznych – możliwość wykonywania zdalnych badań diagnostycznych w znaczący sposób odciąża także placówki medyczne, które w obecnym czasie są zmuszone zagospodarować wszystkie swoje zasoby kadrowe, a także całe zaplecze sprzętowe do walki z zakażeniami SARS-CoV-2.

Dodając do tego bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, jego wygodę zapewnianą przez możliwość korzystania m.in. z telekonsultacji oraz opłacalność ekonomiczną zdalnej opieki medycznej wydaje się, że włączenie usług telemedycznych do katalogu świadczeń refundowanych w relatywnie krótkim czasie mogłoby spowodować jeszcze większy wzrost dostępności tej formy realizacji usług zdrowotnych dla statystycznego polskiego pacjenta.

Przykładem dobrych praktyk wspierających rozwój usług telemedycznych w innych krajach mogą być podejmowane szybko i skutecznie działania prawno-regulacyjne zwiększające dostępność oraz zakres finansowania świadczeń zdrowotnych realizowanych w sposób zdalny. Ich nadrzędnym celem było wzmocnienie ofensywy prowadzonej walki z epidemią COVID-19 poprzez powszechne wykorzystanie potencjału systemów telemedycznych przez placówki medyczne oraz pacjentów pozostających w izolacji społecznej (np. USA, Wielka Brytania). W wielu państwach obowiązują ponadto zalecenia stosowania szeroko rozumianych rozwiązań z obszaru e-zdrowia w przypadku zarówno osób z podejrzeniem infekcji SARS-CoV-2, jak również wszystkich innych pacjentów bez konieczności osobistego kontaktu z lekarzem.

” — ***Pilna konieczność wzmocnienia i poszerzenia zakresu świadczeń telemedycznych w odpowiedzi na epidemię została zaakcentowana także przez Komisję Europejską, która przekazała 120 mln zł na poszerzenie systemu e-zdrowia o nowe usługi i funkcjonalności.*** — “

KONSULTACJA TELEMEDYCZNA ZASTĄPI KONWENCJONALNĄ?

W obecnym czasie obowiązującego wciąż stanu pandemii trudno wyobrazić sobie scenariusz rozwoju sytuacji epidemiologicznej przy bardziej ograniczonym dostępie do funkcjonalności systemów teleinformatycznych i cyfrowej opieki zdrowotnej. Niemniej jednak nawet przy współczesnych możliwościach rozwiązań telemedycznych nie sposób do końca przy ich pomocy zastąpić konwencjonalnej konsultacji lekarskiej. Zdaniem specjalistów w przypadku ok. 20% pacjentów konieczne jest przeprowadzenie klasycznej wizyty pacjenta w gabinecie lekarskim. Warto także pamiętać, że odpowiedzialność lekarza za ewentualny błąd medyczny lub postawienie błędnej diagnozy obowiązuje niezależnie od sposobu realizacji świadczenia zdrowotnego (tj. konwencjonalnie lub telemedycznie). Jest to bowiem podyktowane jednolitymi przesłankami prawnymi regulującymi udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Nawiązując do wspomnianej na wstępie myśli Winstona Churchilla wydaje się, że akurat w przypadku technologii telemedycznych i systemów e-zdrowia czas pandemii może wyjść nam wszystkim na dobre. Obyśmy zdrowi byli! ■



Teleporady szansą na sprawniejszy system i wymagającą lekcję

W maju 2018 roku Telemedyczna Grupa Robocza opublikowała raport „Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie ochrony zdrowia”¹. Wówczas większość Polaków nie kojarzyła zdalnej formy udzielania usług medycznych ze świadczeniami zdrowotnymi, a raczej z innymi działaniami prozdrowotnymi, jak np. platformy informacyjne o tematyce zdrowia.

Przez etap raczkowania przechodziła latami. Aż nagle wystartowała z dnia na dzień – nie tylko równym krokiem, ale prawdziwym sprintem. Telemedycyna, bo o niej mowa, w dobie pandemii koronawirusa wyszła z cienia i zagrała główną rolę. Jeszcze trochę nieporadnie, jeszcze z tylko częściowo opanowanym warsztatem, ale już z perspektywą stałej obecności na medycznej scenie. »

Tekst Agata Grzelińska



Źródła grafiki: www.pixabay.com/photos/desk-3076954/Nietjuh
www.pixabay.com/photos/stethoscope-3993864/Barroa_Artworks

Mimo że o telemedycynie mówi się przynajmniej od dwóch dekad, jeszcze dwa lata temu mało który pacjent wyobrażał sobie, że lekarz częściej będzie miał kontakt z chorym przez telefon, e-mail lub inny komunikator niż w gabinecie. Dwie dekady temu świat przekonał się, że zdalnie można nie tylko udzielić konsultacji, ale także przeprowadzić udaną operację. 7 września 2001 roku w ramach projektu o nazwie „Operacja Lindbergh” doktor Jacques Marescaux, francuski lekarz znajdujący się tego dnia w Nowym Jorku, zoperował 68-letnią pacjentkę, która leżała na stole operacyjnym w szpitalu w Strasburgu. Chirurg wykonał zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego, używając robota chirurgicznego, którym zdalnie sterował z odległości ponad 6 tysięcy kilometrów. Tego typu spektakularne dokonania nie przekładały się jednak na powszechną świadomość.

Stan przed epidemią

W maju 2018 roku Telemedyczna Grupa Robocza opublikowała raport „Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie ochrony zdrowia”¹. Wówczas większość Polaków nie kojarzyła zdalnej formy udzielania usług medycznych ze świadczeniami zdrowotnymi, a raczej z innymi działaniami prozdrowotnymi, jak np. platformy informacyjne o tematyce zdrowia. Autorzy opracowania stwierdzili, że „nawet najlepiej rozwinięte i dopasowane rozwiązania technologiczne nie znajdują powszechnego zastosowania, jeżeli nie zaistnieją w świadomości społecznej lub przez niezrozumienie ich roli spotkają się z negatywnym odbiorem. Obawy ze strony pacjentów i osób wykonujących zawody medyczne stanowią ważną barierę w coraz przyjaźniejszym otoczeniu regulacyjnym i dostępniejszym środowisku technologicznym”.

Opublikowany miesiąc wcześniej raport „E-zdrowie oczami Polaków”, przygotowany przez LekSeek oraz GABINETdrWidget², zawiera następujące dane: 55% badanych kojarzyło pojęcie telemedycyna z medycyną na odległość, ale aż 29,3% nie miało żadnych skojarzeń z pojęciem telemedycyny. Jednocześnie 73,4% badanych chciałoby otrzymywać drogą elektroniczną receptę lub zwolnienie. Ciekawe są wyniki dotyczące tego, jak wówczas telemedycynę postrzegali lekarze. Otóż 1/5 badanych medyków rozumiała pojęcie „telemedycyny” jako formę kontaktu lekarza z pacjentem poprzez internet lub telefon (udzielanie porad, diagnostyka). Odsetek tych, którzy nie potrafili odpowiedzieć na pytanie, czym jest dla nich telemedycyna, wyniósł 25%.

W badaniach opinii sprzed dwóch lat przewijał się stały motyw. Z jednej strony wiadomo, że telemedycyna daje pacjentowi i lekarzowi możliwość komunikacji z dowolnego miejsca, że można w ten sposób przeprowadzić badanie albo kontrolować np. czynności serca (EKG) czy poziom cukru. Z drugiej strony oczekiwania społeczne



Opublikowany miesiąc wcześniej raport „E-zdrowie oczami Polaków, przygotowany przez LekSeek oraz GABINETdrWidget², zawiera następujące dane: 55% badanych kojarzyło pojęcie telemedycyna z medycyną na odległość, ale aż 29,3% nie miało żadnych skojarzeń z pojęciem telemedycyny. Jednocześnie 73,4% badanych chciałoby otrzymywać drogą elektroniczną receptę lub zwolnienie.

dotyczyły przede wszystkim ułatwień w dostępie do ustalania terminów wizyt lekarskich czy otrzymywania recept, zwolnień lub dokumentacji medycznej, niż samych porad świadczonych na odległość. Zapowiadało się więc, że zmiana nastawienia do e-wizyt lekarskich zajmie długie lata.

Stan w trakcie epidemii

Kiedy w marcu został ogłoszony w Polsce stan epidemii, z dnia na dzień ludzie zrozumieli, że ze względów bezpieczeństwa drzwi przychodni i gabinetów lekarskich muszą zostać zamknięte, a pacjent może przyjść na badanie tylko po wcześniejszym kontakcie telefonicznym. Zdecydowana większość pacjentów przyjęła do wiadomości, że kontakt osobisty grozi zakażeniem koronawirusem, a w placówkach medycznych ryzyko narażenia na ekspozycję SARS-CoV-2 jest większe niż w innych miejscach. Stawianie diagnozy przez telefon przestało budzić zdziwienie, stało się jednym z możliwych rozwiązań. Czy powszechnie akceptowanym? To już inna kwestia, do której powrócimy w dalszej części tekstu.

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” porównała liczby porad lekarskich udzielonych w 101 badanych placówkach POZ w dwóch analogicznych miesiącach. W marcu 2019 roku pacjenci otrzymali 13 039 465 porad, a w marcu 2020 roku 13 082 225, w tym 89,8% stanowiły teleporady, a 10,2% wizyty osobiste w gabinetach POZ i wizyty domowe³.

W maju 2020 roku agencja Procontent Communication opublikowała raport pt. „Zdalne wizyty lekarskie”. Wynika z niego, że w czasie epidemii z teleporad skorzystało 30% Polaków. Z tej grupy ponad 70% stanowiły e-wizyty w publicznej służbie zdrowia na NFZ. 16% badanych miało zdalną wizytę w prywatnej służbie zdrowia w ramach abonamentu, natomiast 15% płatną wizytę w prywatnej służbie zdrowia, bez abonamentu. W porady online nie wierzy 17% badanych. Natomiast spośród tych, którzy korzystali z teleporady, większość (aż 70 %) uznała, że ma ona taką samą wartość jak zwykła wizyta w gabinecie lekarskim (częściej taką opinię wyrażały osoby korzystające z e-wizyt w ramach prywatnej służby zdrowia). 30% nie podziela tego zdania. Z tego gremium ponad 60% osób wskazało jako wadę brak możliwości prawidłowego zbadania przez lekarza.

– Część ludzi jest naprawdę przekonana, że teleporady spełniają ich potrzeby. Jak wynika z tego raportu, na dzisiaj przynajmniej połowa pacjentów, którzy skorzystali z tej formy pomocy medycznej, chce nadal z niej korzystać i uważa, że ona wystarczy – mówi lek. Jacek Krajewski, specjalista medycyny rodzinnej, prezes Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców i prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”. – To już jest naprawdę bardzo poważny »



Ciekawe są wyniki dotyczące tego, jak wówczas telemedycynę postrzegali lekarze. Otóż 1/5 badanych medyków rozumiała pojęcie „telemedycyny” jako formę kontaktu lekarza z pacjentem poprzez internet lub telefon (udzielanie porad, diagnostyka). Odsetek tych, którzy nie potrafili odpowiedzieć na pytanie, czym jest dla nich telemedycyna, wyniósł 25%.

sygnał, że teleporady się sprawdzają i że mogą być uzupełnieniem osobistych wizyt. Wcześniej myśłano, że tego typu świadczenia będą jedynie komfortowym dodatkiem dla tych, którzy nie mogli przyjść do lekarza.

Telemedycyna ma zalety

Trzymiesięczne doświadczenie w zakresie zdalnego diagnozowania, leczenia i kontrolowania stanu zdrowia pacjentów pokazuje, że teleporady mają wiele zalet. Pierwsza i najważniejsza to ta, że stwarzają możliwość bezpiecznego kontaktu z lekarzem w sytuacji, gdy kontakt osobisty jest obciążony ogromnym ryzykiem zakażenia groźną chorobą. Pomijając jednak wątek epidemii, teleświadczenia medyczne są sposobem na usprawnienie systemu, zwiększenie dostępności do opieki medycznej, a także, jeśli nie likwidację, to znaczne skrócenie kolejek.

– Dzięki teleporadom pacjent może otrzymać e-receptę, e-zwolnienie, e-skierowanie czy e-zaświadczenie, poświęcając na to kilka czy kilkanaście minut, zamiast tracić cały dzień na wyprawę do przychodni i czekanie w kolejce – mówi dr Jacek Krajewski. – A to daje następne korzyści.

Jeżeli wypisywanie kolejnych recept, zaświadczeń, skierowań sprawnie załatwimy przez telefon czy e-mail, to więcej czasu będziemy mogli poświęcić tym osobom, które istotnie tego potrzebują. Lepiej wykorzystamy nasze kompetencje i będziemy dawać naszym pacjentom lepszą jakość kliniczną terapii. Wtedy też wzrośnie ich satysfakcja.

Epidemia COVID-19 pokazuje, że stosując teleporady na przemian z tymi udzielanymi face to face, można wyeliminować zbędne wizyty, które generowały kolejki. – Nieraz mówiło się o tym, że wielu pacjentów przychodzi do nas zupełnie niepotrzebnie. Nadużywa porad, tylko po to, żeby mieć z nami bezpośredni kontakt – dodaje prezes „Porozumienia Zielonogórskiego”. To zjawisko szczególnie widać w placówkach POZ. Jest grupa osób, które odwiedzały przychodnię, spędzały długie godziny w poczekalni tylko po to, żeby tam posiedzieć, porozmawiać z innymi ludźmi, a przy okazji wziąć od lekarza kolejną receptę. Tymczasem w trakcie kontynuacji leczenia często wystarczyłby tylko telefon lub e-mail z prośbą o powtórzenie leków czy skierowanie na badania kontrolne. W dobie zagrożenia SARS-CoV-2 wymo-

gi sanitarne nakazują dezynfekcję i wietrzenie przez co najmniej 20 minut pomieszczenia po przyjęciu każdej osoby. – To jest idealny czas na udzielanie porad telefonicznych – zauważa prezes Jacek Krajewski.

W poprzednim, majowym numerze „Medium”, prof. dr hab. n. med. Joanna Rymaszewska, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w rozmowie z Maciejem Sasem zwróciła uwagę na kolejny aspekt – dostęp do specjalistycznej pomocy medycznej pacjentów mieszkających daleko od wielkomiejskich ośrodków. Mówiła, że pacjenci z małych miejscowości, którzy teraz po prostu mogą dzwonić do kliniki, będą mogli korzystać z tele- i wideokonsultacji również po zakończeniu pandemii.

– Jeszcze niedawno wydawało mi się, że rozwiązania telemedycyny mogą się sprawdzić w obszarze radiologii czy monitorowania pewnych objawów jak poziom cukru czy zapis EKG – przyznała prof. Rymaszewska. – 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 dobrze by było widzieć pacjenta w całości, np. to, jak on się zachowuje, jak wygląda, jak się porusza, gestykuluje. Nic nie zastąpi bezpośrednich relacji, niemniej w sytuacji konieczności ograniczenia kontaktów można nadal pomagać.

Telemedycyna wymaga czujności

Trzeba to sobie jasno powiedzieć: porady udzielane zdalnie nigdy w stu procentach nie zastąpią osobistego kontaktu z lekarzem. Pacjenci przychodzą, także w dobie koronawirusa i nadal będą przychodzić do gabinetów lekarskich, ale po telefonicznym kontakcie albo z rejestratorką, na tyle świadomą i wyedukowaną, że na podstawie wywiadu zaprosi pacjenta do przychodni albo po konsultacji z lekarzem, który uzna, że dana osoba powinna być zbadana i umówi ją na wizytę osobistą.

– Tak się dzieje i będzie działać zawsze, kiedy teleporada nie wystarczy i trzeba pacjenta osobiście zobaczyć albo gdy pacjent przewlekłe chory był u lekarza już jakiś czas temu. To, co pacjent mówi przez telefon i wyniki badań, nie zastąpią oka i ręki lekarza – nie ma wątpliwości lekarz rodzinny Jacek Krajewski. – Zwłaszcza my w POZ, znając swoich pacjentów od lat, widząc ich, to jak się poruszają, jak wyglądają, możemy w jednym momencie ocenić ich ogólny stan zdrowia i zauważyć nawet pozornie nieistotne zmiany.

Ważne jest więc, żeby udzielając teleporad, wyselekcjonować tych pacjentów, którzy rzeczywiście powinni być w odpowiednim momencie zbadani. Inna sprawa, że – jak podkreśla prezes PZ – pewne procedury, terminy czy działania zgodne z evidence-based medicine narzucają co jakiś czas kontakt lekarza z pacjentem.

Stan zagrożenia epidemiologicznego ujawnił problem, na który medycy muszą być wyczuleni. Chodzi o strach chorych przed kontaktem

z personelem medycznym. Wprawdzie wcześniej mówiło się o ryzyku zakażenia np. żółtaczką typu B lub C, jednak do wielu ludzi nie docierało, że wizyty w przychodniach czy szpitalach nie zawsze mają pozytywne dla nich skutki. Koronawirus radykalnie zmienił to podejście. – Teraz ludzie mają świadomość, że niestety, kontakt z ochroną zdrowia może być ryzykowny. Świadczy o tym ogromny spadek liczby planowych zabiegów bądź świadczeń udzielanych w SOR. Mogłoby się wydawać, że nagle ludzie przestali chorować. A to nieprawda – mówi dr Jacek Krajewski. – Przestali tylko zgłaszać się po pomoc ze strachu przed zakażeniem. Chcą przeczekać epidemię, ale często nie ma na co czekać. Dlatego musimy być czujni i zabezpieczyć pacjentów, którzy powinni być pod kontrolą, zanim się zdestabilizują. Wyłapać tych, którzy dysymulują, czyli mówią, że wszystko jest u nich w porządku i ukrywają objawy, które już ich niepokoją, ale nie chcą o nich powiedzieć lekarzowi, żeby – nie daj Boże – nie wysłał ich na badania czy do innego specjalisty albo do szpitala.

Telemedycyna ma też wady

Jak wynika z raportu „Zdalne wizyty lekarskie”, ponad 60% osób, które uznały, że teleporada nie ma takiego samego charakteru jak zwykła wizyta, wskazało jako wadę brak możliwości prawidłowego zbadania przez lekarza. Co trzeci z tej grupy mówił, że miał trudności z przekazaniem lekarzowi, z czym ma problem, a co piąty ankietowany uznał, że lekarz nie przeprowadził pełnego wywiadu. Blisko 13% respondentów nie dysponowało odpowiednim sprzętem i miejscem do wizyty online.

Stan po epidemii

Sytuacja, którą wywołał koronawirus, skłania do postawienia pytania o przyszłość teleporad. Nie tyle brzmi ono „czy”, ale „na ile” zdomowią się one w polskim systemie ochrony zdrowia. Procontent Communication zapytał badanych, czy po zakończeniu izolacji domowej będą chętnie korzystali ze zdalnych konsultacji z lekarzami. Pozytywnie odpowiedziało 51% respondentów. Opinie są podzielone niemal po równo. Częściej z teleporad są skłonne korzystać osoby, które już wcześniej miały za sobą doświadczenie zdalnej wizyty lub korzystały z tego typu rozwiązań w prywatnych placówkach w ramach abonamentu. Zdaniem prezesa Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców, e-wizyty wejdą w codzienny krwiobieg systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza, że już wiadomo, że koronawirus prędko nie zniknie. – Trzeba dopracować metodologię, edukować pacjentów, lekarzy, personel medyczny, bo wszystko wskazuje, że w dobie COVID-19 i konieczności zachowania dystansu, teleporady są i będą czasami wręcz niezbędne – zauważa dr Jacek Krajewski.

To z kolei wymaga nowego spojrzenia na obszary, w których telemedycyna może być wykorzystywana. 11 marca na twitterowych kontach

Lekarz dentysta Amadeusz Kuźniarski, koordynator ds. optymalizacji procesów leczenia w APS, dodaje, że teleporada może być przydatna również w opiece nad pacjentem po zabiegu stomatologicznym. Na podstawie wcześniej wykonanej dokumentacji medycznej dentysta jest w stanie skontrolować stan pacjenta po wizycie i zareagować np. poprzez wdrożenie farmakoterapii w razie nagłej potrzeby. – Niestety, ograniczenia formalne i brak finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia w tym momencie utrudniają nam udzielanie teleporad – stwierdza. – Nikt do tej pory nie zauważył dużego potencjału wykorzystania nowoczesnych technologii IT w efektywnym prowadzeniu stomatologicznego procesu leczniczego.

centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i Adama Niedzielskiego, prezesa NFZ oraz na stronie Funduszu pojawił się komunikat, że lekarze specjaliści, obok POZ, mogą udzielać teleporad.

Co ciekawe, ani ustawodawca, ani płatnik nie pomyśleli o dentystach. A szkoda, bo epidemia pokazała, że zdalna pomoc jest dobrym rozwiązaniem także w stomatologii. Lekarz dentysta Sadri Rayad, prezes Akademickiej Polikliniki Stomatologicznej UMW jest zwolennikiem teleporad stomatologicznych. – W ten sposób jesteśmy w stanie pomóc w naprawie szerokim spektrum. Objawy gorączkowe mogą towarzyszyć stanom nagłym w stomatologii. W czasie epidemii pacjent z gorączką i bólem teoretycznie nie powinien się do nas dostać – mówi prezes APS. – Dzięki teleporadzie możliwe jest zastosowanie leczenia farmakologicznego, a także planu jego kontynuacji.

W nowoczesnych formach (teleporady) można też przeprowadzić konsultacje stomatologiczne. Wyobraźmy sobie, że u danego pacjenta doszło do uszkodzenia korony zęba. Informacje przekazywane rejestracji przez telefon bywają niekompletne. Możliwość oceny uszkodzenia, np. dzięki przekazanej przez pacjenta dokumentacji fotograficznej – nawet formie tak prostej jak zdjęcie z telefonu – może być kluczowe w ocenie konieczności leczenia w trybie pilnym.

Lekarz dentysta Amadeusz Kuźniarski, koordynator ds. optymalizacji procesów leczenia w APS, dodaje, że teleporada może być przydatna również w opiece nad pacjentem po zabiegu stomatologicznym. Na podstawie wcześniej wykonanej dokumentacji medycznej dentysta jest w stanie skontrolować stan pacjenta po wizycie i zareagować np. poprzez wdrożenie farmakoterapii w razie nagłej potrzeby. – Niestety, ograniczenia formalne i brak finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia w tym momencie utrudniają nam udzielanie teleporad – stwierdza. – Nikt do tej pory nie zauważył dużego potencjału wykorzystania nowoczesnych technologii IT w efektywnym prowadzeniu stomatologicznego procesu leczniczego. ■

Przypisy:

1. telemedycyna-raport.pl
2. <http://zdrowastrona.pl/images/articles/raportEzdrowie.pdf>
3. https://fpz.org.pl/pliki/2020/660/raport_pz_koronawirus_17_04_2020.pdf



Czy trzeba obawiać się

Okres pandemii skutkuje konsekwencjami w bardzo wielu obszarach. Właściwie w jednej chwili zatrzymał się świat. Ludzie zostali w domu, przestali normalnie pracować – tam, gdzie było to możliwe – a nawet zrezygnowali z leczenia. Rychło okazało się, że działalność medyczna właściwie ograniczyła się do leczenia COVID-19, a cała diagnostyka kojarzyła się wyłącznie z testem na obecność wirusa SARS-CoV-2. Obywatele z zapartym tchem wysłuchiwali kolejnych medialnych komunikatów, a ulice, chodniki i korytarze poradni opustoszały. Z jakiegoś powodu system prawny został niepostrzeżenie ograniczony do wydawanych *ad hoc* aktów prawnych ściśle związanych z pandemią. Uwaga społeczna skupiła się głównie na zakażeniu, zupełnie tak, jakby pozostała część życia przestała istnieć.

Niestety, dotknęło to w znacznym stopniu sfery leczenia. Lekarze specjaliści biją na alarm, ponieważ pacjenci przestali dbać o leczenie chorób przewlekłych takich, jak choroba nadciśnieniowa, cukrzyca, choroby oczu (np. jaskra). Zahamowaniu uległy także procedury terapeutyczne zmierzające do leczenia inwazyjnego. Wszystko to podyktowane zostało strachem przed osobistym kontaktem. Przy tym wszystkim zapomniano, że od pewnego czasu zupełnie legalne jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie innym niż bezpośredni kontakt. Naturalnie tam, gdzie jest to możliwe.

E-medycyna, bo o niej mowa, w krótkim czasie przeszła z fazy śmiałego projektu do fazy codzienności. Kilka lat temu wdrażanie systemów komunikacji, czy choćby przekazywania informacji medycznej za pośrednictwem systemów komunikowania się na odległość, realizowano jako eksperyment. Eksperyment mentalny, technologiczny, prawny i społeczny. Tymczasem w marcu 2020 r., z dnia na dzień, w wielu sytuacjach e-medycyna stała się jedyną metodą zasięgania pomocy medycznej. Masowo uruchomiono procedury e-recepty. Dostępne są teleporady, ale jak pokazało życie, rodzą one sporo wątpliwości formalnych, głównie w obszarze odpowiedzialności lekarza za fakt i za treść udzielonej porady. Ambicją autorki niniejszego tekstu jest „odczarować” teleporadę, przynajmniej częściowo.

Teleporada jest legalna

Po pierwsze, i chyba najważniejsze, należy podkreślić, że udzielanie świadczenia zdrowotnego na odległość jest legalne. Jest zgodne z prawem i nie nosi w sobie znamion działania na granicy, czy poza granicami dozwolonego formalnie działania. Już art. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020, poz. 295) wskazuje wprost, że działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.



Fot. z archiwum autorki

► AGNIESZKA SIENKO

Radca prawny, mediator sądowy, coach, konsultant kryzysowy, wykładowca, szkoleniowiec, autorka książek i artykułów, trener biznesu

To, że prawodawca legalizuje udzielanie pomocy medycznej na odległość, nie zwalnia lekarza z obowiązku do-

Mać się teleporad?

Po pierwsze, i chyba najważniejsze, należy podkreślić, że udzielanie świadczenia zdrowotnego na odległość jest legalne. Jest zgodne z prawem i nie nosi w sobie znamion działania na granicy, czy poza granicami dozwolonego formalnie działania. Już art. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020, poz. 295) wskazuje wprost, że działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Tekst Agnieszka Sieńko

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/apple-1841553/Pexels

chowania tajemnicy zawodowej. Komunikacja powinna zatem odbywać się w sposób zaordynowany przez administratora danych osobowych. Celem tego zastrzeżenia nie jest jednak powstrzymanie procesu realizowania świadczeń na odległość. Intencja autorki polega wyłącznie na tym, by podkreślić, aby lekarz nie stosował na własną rękę własnych kanałów komunikacji.

Z punktu widzenia zawodu lekarza istotniejsze wydaje się jednak odwołanie do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r., poz. 514). Oto art. 42 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi wprost, że lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby. Godzi się pilnie wyjaśnić, że termin „orzekanie”,

zastosowany w cytowanym przepisie, w istocie oznacza ocenę stanu pacjenta. Termin „orzeczenie” bywa bowiem bardziej kojarzony z aktem wydania zaświadczenia lub innego pisemnego dokumentu o podobnym charakterze. Tymczasem „orzekanie”, o którym mowa w art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jest wszelkim aktem oceny stanu zdrowia pacjenta. Tym samym wiadome jest, że lekarzowi wolno – odmiennie niż w poprzednich latach – dokonać diagnozy bez osobistego zbadania pacjenta. Zanim jednak do tego dojdzie, warto napisać słowa kilka na temat samej komunikacji na odległość.

Komunikacja z lekarzem na odległość

Komunikacja z lekarzem na odległość to nie tylko rozmowa telefoniczna. Do dyspozycji pozostaje komunikacja e-mailowa czy komunikacja wideo za pomocą dostępnych systemów informatycznych. Należy jednak pamiętać o jednym. To, że prawodawca legalizuje udzielanie pomocy medycznej na odległość, nie zwalnia lekarza z obowiązku dochowania tajemnicy zawodowej. Komunikacja powinna zatem odbywać się w sposób zaordynowany przez administratora danych osobowych. Celem tego zastrzeżenia nie jest jednak powstrzymanie procesu realizowania świadczeń na odległość. Intencja autorki polega wyłącznie na tym, by podkreślić, aby lekarz nie stosował na własną rękę własnych kanałów komunikacji.

Jeżeli w zatrudniającym podmiocie wdrożono np. procedurę polegającą na tym, że lekarz sam dzwoni z telefonu „z biurka” do pacjenta, to dokładnie tak należy postępować. Konsekwentnie »



należy ograniczyć się do komunikacji przez systemy udostępnione w miejscu pracy przez administratora. Nie powinno się komunikować za pośrednictwem mediów społecznościowych (np. Facebook), ani pisać na portalach społecznościowych. Wyjątkiem jest stan zagrożenia życia.

Należy pamiętać, że procedura udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość obejmuje także poleganie na wynikach badań diagnostycznych udostępnionych elektronicznie. Mowa tu nie tylko o dostępie do wyników analiz laboratoryjnych, lecz także do zapisu torów wizyjnych z badań obrazowych oraz do utrwalonych obrazów (jak w MRI, TK). Kolejnym problemem jest potwierdzenie tożsamości.

”

Nie powinno się komunikować za pośrednictwem mediów społecznościowych (np. Facebook), ani pisać na portalach społecznościowych. Wyjątkiem jest stan zagrożenia życia.



Pacjenta w trakcie rejestracji można zapytać o trzy informacje typu: numer mieszkania, trzy ostatnie cyfry peselu, numer telefonu kontaktowego. Może to być również prośba o podanie informacji dotyczącej terapii, np. kiedy miała miejsce ostatnia wizyta lub jaki lek ostatnio pacjent przyjmował. Pytania nie mogą zawierać odpowiedzi, nie należy więc pytać, czy numer telefonu pacjenta to...

“

Tożsamość pacjenta

Potwierdzenie tożsamości pacjenta leży w kompetencjach pracowników rejestracji, co nie zmienia faktu, że lekarz musi wiedzieć, z kim rozmawia lub czyje wyniki ogląda. Jeśli po poradę zdalną zgłasza się pacjent znany, problem jest raczej niewielki. Tutaj także należy się odwołać do wewnętrznych procedur, które opierają się na pewnych ugruntowanych już sposobach weryfikacji tożsamości.

Ochrona zdrowia czerpie w tym zakresie z doświadczeń bankowości elektronicznej. Pacjenta w trakcie rejestracji można zapytać o trzy informacje typu: numer mieszkania, trzy ostatnie cyfry peselu, numer telefonu kontaktowego. Może to być również prośba o podanie informacji dotyczącej terapii, np. kiedy miała miejsce ostatnia wizyta lub jaki lek ostatnio pacjent przyjmował. Pytania nie mogą zawierać odpowiedzi, nie należy więc pytać, czy numer telefonu pacjenta to...

Należy sobie jasno powiedzieć, że nie mamy innych procedur weryfikacji tożsamości pacjenta. Z punktu widzenia odpowiedzialności lekarza to raczej pozytywna informacja. Oznacza bowiem, że o ile dołożono staranności i zastosowano się do procedur, które opracowuje administrator (w przypadku indywidualnej praktyki zawodowej jest to sam lekarz), czyli w zasadzie kierownik podmiotu, na rzecz którego wykonujemy świadczenie, to procedury zostały wypełnione. Językiem uwagi powinien być tutaj stan pacjenta.

Czy pacjent mówi prawdę?

Jest to obszar w sposób oczywisty wzbudzający czujność lekarza. W tym miejscu należy szczególnie wspomnieć o potrzebie dokumentowania zdalnej wizyty. Powinności w zakresie dokumentacji medycznej trzeba w tym wypadku traktować z dodatkową uwagą i rzetelnością (czyli potrzebą dokładnego odzwierciedlenia

przebiegu zdalnej wizyty). Dopuszczalne jest nawet zapisanie rozmowy i traktowanie jej jako elementu dokumentacji medycznej, jednak to również wymaga odpowiednich procedur wewnętrznych. Niedopuszczalne jest nagranie rozmowy własnym telefonem komórkowym i przechowywanie na nim takiego zapisu. Rozmowa w toku zdalnej wizyty to zbiór danych wrażliwych i w związku z tym podlega szczególnemu reżimowi. Trzeba pacjenta uprzedzić, że rozmowa jest rejestrowana i będzie stanowiła fragment dokumentacji medycznej.

Drugi aspekt, szczególnie ważny, to ocena stanu pacjenta. To lekarz musi ocenić, czy stan pacjenta pozwala na udzielenie mu porady zdalnie bez kontaktu osobistego. Trzeba przy tym mieć świadomość, że lekarzowi wolno ocenić stan zdrowia pacjenta na odległość, ordynować mu leki zgodnie z prawem, korzystając z e-recepty, a nawet orzekać o czasowej niezdolności do pracy czy wystawiać skierowania na konsultacje lub badania. Warto także mieć na uwadze fakt, że sytuacja wywołana ogłoszeniem stanu epidemii nakłada na wszystkich, w tym także na lekarzy, istotne ograniczenia w możliwości wykonywania swoich ról. Zatem każda wątpliwość musi być traktowana ze szczególną uwagą. Najlepiej i najbezpieczniej jest uznać, że wątpliwość co do stanu pacjenta oznacza konieczność osobistego kontaktu z nim. Jeśliby bowiem wyobrazić sobie jakiś proces sądowy, którego osnowa polega na wizycie zdalnej, to raczej trzeba będzie udowodnić, że dochowano najwyższej staranności w ocenie stanu pacjenta. Nieco pocieszające jest to, że większość wizyt to wizyty receptowe.

Podsumowanie

Jak wspominałam na początku, moją ambicją było i jest „odczarowanie” zdalnej wizyty. Realizacja świadczeń zdrowotnych na odległość jest działaniem legalnym i zgodnym z zasadami wykonywania zawodu lekarza. Co oczywiste, wiąże się z wieloma ograniczeniami natury logistycznej. Bywa, że brak bezpośredniego kontaktu z pacjentem uniemożliwia lub znacząco utrudnia ordynację. W takim przypadku należy bezwzględnie zaprosić pacjenta na osobistą wizytę lub zdalnie skierować go na badanie diagnostyczne lub konsultację do innego specjalisty. Pozorna nadgorliwość może oznaczać zarówno bezpieczeństwo lekarza, jak i pacjenta. Mimo to nie należy uważać zdalnej medycyny za coś niebezpiecznego lub szczególnie wyjątkowego. Stała się ona pewnego rodzaju *signum tempore* i z pewnością zostanie z nami na dłużej. Okazuje

się bowiem, że funkcjonujemy w ten sposób już dwa miesiące, a na biurko autorki tekstu – radcy prawnego wyspecjalizowanego w medycynie – nie spłynęła jeszcze ani jedna sprawa związana z błędem czy mniejszym zaniedbaniem w zdalnej poradzie. Może wszyscy uznali, że to poważna a jednocześnie wygodna sprawa? ■

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/paragraph-2031549/kmicican



” —————
Powinności w zakresie dokumentacji medycznej trzeba w tym przypadku traktować z dodatkową uwagą i rzetelnością (czyli potrzebą dokładnego odzwierciedlenia przebiegu zdalnej wizyty). Dopuszczalne jest nawet zapisanie rozmowy i traktowanie jej jako elementu dokumentacji medycznej, jednak to również wymaga odpowiednich procedur wewnętrznych. Niedopuszczalne jest nagranie rozmowy własnym telefonem komórkowym i przechowywanie na nim takiego zapisu. Rozmowa w toku zdalnej wizyty to zbiór danych wrażliwych i w związku z tym podlega szczególnemu reżimowi. Trzeba pacjenta uprzedzić, że rozmowa jest rejestrowana i będzie stanowiła fragment dokumentacji medycznej.

“

REKLAMA

OCH TEATR
OSZUŚCI
PREMIERA

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

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

BILETY: ADRIA-ART.PL

#CZEKAMNAKULTURE

facebook.com/adriaart
instagram.com/adriaart



Teleporada medyczna wymaga teleumiejętności

Pandemia koronawirusa wpływa na różne sfery naszego życia. Obostrzenia związane z przemieszczaniem i komunikowaniem się ograniczyły możliwość bezpośredniego kontaktu lekarza z pacjentami. Gdy tylko stan chorego na to pozwala, konsultacja lekarska odbywa się przez... telefon.

Dla wielu lekarzy to nowy sposób pracy. A skoro nowy to połączony ze zmianą, która nigdy nie dokonuje się w jednym momencie. Opanowanie nowej techniki wymaga wysiłku, zanim stanie się umiejętnością rutynową – częścią lekarskiego warsztatu. Dlatego też warto przyjrzeć się komunikacji na odległość, zastanowić się nad jej specyfiką, możliwościami i ograniczeniami. Zrobimy to, zakładając wirtualne, psychologiczne okulary. Tak przy okazji: czy wiesz, kto wynalazł telefon? Odpowiedź jest oczywista? Niezupełnie... Ale o tym na końcu artykułu.

Odcięci od części fabuły

Rozpocznijmy od krótkiego doświadczenia. Wyobraź sobie następującą sytuację: oglądasz interesujący, trzymający w napięciu film. W momencie zbliżającego się rozwiązania filmowej zagadki niespodziewana awaria odcina obraz, słyszysz jakieś rozmowy, później kroki, skrzypnięcie otwieranych drzwi, strzały, krzyki, a po chwili z odbiornika płynie muzyka zwiastująca jego zakończenie. Czy masz pewność, jak skończyła się fabuła filmu, jakie emocje odczuwasz? Czego pozbawił nas brak obrazu?

Opisana sytuacja pokazuje, jak wielkie znaczenie ma wielotro-

*Dowiedz się, jak
wzbogacić swój
lekarski warsztat*

wość przepływu informacji, jak wiele z nich dociera do nas dzięki zmysłowi wzroku i jak wiele tracimy, gdy części informacji zabraknie. A teraz przyjrzyjmy się lekarskiej codzienności – kontakty z pacjentami to zazwyczaj rozmowy twarzą w twarz, obie strony się widzą, słyszą, czują swój zapach, czasami wykorzystywany jest także zmysł dotyku.

Wiele psychologicznych badań udowadnia, jak dużą rolę w procesie komunikowania się odgrywają tzw. akty niewerbalne. Należą do nich:

- postawa ciała,
- mimika
- gesty (pantomimika);
- głos i jego cechy;
- sposób poruszania się;
- odległości, jakie przyjmujemy względem innych;
- miejsca oraz przestrzenie, które traktujemy jak swoje;
- wygląd zewnętrzny;
- nasze spojrzenie;
- zapach.

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/stethoscope-2617700/StockSnap

Tekst Dariusz Delikat

Słowa są nośnikiem informacji. Mowa ciała potęguje ich znaczenie i zwiększa czytelność – odkrywa intencje, postawy, emocje mówiącego. W rozmowach bezpośrednich doświadczamy pełni informacji. W rozmowie telefonicznej do dyspozycji mamy tylko nasze słowa i głos. Gdy dodamy do tego jeszcze dyskomfort i napięcie wynikające z braku wprawy oraz możliwe zakłócenia zewnętrzne (techniczna jakość rozmowy, wpływ otoczenia np. hałasujące w tle dzieci czy dźwięk telewizora), oczywistym staje się stwierdzenie, że teleporada może być nie lada wyzwaniem dla niejednego profesjonalisty.

W takim razie skoncentrujemy się na tym, nad czym mamy pełną kontrolę i co w pełni możemy wykorzystać podczas rozmów telefonicznych, a więc na właściwościach głosu i słowach.

Zacznijmy od głosu i sposobu mówienia

To, jak Twój głos brzmi w słuchawce, może mieć zasadniczy wpływ na to, jak pacjent sobie Ciebie wyobraża i jak będzie nastawiony do rozmowy z Tobą. Głos ma wiele różnych cech – możemy mówić o jego sile, barwie, tonie. Opisując sposób mówienia, określamy tempo, akcentowanie, dykcję. Każdy z wymienionych elementów ma swoje znaczenie.

Dzięki **sile** głosu możemy okazać pewność siebie, znajomość przedmiotu rozmowy (swój profesjonalizm), możemy być oczywiście lepiej słyszani. Jednak uważaj! Jeśli będziesz krzyczał do słuchawki, w najlepszym razie wzbudzisz u rozmówcy dyskomfort, a nierzadko niepokój, strach lub złość. A więc mów tak, jakbyś rozmawiał z kolegą siedzącym po drugiej stronie stołu.

Gdy opisujemy **barwę** głosu, zazwyczaj używamy określeń: ciepła, miła, chłodna, szorstka, głęboka, obca... Barwę w dużej mierze determinuje Twoje nastawienie do rozmówcy. Jeśli będziesz nastawiony przyjaźnie, pozytywnie i choćby lekko się uśmiechał, zapewne Twoja barwa zostanie odebrana jako miła i zachęcająca dla rozmówcy. Gdy rozmowę będziesz traktował jak przykrą konieczność, Twoja barwa głosu stanie się chłodniejsza.

Ton (wysokość). Być może doświadczyłeś niemiłego uczucia klucia w uszach, gdy Twój rozmówca (częściej rozmówczyni) przemawiał do Ciebie piskliwym głosem. Nic dziwnego, to naturalne. Bardzo wysokie tony na wielu z nas działają drażniąco, niskie są zaś łagodniejsze, a poza tym brzmią wiarygodnie i poważnie. Staraj się więc mówić niższym głosem niż zazwyczaj. Oddechowanie przeponowe (z wykorzystaniem mięśni brzucha) da Ci większą kontrolę nad głosem.

Tempo – powinno być umiarkowane. Jeśli będziesz mówił szybko, mogą pojawić się kłopoty ze zrozumieniem Twojej wypowiedzi. Jeżeli mówisz zbyt wolno – stracisz zainteresowanie rozmówcy.

Akcentowanie. Niektóre fragmenty wypowiedzi – szczególnie ważne, powinny przykuwać uwagę i być lepiej zapamiętane, np. nazwa leku, sposób dawkowania itp. Aby to osiągnąć, akcentuj je, używając siły głosu lub stosując pauzę pomiędzy słowami.

I na zakończenie banalna uwaga o znaczeniu **dykcji**. Banalna, bo jeśli ktoś ma ją słabą i mówi niewyraźnie, zazwyczaj trudno go zrozumieć. W tym miejscu przychodzi mi na myśl scena z filmu „Miś” Stanisława Barei, podczas której spikerka na lotnisku z kluskami w ustach przekazuje komunikat w języku angielskim. Aby mówić z dobrą dykcją, zrozumiale i wyraźnie, szeroko otwieraj usta. A jeśli słowa są skomplikowane, wypowiadaj je wolniej.

Słowa – werbalne aspekty komunikowania się

Wypowiadane przez nas słowa są częścią języka, a ten, wraz z zespołem zasad decydujących o sensie wypowiedzi, systemem, który służy do opisu rzeczy, zjawisk i stanów. Zwykliśmy mówić, że ktoś posiada werbalną kompetencję komunikacyjną, jeśli potrafi posługiwać się językiem odpowiednim dla danej osoby, grupy i sytuacji. Na tę kompetencję składają się:



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 cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (*Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny..., Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...*).

- umiejętność jasnego i precyzyjnego wyrażania własnych myśli,
- umiejętność zadawania pytań,
- umiejętność aktywnego słuchania,
- umiejętność budowania klimatu rozmowy za pomocą słów.

Pytaj i słuchaj

Przyjrzyjmy się dwóm kluczowym dla teleporady kwestiom – zadawaniu pytań i umiejętności słuchania.

Nie sposób przecenić umiejętności zadawania pytań. Dzięki właściwym pytaniom możemy nawiązać kontakt z drugą osobą, okazać jej zainteresowanie, przede wszystkim jednak uzyskać interesujące nas informacje. Biorąc pod uwagę cel, w jakim zadawane są pytania, można je podzielić na dwie kategorie: otwarte i zamknięte.

Pytania otwarte pozwalają prowadzącemu rozmowę zdobyć obszernie informacje o opiniach i poglądach swojego interlokutora. Umożliwiają rozmówcy rozwinięcie wypowiedzi. Sprzyjają budowaniu pozytywnego klimatu rozmowy. Dzięki nim rozmówca nie ma poczucia, że jest przesłuchiwany. Zazwyczaj rozpoczynają się od zaimków pytajnych: kto, gdzie, kiedy, co, jak, dlaczego.

Pytania zamknięte zadajemy zaś po to, aby skoncentrować rozmowę na interesującym nas temacie, szybko dotrzeć do meritum, ograniczyć naszemu rozmówcy możliwość dywagowania. Zazwyczaj można na nie odpowiedzieć krótko lub używając partykuły „tak/nie”. Najczęściej zaczynają się od zaimka pytajnego „czy”. Odmianą pytań zamkniętych są pytania:

- **sugerujące:** *Czy zgodzi się pan ze mną, że profilaktyka zdrowotna jest równie ważna jak leczenie?*
- **warunkowe:** *Czy będzie pan stosował się do zaleceń, jeśli przepiszę panu lek, który należy zażywać tylko raz dziennie?*
- **alternatywne:** *Które rozwiązanie jest dla pani optymalne, to czy to?*

Zbyt częste zadawanie pytań zamkniętych może spowodować, że w rozmówcy zrodzi się poczucie wywierania presji. To zaś przełoży się, a przynajmniej istnieje takie ryzyko, na ograniczenie otwartości lub wręcz odmowę odpowiedzi. Warto pamiętać o tym, aby pytań tego rodzaju nie stosować w tzw. kaskadach, a więc jedno po drugim. Wskazana jest sekwencja, w której pytania otwarte i zamknięte występują prawie naprzemiennie, »



np.: *Jakie są pana dolegliwości?; Co dzieje się, gdy zje pan tłusty, smażony posiłek?; Czy bóle pojawiają się rano, na czczo?*

Kolejną ważną kompetencją komunikacyjną jest umiejętność tzw. aktywnego słuchania. To jedna z najważniejszych umiejętności komunikacyjnych w ogóle – dzięki niej można dokładnie zrozumieć sens wypowiedzi, rozpoznać przekonania, intencje, sugestie. To także sposób, aby okazać zainteresowanie i szacunek rozmówcy, a przez to tworzyć sprzyjający rozmowie klimat. Słuchanie to nie tylko koncentracja uwagi na rozmówcy, to także stosowanie konkretnych werbalnych technik komunikacyjnych, takich jak parafrazowanie, precyzowanie, podsumowanie czy udzielanie informacji zwrotnej.

Parafrazowanie to powtórzenie własnymi słowami tego, co się zrozumiało z wypowiedzi rozmówcy. Często zaczyna się od słów: *Inaczej mówiąc..., Powiedział pan, że..., Czy chciał pan powiedzieć..., O ile dobrane pana zrozumiałem...*

Precyzowanie to dopytywanie o szczegóły, uściślanie wypowiedzi, wyjaśnianie zawiłych kwestii: *Co ma pan na myśli, mówiąc..., Dlaczego to jest dla pana ważne...*

Podsumowanie jest zwięzłym streszczeniem rozmowy, uchwyceniem jej ogólnego sensu. Sprowadza się do przedstawienia zasadniczych ustaleń w kilku zdaniach (często w punktach), sprzyja zapamiętywaniu faktów i realizacji podjętych przez chorego zobowiązań: *Panie Kowalski, dzisiaj rozmawialiśmy o..., Ustaliliśmy, że..., Pana zadaniem od jutra jest..., Tak?*

Informacja zwrotna to komunikat obrazujący, jak zachowanie rozmówcy lub treści, które wypowiada, wpływają na prowadzącego rozmowę. W rozmowie telefonicznej jest ona szczególnie ważna, ponieważ tylko w ten sposób możemy to okazać. Aby nie stała się barierą komunikacyjną, musi być komunikatem „typu ja”, czyli podkreślać subiektywizm wypowiedzi (słyszałem, miałem wrażenie, zastanowiło mnie, itp.), opierać na faktach (odnosić do konkretnych słów czy zachowań rozmówcy), nie zawierać ocen i pokazywać związku przyczynowo-skutkowe: *Od kilku minut rozmawiamy o konieczności stałego przyjmowania leków na nadciśnienie. Ponieważ wciąż poddaje pan w wątpliwość moje zalecenia, mam wrażenie, że nie przekonałem pana wystarczająco. Proszę powiedzieć, dlaczego tak sceptycznie odnosi się pan do konieczności leczenia? Co jest zasadniczą trudnością?*

To tyle, jeśli chodzi o rozważania ogólne. A teraz zobaczmy, jak krok po kroku można przeprowadzić rozmowę z pacjentem.

Krok pierwszy – przygotowanie

Połowa sukcesu to przygotowanie – jego brak powoduje, że rozmowa przebiega nerwowo i chaotycznie. Przed rozmową sprawdź, z kim będziesz rozmawiał. Jeśli masz dostęp do danych archiwalnych, historii chorób, wyników badań – przejrzyj je. Jeśli to Ty jesteś inicjatorem rozmowy, zastanów się, co w danej rozmowie chcesz osiągnąć, o czym poinformować lub jakie zadać pytania.

Krok drugi – otwarcie rozmowy

Po nawiązaniu kontaktu, powitaj rozmówcę, przedstaw się, spytaj, czy rozmawiasz z właściwą osobą, podaj cel rozmowy i poproś o zgodę na jej kontynuowanie.

Krok trzeci – wywiad

Zadając pytania otwarte, zamknięte, stosując techniki aktywnego słuchania, pozwól pacjentowi opowiedzieć dokładnie o swoich problemach.

Krok czwarty – diagnoza i zalecenia

Po zebraniu wystarczającej ilości informacji przedstaw diagnozę i zalecenia. Ponieważ sukces terapii w dużej mierze zależy od współpracy pacjenta, warto zadbać o to, aby był przekonany, o ich słuszności. Trzeba je więc uzasadnić, pokazując związki przyczynowo-skutkowe i używając mieszanej racjonalno-emocjonalnej argumentacji. Aby in-

formacje zostały zapamiętane powtarzaj najważniejsze kwestie, sprawdzaj, czy wszystko jest jasne i zrozumiałe. Zachęcaj do zadawania pytań.

Krok piąty – zamknięcie rozmowy

Wszystkie etapy są ważne, ale z racji ograniczonych środków oddziaływania to, jak zamkniesz rozmowę, może mieć istotne znaczenia dla powodzenia zaleczonego leczenia. Podsumuj ustalenia i jeszcze raz podkreśl najważniejsze kwestie. Ponownie sprawdź, czy pacjent wszystko zrozumiał. Ustal kolejne kroki, np. termin ewentualnej rozmowy kontrolnej. Podziękuj za rozmowę i pożegnaj rozmówcę.

Na zakończenie garść uwag praktycznych:

- mów prosto do słuchawki (nie trzymaj jej pod brodą) – pamiętaj o dykcji (scena z „Misia”);
- uśmiechaj się, gdy mówisz – barwa głosu stanie się miłsza;
- próbuj mówić niższym niż zazwyczaj głosem;
- używaj pozytywnych sformułowań;
- nie przeskakuj z tematu na temat;
- używaj przerywników. Wtrącenia „tak”, „rozumiem” odgrywają taką samą rolę jak kontakt wzrokowy podczas rozmowy bezpośredniej;
- bądź cierpliwy. Nawet długa pauza nie zawsze znaczy, że pacjent już zakończył wypowiedź;
- nie wyciągaj pochopnie wniosków;
- wsłuchuj się w podteksty. Sposób mówienia pacjenta może być ważniejszy od tego, co mówi;
- nie oceniaj rozmówcy i nie rób napastliwych uwag;
- nie wykonuj równoległe innych czynności, a jeśli to robisz, powiedz o tym: *Teraz przejrzę najnowsze badania*;
- kończąc rozmowę, nie odkładaj gwałtownie słuchawki;
- pamiętaj – jeśli w trakcie rozmowy połączenie nagle zostało przerwane, obowiązek ponownego kontaktu leży zawsze po stronie dzwoniącego;
- jeśli trafi Ci się nieuprzejmy rozmówca, nigdy nie odpowiadaj tym samym. Możesz zapytać, co wywołało zdenerwowanie lub inne negatywne emocje. Czasami przydatny może okazać się komunikat FUO – fakty: *Mówi pan do mnie podniesionym głosem, uczucia (emocje): To powoduje, że jestem napięty i nie mogę się skoncentrować, oczekiwania: Chciałbym, aby jeszcze raz spokojnie opowiedział pan o swoich dolegliwościach*. W niektórych przypadkach warto zapytać, czy możesz zadzwonić w innym terminie. Może się także zdarzyć, że niezbędne okaże się zakończenie rozmowy – zawsze jednak zapowiedz takie działanie i pamiętaj o zrobieniu właściwej notatki w dokumentacji.
- gdy rozmawiasz z „gadulą”, staraj się przejąć inicjatywę i kontrolę, sparafrazuj wypowiedź rozmówcy. Podkreśl, jak ważne są jego opinie, powtórz ustalenia. Możesz także powiedzieć jasno, że musisz zakończyć już rozmowę.

Poznałeś zasady, a teraz czas na praktykę. Truizmem jest stwierdzenie, że tylko trening czyni mistrza – a więc ćwicz, rozmawiaj jak najwięcej. Z każdą rozmową będziesz coraz lepszy. Dobrze wykonane zadanie nie tylko przynosi satysfakcję, ale także buduje siłę i pewność siebie. A tych cech tak nam przecież potrzeba w obecnych trudnych czasach. Powodzenia! ■

Czy wiesz, że...

Rzeczywistym ojcem telefonu nie jest wcale amerykański fizjolog i fizyk pochodzenia szkockiego Aleksander Graham Bell. Owszem, w 1876 roku uczony, podobnie jak Elisha Gray, zgłosił swoje wnioski patentowe. Ale 20 lat wcześniej Antonio Meucci, włoski wynalazca, opracował prototyp urządzenia do komunikacji głosowej na odległość. Motywacją tokańskiego konstruktora było umożliwienie chorej żonie kontaktu z nim, kiedy całymi dniami pracował w warsztacie. W 1875 roku udało się mu stworzyć połączenie telekomunikacyjne pozwalające na łączność pomiędzy pierwszym piętrzem a piwnicą. W kolejnych latach udoskonalił wynalazek i nadał mu nazwę „teletrofono”. W 1860 roku pokazał go światu, publikując o nim artykuł w nowojorskiej gazecie. Niestety, Meucciemu brakowało funduszy. Z tego powodu nie zarejestrował swojego wynalazku (koszt opatentowania wynosił w tamtych czasach aż 250 dolarów). Skorzystał na tym Aleksander Graham Bell, który dzięki odpowiedniemu zapleczu finansowemu wykorzystał pierwowzór i opatentował go pod nazwą telefon. W 2002 roku Kongres Stanów Zjednoczonych Ameryki, w rezolucji nr 269, uznał bezspornie, że ojcem telefonu jest Antonio Meucci (<https://www.thepatent.news/2019/03/30/when-the-ingenuity-is-not-enough-antonio-meucci-and-the-phone/>).



► **PROF. DR HAB. N. MED.**
ANDRZEJ GŁADYSZ

Emerytowany profesor UM
we Wrocławiu, specjalista
chorób zakaźnych

Fot. z archiwum autora

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/adorable-3344414_8777334

Porządny wywiad lekarski najlepszy do zdiagnozowania zoonozy

Tekst Maciej Sas

Bruceloza

Często miałem do czynienia z przypadkami tej choroby w latach 60., 70. i 80. XX wieku. Zauważyłem wtedy, że podobnie jak dziś boreliozie, wtedy to brucellozie przypisywano wszystkie nierozpoznane patologie, jakie spotykano u pacjentów, szczególnie tych pracujących w hodowlach zwierząt. Mam na myśli głównie tzw. hodowle oborowe. Ginekolodzy przypisywali w tych czasach brucellozie wszelkie niepowodzenia ciążowe. To, jak się okazało później, był największy błąd, gdyż brucella to patogen, który powoduje poronienie u bydła, u świń, u kóz, ale nie wpływa na poronienia u ludzi. Oczywiście, jeśli dojdzie do zakażenia i zapalenia dróg rodnych, również może się stać przyczynkiem do niepowodzeń w zachodzeniu w ciążę albo nawet rozwijania się ciąży pozamacicznej. »

Z jednej strony straszymy się nimi wzajemnie przy byle okazji, a z drugiej, mimo że to znane choroby, zdarzają się kłopoty z ich zdiagnozowaniem. – Zoonozy, bo o nich mowa, bywają trudne do wykrycia, zwłaszcza, gdy nazbyt zaufamy nowoczesnej technice medycznej, a za mało porządnemu wywiadowi lekarskiemu i podstawowym badaniom laboratoryjnym – mówi prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz, znany specjalista chorób zakaźnych.



Dzisiaj o tej chorobie słyszymy rzadko, ponieważ Polska od 1978 roku jest uwolniona od brucelozы bydła i innych zwierząt hodowlanych. Niezbędne jest jednak jedno zastrzeżenie: żyją jeszcze najstarsi lekarze weterynarii, pracownicy obór, czyli ludzie po przejściu ostrej brucelozы, którą m.in. ja leczyłem. Były to sytuacje kliniczne, przypadki niekiedy bardzo dramatyczne. Wszystkie kończyły się dobrze, ale pozostawiały po sobie rozmaite, nieprzyjemne następstwa, m.in. w postaci zespołów psychoorganicznych czy różnego rodzaju zapaleń (szczególnie dotyczących stawów biodrowo-krzyżowych). Patogen ten umiejscawiał się wewnątrzkomórkowo i okazywał się trudno dostępny dla antybiotyków. Dopiero od wprowadzenia do użytku doksycykliny udało się ten problem opanować. W tej chwili brucelozа została praktycznie wyeliminowana, chociaż pojedyncze jej przypadki ciągle się zdarzają. I niestety, lekarze POZ mogą mieć kłopoty z jej zdiagnozowaniem, ponieważ poza zajęciami na studiach pewnie nigdy nie zetknęli się z tego typu jednostkami chorobowymi.

Jakie są jej objawy? Wyłącznie ze strony narządów ruchu i psychiki, które wpływają na osobowość człowieka, zmieniając ją, czyniąc człowieka bardziej depresyjnym. Te symptomy podpowiadają nam, byśmy przeprowadzili dokładny wywiad lekarski.

Leptospiroza

Ostatnio miałem do czynienia z przypadkowo rozpoznaną leptospirozą, inną chorobą odzwierzęcą, która niegdyś stanowiła często spotykaną jednostkę chorobową. To klasyczna żółtaczkа zakażna wywołana przez leptospirę hemorragicae, czyli krętka, który uszkadzając wątrobę, wywołuje zmiany w postaci zaburzeń krwotocznych i żółtaczkę.

Przypomnijmy, że leptospirę roznoszą głównie gryzonie, np. szczury wodne. Dlatego na postać krwotoczno-żółtaczkową zapadali często wędkarze, a przede wszystkim pracownicy oczyszczalni ścieków i ci, którzy odpowiadali za utrzymanie kanalizacji czy wysypiska śmieci. W przypadku myszy w grupie ryzyka znajdowali się hodowcy zielonego groszku, ze względu na leptospirę grypotyphozae. Słynną okolicą endemiczną, gdzie choroba występowała, była Kottlina Kłodzka, w której znajdowało się wiele upraw groszku zielonego, więc myszy miały tam swój raj. Jak choroba przenosiła się na ludzi? Za sprawą zwyczajnego młócenia groszku, a więc drogą wziewną, bo z kurzem i pyłem unosiły się leptospiry, które dostawały się do układu oddechowego. Wywoływane przez nie objawy bardzo przypominały przeziębienie i grypę. Stąd też wzięła się nazwa grypotyfoza – objawy dotyczyły układu oddechowego. Dlaczego tyfoza? Bo wywoływały odurzenie, czyli wpływały na świadomość, a więc na psychikę ludzką.

Dziś przypadki tej choroby zdarzają się sporadycznie. Ostatni, który poznałem, dotyczył zakażenia pracownika zajmującego się sprzątaniem starego składowiska śmieci – szopy, a właściwie drewnitni stanowiącej siedlisko szczurów i myszy. Niestety, gdy pacjent trafił do lekarzy, zdiagnozowano u niego wszystko poza leptospirozą: wszelkie możliwe wirusy i zapalenia wątroby, ponieważ miał żółtą skórę. O leptospirozie nie pomyślano...

Trwało to prawie miesiąc. Dopiero porządny wywiad (przepraszam, że to powiem...), odpowiedziany przeze mnie i jednego z moich wychowanków, doktora Marcina Czarneckiego, doprowadził lekarzy opiekujących się pacjentem na właściwe rozpoznanie. To pokazuje nam, że nie wolno zapominać o tej chorobie nawet teraz, bo jej pojedyncze przypadki mogą się zdarzać. Najwyraźniej brakuje nam świadomości zagrożenia, a przede wszystkim wielu z nas, lekarzy, zapomina o roli wywiadu lekarskiego, szczególnie o zebraniu informacji dotyczących miejsca i charakteru pracy pacjenta. Dzisiaj najważniejsze i podstawowe badanie to USG albo rezonans, a o wywiadzie lekarz prawie nie myśli.

Ornitozy

Częsty jest u nas zwyczaj obdarowywania dzieci papużkami lub innymi ptakami bez świadomości, że te zwierzątka mogą przenosić w sposób bierny takie choroby, jak choroba papuzia (ptasia). To tzw. ornitozy. Papużki bywają ich nosicielami i wszystko zależy od tego, na kogo takie patogeny trafiają. Jeśli na tzw. pacjenta domowego immunokompetentnego, to mogą wywołać banalne, skąpe objawy (czasem w ogóle ich nie ma). Ale jeśli trafiają na dziecko mniej odporne, mogą się stać przyczyną nietypowych zapaleń płuc, które zostaną rozpoznane jako standardowe przeziębienie. Kiedy taki pacjent trafi na doświadczonego lekarza, ten włączy leczenie takie, jak przy bakteryjnym zapaleniu płuc, i nawet nie rozpoznając właściwej choroby, trafi z lekiem, w ten sposób opanowując problem.

Bąblowica

Wektorami części chorób odzwierzęcych mogą być nasze koty, a jeszcze częściej psy. Te drugie, wraz ze swoimi właścicielami, odwiedzają parki i lasy. Zwykle przy okazji penetrują krzaki, chaszczę, ściółkę leśną. Wskutek tego mogą przenosić na sierści jednego z groźniejszych pasożytów – tasieniemca lisiego, który powoduje bąblowicę wielojamistą. To arcyważny problem, bo co roku mamy do kilkuset rozpoznanych bąblowicy i kilkadziesiąt interwencji chirurgicznych z nią związanych. Zdarzają się takie sytuacje kliniczne, w których interwencja chirurgiczna jest jednak trudno dostępna, bo bąblowiec może się znaleźć również w centralnym układzie nerwowym, a wtedy pierwszym podejrzeniem jest guz mózgu! W takich sytuacjach zawsze należy wziąć pod uwagę bąblowicę. Ważne przy tym jest to, by lekarz zwrócił szczególną uwagę na eozynofilię, na morfologię krwi, ponieważ bąblowiec cechuje się wysoką eozynofilią. To powinno ukierunkować całą diagnostykę. Chociaż, przynajmniej, może być z tym kłopot, bo badanie trzeba wykonać w placówce referencyjnej.

Odpowiednia terapia lekiem przeciwpasożytniczym jest dobrze znana i szeroko dostępna. Warunkiem jest jedynie trafna diagnoza. Niestety, jeśli tego typu zmiana umiejscowi się w wątrobie, często jest zbyt rutynowo rozpoznawana jako rak pierwotny wątroby. Opóźnia to właściwą diagnozę i włączenie leczenia, co w efekcie może się skończyć dla pacjenta niekorzystnie... Im później włączymy przyczynowe leczenie przeciwpasożytnicze, to do tym większych szkód pasożyt doprowadzi, a – co gorsza – może się też stać źródłem przerzutów do innych narządów: płuc i centralnego układu nerwowego. Gdy znajdzie się w pobliżu wodociągu Sylwiusza, może przyczynić się do rozwoju wodogłowia. To również stanowi problem, gdyż pod względem neurologicznym rozpoznanie może się okazać zupełnie błędne.

Toksokaroza, dirofilarioza

Koty i psy cały czas stanowią źródło toksokarozy, co jest problemem głównie okulistycznym. Warto nadmienić, że okuliści są nieco „uczuleni” na te kwestie z powodu rzadszych filarioz. W końcu nasz region, nasza strefa klimatyczna, nie sprzyja nicieniom. Często jednak zabieramy swoje psy na wyjazdy zagraniczne. Z terenów basenu Morza Śródziemnego, jako żywicieli pośredni, psy przywożą filariozy, np. słynną dirofilarię, która umiejscawia się przede wszystkim w naczyniach gałki ocznej.

Inna tego typu choroba to onkocerkozа. Ich opisy posiadamy dzięki diagnostom z wrocławskich ośrodków, np. doktor Marii Wesołowskiej z Katedry Biologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu czy profesor Marty Misiuk-Hojła z Kliniki Okulistyki naszego uniwersytetu. Onkocerkozы to typowe przykłady takich właśnie zawleczonych, odzwierzęcych zakażeń. Warte podkreślenia jest też to, że onkocerkozы są również transmitowane przez jelenie. Wiadomo, że jeśli często odwiedzamy lasy czy mieszkamy przy ich granicy, musimy w wywiadzie uwzględnić tego typu informacje. Rozpoznanie takiego pasożyta u pacjenta, który np. nie wyjeżdżał za granicę, a jednak u nas w kraju doszło u niego do zakażenia, będzie naprawdę ciekawe dla diagnosty. Dowiedzie to, że poprzez meszki, pasożyty mogą być przenoszone z jeleni i saren na człowieka. Przy współczesnych zmianach klimatycznych wcale nie jest wykluczone, że zarówno psy, jak i koty staną się ogniwem w tej transmisji. To bardzo istotna sprawa.

Salmonella

Poza leptospirozami tzw. salmonelle paratyfusowe mogą się stać źródłem zakażeń związanych z układem pokarmowym. Ma to związek z pożywieniem, które nie zostało poddane odpowiedniej obróbce termicznej. Dotyczą one głównie pacjentów podróżujących, którzy na terenach endemicznych spoży-

wają pokarmy zawierające mięso, jaja, mleko nieodpowiednio pasteryzowane lub w ogóle niepasteryzowane. I to staje się źródłem tzw. spontanicznych zakażeń, które również nakładają na lekarza obowiązek zebrania odpowiednio starannego wywiadu.

Tularemia, choroba kociego pazura, toksoplazmoza, gorączka Q

Zapomnieliśmy całkowicie o innej chorobie odzwierzęcej, a właściwie odzającej i odrócić, czyli o tularemii. To nie jest groźna choroba, pod warunkiem, że zostanie szybko rozpoznana. Powoduje głównie zapalenia węzłów chłonnych i to z ropieniem, co oznacza poważne problemy.

Z kotami natomiast związana jest bezpośrednio choroba kociego pazura, o której też zwykle nie pamiętamy. Wiąże się z zadrapaniem lub z ugryzieniem przez kota. Problemy w tym przypadku wiążą się z typową dla kota florą bakteryjną, a więc głównie z chlamydiami. Rana spowodowana przez zwierzę cechuje się zmianą zapalną w miejscu ukąszenia czy podrapania i powiększeniem najbliższego węzła chłonnego. Pamiętajmy, że bakterie te przenoszą młode koty, szczególnie te nieodrobaczone, niezbadane.

Z kolei na toksoplazmozę trzeba zwrócić szczególną uwagę w przypadku rodzin osób z immunosupresją, czyli np. żyjących z HIV i przyjmujących leki immunosupresyjne. Zarówno tularemia, jak i toksoplazmoza, ale też chlamydia czy gorączka Q, nie muszą wywołać objawów, ale mogą powodować tzw. ogniska okazjonalne, choroby oportunistyczne, które się ujawniają, gdy w organizmie pojawia się okazja do zaistnienia pasożyta czy drobnoustroju, kiedy układ immunologiczny jest mniej sprawny.

Dodajmy, że gorączka Q jest chorobą transmitowaną głównie przez hodowców kóz i zwykle rozprzestrzenia się właśnie za sprawą tych zwierząt. Warto na nią zwrócić szczególną uwagę, bo jest przenoszona za sprawą źle pasteryzowanego mleka lub kozich serów produkowanych w niedostatecznie higienicznych warunkach. Dlaczego o tym mówię? Bo akurat ten drobnoustroj gorączki Q powoduje zapalenie układu bódźcotwórczego i przewodzącego serca. To ważne, gdyż może wywoływać różnego rodzaju patologie, o której musi myśleć kardiolog, szczególnie teraz – w dobie zwiększenia częstotliwości zaburzeń rytmu serca.

Wąglik

Przy okazji mówienia o zoonozach, trzeba też wspomnieć o wągliku. W tej chwili laseczka wąglika stała się mniej groźna niż ebola czy koronawirus, ale ciągle jest niebezpieczna. Dlaczego? Głównie dlatego, że stwierdzono zanieczyszczenia narkotyków tym drobnoustrojem, przede wszystkim heroiny domowej.

Wścieklizna

Nie myślimy ostatnio prawie w ogóle o wściekliznie. Dlaczego? Dlatego że poprzez szczepienia środowiskowe lisów wścieklizna wśród tych zwierząt znacznie zmalała. Ale nie możemy powiedzieć, że zniknęła... W tym wypadku zawsze się boję tzw. przypadków skąpoobjawowych albo nietypowo objawowych wścieklizn u zwierząt domowych, szczególnie u psów, ale również u kotów (szczególnie tych wolno żyjących). Podobnie rzecz się ma z nietoperzami i jeżami, które też są roznośicielami tej choroby. Pamiętajmy, że u speleologów, czyli u ludzi penetrujących jaskinie, a także u osób korzystających z wczasów pod gruszą czy z wypoczynku w dachach leśnych gdzieś w głąsży (gdzie mogą mieszkać nietoperze i jeże) może dojść do tak zwanych ekspozycji niezauważalnych albo źle kojarzonych z wścieklizną. Szczęśliwie to się zdarza rzadko, ale tu chciałbym przytoczyć pewien symptomatyczny przypadek dotyczący lekarza weterynarii z Katowic. Zadzwoił do mnie z prośbą o pomoc, bo w czasie pandemii koronawirusa nie został przyjęty przez żadnego lekarza chorób zakaźnych pod pretekstem braku czasu. Problem w tym, że ten człowiek został pogryziony przez psa podejrzanego o wściekliznę.

Najpierw skierowano go do Tychów (mimo że mieszkał w Katowicach), gdzie też miał kłopoty z dostaniem się do zakaźnika. Na szczęście wreszcie okazało się, że zwierzę, które go pogryzło, wyzdrowiało i nie chorowało na wściekliznę. Ale przytaczam ten przykład, bo powinien on obudzić w nas czujność. Jest też wskazówką, że nawet pandemia koronawirusa, która wywołuje tak wielką lękliwość, nie może sparaliżować funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia!

Giardia

To problem z pozoru błahy, prosty, oczywisty, ale i z nim bywają problemy. Nasze zwierzęta domowe, a więc głównie psy i koty, przenoszą cysty giardii na sierści. Jednak jeszcze więcej cyst giardii możemy znaleźć w źle przygotowanym mięsie albo w zanieczyszczonym niechcący posiłku – wystarczy, że nie zachowujemy odpowiedniej higieny rąk. Cysty i trofozoity giardii mogą po prostu zostać przeniesione z sierści kota czy psa na produkt spożywczy. Jeśli zaś ten nie zostanie poddany odpowiedniej obróbce termicznej, może stać się źródłem zakażenia.

Ważne jest miejsce zasiedlenia pasożyta. Jeśli giardia usadowi się tylko w przewodzie pokarmowym, w ilości nie większej niż pięć cyst na gram kału, to właściwie nawet nie wymaga leczenia. Gorzej, jeśli zasiedli się w drogach żółciowych – wtedy, niestety, mamy objawy sugerujące stan zapalny dróg żółciowych przypominający czasami kamicę, a czasami demonstrujący nawet lekkie stany pożółtaczkowe.

Jakie są objawy? U dzieci silna infestacja, czyli zasiedlenie przez dużą ilość tego pasożyta, wpływa niekorzystnie na układ krwiotwórczy i powoduje w efekcie mocną anemię. Chcę przy tym zwrócić uwagę, że eozynofilia, która temu towarzyszy, nie musi być znamieną. Jednak im młodsze jest zarażone dziecko, tym jest ona wyraźniejsza, co winno skłonić lekarza do diagnostyki różnicującej. To wcale nie jest rutynowe postępowanie. Najważniejsze w tym przypadku to nie obciążać dziecka szeroką diagnostyką hematologiczną ani leczeniem hematologicznym polegającym na rozpoznaniu anemii.

Trzeba podkreślić, że zwierzęta przenoszą cysty giardii głównie na sierści, dlatego tak ważne jest zachowanie odpowiedniej higieny. Apeluję więc o uświadamianie: można pogłaszać zwierzę, przytulić, ale zawsze po tym trzeba umyć ręce! Ba, ale jak to wyegzekwować od dziecka? Tutaj trzeba więc odpowiednio uczyć rodziców, opiekunów, wychowawców w przedszkolach, żłobkach, by zwracali na to uwagę.

Niedocenie tych podstawowych, elementarnych zasad badania lekarskiego, diagnostyki, jaką stanowi wywiad lekarski i odpowiednie interpretowanie podstawowych badań, bywa zgubne. Nie można się zadowolić jedynie tym, że wykonało się badanie USG i rezonans, które niczego nie pokazują. A wystarczy spojrzeć na eozynofilię i już wiadomo, o co chodzi! Oto świeży przykład: zgłosiła się do mnie matka z półtorarocznym dzieckiem, którego lekarz pediatra POZ przeleceżył trzykrotnie przeciwko glistnicy. I ciągle był niezadowolony, bo w badaniu kału nadal stwierdzano jaja glisty, które się po weryfikacji w referencyjnym laboratorium nie okazały... jajami. To było złe rozpoznanie. Wykluczyć to rozpoznanie można było w prosty sposób: przede wszystkim dziecko nie miało eozynofilii. Po drugie zaś trzeba było wykonać prosty, rzetelny wywiad. Zapytałem matkę: „Czy jak się dziecko porusza, to raczkuje?”. Odpowiedziała, że próbuje chodzić. „A gdzie pani trzyma warzywa: buraki, marchewkę, rzodkiewkę?”. Odpowiedziała, że pod zlewozmywakiem. „A czy dziecko ma tam dostęp?”. Okazało się, że tak, gdy raczkuje. „Czy mogło wziąć coś do ust?”. Mama odpowiedziała, że to wykluczone. Nie widziałem powodu, żeby nie wierzyć matce, z czego wynikało, że w tym wypadku nie było możliwości zakażenia się glistą ludzką. Bo glistą ludzką się zakażamy, spożywając jajo inwazyjne z ziemią, której resztki możemy znaleźć na warzywach. W tym przypadku okazało się, że maluch nie miał żadnego pasożyta! Było to fałszywie rozpoznane zakażenie pasożytnicze. Wykluczyłem je i zakwestionowałem całe trzykrotne leczenie glistnicy. Na szczęście zostało przeprowadzone przy pomocy preparatu roślinnego. ■

W OKOWACH...

COVID-19

Tekst

Magdalena Orlicz-Benedycka

„Mamy świadomość, jak groźny jest wirus” – mówią lekarze. Uczymy się żyć w nowej, innej codzienności, bo epidemia jeszcze się nie skończyła. Napięcie rośnie. Mojemu poczuciu niepewności i lękom towarzyszyły cały czas myśli o medykach na pierwszej linii frontu. Jak sobie radzą w takim stresie, w nowej sytuacji, jakie towarzyszą im emocje i wyzwania? W końcu jestem dziennikarką. Zastanawiałam się, gdzie szukać odpowiedzi na nurtujące mnie pytania, i wtedy przyszła mi do głowy wiceprezes DRL dr Bożena Kaniak. Poznałyśmy się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego, gdzie jeszcze do niedawna była ordynatorem IX Oddziału Chorób Wewnętrznych. Wymieniłyśmy spostrzeżenia telefonicznie. Inspirująca rozmowa dała początek kolejnym. O walkę z niewidzialnym wrogiem zapytałam ordynatorów i rezydentów ze szpitala przy Koszarowej i ordynatora szpitala powiatowego w Oleśnicy.

Rzeczywistość pod znakiem COVID-19

IX Oddział Chorób Wewnętrznych szpitala przy Koszarowej liczył wcześniej 45 łóżek. Obecnie, po przekształceniu w jednoimienny oddział „covidowy”, może hospitalizować do 28 pacjentów. Personel oddziału stanowi 6 lekarzy i 25 pielęgniarek. **Pełniący obowiązki ordynator oddziału lek. Wojciech Pawlak** dodaje, że zmiana wynika chociażby z konieczności zapewnienia wszystkim chorym dostępu do tlenu, czy też zagwarantowania minimum komfortu podczas wielodniowej izolacji na sali, bez możliwości jej opuszczania. Pacjenci oczekujący na wynik wymazu w kierunku SARS-CoV-2 muszą przebywać w salach pojedynczo. Po uzyskaniu wyników pozytywnych mogą być kohortowani w salach kilkuosobowych. Do szpitala przyjmowani są obecnie wyłącznie pacjenci z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 lub już z wynikiem pozytywnym.

– Zanim zostaliśmy szpitalem jednoimiennym, oddział wewnętrzny przekształcono w oddział zakaźny, którego jestem ordynatorem – mówi **dr n. med. Krzysztof Krause, ordynator Oddziału VI Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Geriatrii**. – Tradycyjnie o 8 rano mamy odprawę. Jestem informowany, co wydarzyło się na dyżurze, planujemy dalsze działania, wypisy i konsultacje, czyli gdzie należałoby pójść na wizytę, jako że nie wizytujemy teraz wszystkich pacjentów ze względu na sytuację. W lżejszych przypadkach porozumiewam się telefonicznie z pacjentem i mogę go zobaczyć przez szybę. Mając informacje i wyniki jestem w stanie ułożyć dalszą terapię. Pozostaje jeszcze sporo spraw formalnych do załatwienia. Do pacjentów z COVID-19 idą lekarze prowadzący. Lekarz i pielęgniarka muszą ubrać i później zdjąć kombinezony, co zajmuje ok. 30 minut, muszą sprawdzić, czy są dobrze ubrani, a bywa, że mają trzech, czterech takich pacjentów. Mieliśmy pacjentów pod monitorem, a do nich trzeba wejść kilka razy w ciągu dnia. Najwięcej „wejść” mają jednak pielęgniarki. Moją rolą jest rozdysponowanie zadań i zorganizowanie pracy personelu. Musimy być bardzo rozważni w zlecaniu diagnostyki. Nie zawsze wiemy, jaki pacjent do nas trafił, zanim nie wykonamy testu. – Jesteśmy w okowach wirusa, to nie nasza interna – podsumowuje dr Krause.

– Czuję, że jestem na właściwym miejscu – mówi z uśmiechem **Piotr Wróbel, lekarz rezydent IX Oddziału Chorób Wewnętrznych WSS im. J. Gromkowskiego**. – W tym szpitalu pracuję od prawie pięciu lat i jestem na ostatnim roku rezydentury z chorób wewnętrznych. W czasie pandemii mamy zmienioną organizację pracy. Znalazłem się w grupie lekarzy i pielęgniarek, którzy z różnych jednostek organizacyjnych szpitala są oddelegowani do pracy w izbie przyjęć. Pracujemy w trybie dyżurowym – dyżury trwają 12 godzin, w dzień lub w nocy. Izba przyjęć dzieli się na część „czystą” i „brudną”. Do części „brudnej”, gdzie mamy bezpośredni kontakt z osobami zakażonymi i podejrzanymi o zakażenie wchodzimy, jednorazowo na kilka godzin, ubrani w pełne środki ochrony osobistej. Resztę czasu spędzamy w części „czystej”, gdzie możemy się zregenerować i wypocząć. Na początku stanu epidemii koledzy z oddziałów zakaźnych przeszkolili nas, jak wkładać i ściągać ubrania

ochronne i jak się poruszać po izbie przyjęć. W tym miejscu mamy bardzo różny przekrój pacjentów. Choć z założenia izba przyjęć naszego szpitala przeznaczona jest obecnie dla pacjentów podejrzanych o zakażenie SARS-CoV-2, w praktyce spotykamy się z bardzo szerokim przekrojem problemów medycznych. Pacjentom pobieramy wymaz w kierunku zakażenia, prowadzimy podstawową wstępną diagnostykę i oceniamy pod kątem wskazań do hospitalizacji.

Inaczej wygląda sytuacja w mniejszych szpitalach. **Lekarz Marcin Fuchs, internista, ordynator Oddziału Wewnętrznego Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy (obecnie szpitala buforowego)** mówi, że w tej placówce jest od marca, a wcześniej pracował w szpitalu przy ul. Koszarowej i dodaje: – Szpital w Oleśnicy jest placówką powiatową, technicznie i organizacyjnie zupełnie nieprzygotowaną do takiej sytuacji. Dostaliśmy z Urzędu Wojewódzkiego i z sanepidu bardzo ogólne informacje. Zorganizowałem szkolenie dla lekarzy, mając doświadczenie z oddziału wewnętrznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego. Pomogli mi koledzy, którzy również stamtąd przeszli do szpitala w Oleśnicy. Z pomocą dyirekcji zorganizowaliśmy się sami, w ramach własnych możliwości. Niestety, epidemia rozwijała się szybciej i na samym początku było wielu pacjentów, od których zaraziło się kilka pielęgniarek. Szpital zakaźny we Wrocławiu nie mógł przyjąć od razu zakażonych pacjentów. Potrzebowaliśmy trzech tygodni, aby się z tym uporać – mówi ordynator. – Dopiero teraz mamy oddział obserwacyjny, „czystą internę”, „czystą chirurgię”. Dyrekcja pomogła nam wybudować służbę w ekspresowym tempie. Dyrektor Krzysztof Wywrot ściągnął duże ilości środków ochronnych. Dzięki temu udało się powstrzymać zakażenia wśród personelu. Udało nam się zakupić specjalną służbę oczyszczającą dla wchodzących do szpitala. To najnowszy wynalazek polskich inżynierów mechaników – opowiada ordynator Marcin Fuchs.

– Cały czas mamy na sobie jednorazowe ubiory ochronne i maseczki. Każdy pacjent, który trafia na izbę przyjęć, jest wstępnie oceniany, na ile może być potencjalnie zakaźny. Działamy bardzo ostrożnie, robimy wywiad i traktujemy go jako potencjalnie zakaźnego, początkowo ograniczamy również diagnostykę do pilnej. Na oddziale „czystym” wykonujemy już pełny zakres badań, ale zachowując więcej środków ostrożności i środków ochronnych. Kiedy na początku byli u nas pacjenci zakażeni, kontaktowali się z nimi moi asystenci w środkach pełnej ochrony. Ja pełniłem rolę bardziej koordynującą. Ponieważ dyżuruję też na oddziale obserwacyjnym, siłą rzeczy miałem kontakt bezpośredni z pacjentami, raz dziennie wkładałem cały kombinezon ochronny. Obecnie, szczęśliwie, nie mamy żadnego pacjenta COVID-dodatniego, jednakże wszyscy pacjenci przed uzyskaniem ujemnego wyniku badania PCR, są traktowani jako potencjalnie dodatni i wobec nich stosowane są pełne środki ochrony bezpośredniej. Dopiero taki pacjent, z ujemnym wynikiem, może zostać przekazany na „czysty” oddział.

„Inna interna”

– Na początku pojawił się naturalny lęk. Jesteśmy internistami, przyzwyczajonymi do ciężkiej i stresującej pracy na co dzień, szczególnie na dyżurach. Stres w naszej pracy to norma. Nowością jest obawa o siebie i rodziny. Przecież ta choroba może dotknąć także nas. Lęk istnieje dalej, ale po dwóch miesiącach oswoiliśmy go. To niezbędne, aby móc pracować i nieść pomoc chorym – wyjaśnia ordynator lek. Wojciech Pawlak. Mówi, że ważnym czynnikiem pozwalającym oswoić lęk jest dokładne stosowanie procedur bezpieczeństwa, które jak do tej pory się sprawdzają. – Nie zauważyłem przez te dwa miesiące, aby ktokolwiek z personelu lekceważył zagrożenie. Mamy świadomość, jak groźny jest wirus. Praca nie jest znacznie bardziej męcząca niż wcześniej, ale nieustanne pilnowanie procedur bezpieczeństwa i świadomość zagrożenia czyni ją bardzo obciążającą psychicznie. Towarzyszy nam też niepewność, jak dalej będzie się rozwijać epidemia. Nie mamy żadnej pewności, jak długo to potrwa. Nie wiadomo również w jakiej kondycji ekonomicznej i personalnej będzie po epidemii nasz szpital. Przekształcenie było dużą rewolucją organizacyjną. Czy uda się odtworzyć stan sprzed epidemii? Czy wszyscy wytrwają, a potem zechcą pozostać w pracy? Ludzie zwyczajnie martwią się o swoje miejsce pracy. Trzeba również pamiętać o młodych lekarzach, którzy nie »

ROZMÓWCY

LEK. WOJCIECH PAWLAK

Pełniący obowiązki ordynator IX Oddziału Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu



Fot. z archiwum rozmówców

DR. N. MED. KRZYSZTOF KRAUSE

Ordynator Oddziału VI Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Geriatrii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu



PIOTR WRÓBEL

Lekarz rezydent IX Oddziału Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu



LEK. MARCIN FUCHS

Ordynator Oddziału Wewnętrznego Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy



MAGDALENA NOWAK

Lekarz rezydent IX Oddziału Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu





mogą obecnie normalnie wypełniać programów specjalizacji, uczestniczyć w kursach i stażach.

– Lekarze „zakaźnicy” pomogli nam odnaleźć drogę w pandemii – zaznacza w rozmowie **Magdalena Nowak, lekarz rezydent pracujący na IX Oddziale Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu**, jest w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych. – Początkowo do pracy szłam z uczuciem niepewności, ponieważ nikt nie wiedział, jak rozwinie się sytuacja i co nas czeka w danym dniu. Był to czas, kiedy dyrekcja stopniowo zmieniała organizację naszej pracy i czasami zmiany pojawiały się z godziny na godzinę, a dodatkowo personel medyczny dopracowywał procedury bezpieczeństwa. Było to bardzo męczące, ponieważ generowało stres o wiele większy niż ten, który towarzyszy nam w pracy poza okresem epidemii. Po dwóch miesiącach przyzwyczailiśmy się już do panujących warunków i jest o wiele lepiej, odczuwamy mniej niepokoju o siebie i bliskich. Z powodu ograniczeń sanitarnych mamy mniejszy kontakt z pacjentami. Musimy się koncentrować, aby wszystko co mamy zrobić, wykonać przy jednym wejściu do pacjenta. Najbardziej brakuje mi właśnie tego bezpośredniego kontaktu, dotyku, rozmowy, uśmiechu. To jest inna rzeczywistość niż normalna interna, kiedy mogę wejść do pacjenta zawsze wtedy, kiedy chcę i rozmawiać z nim jak długo chcę lub jak długo pacjent tego potrzebuje. Jako zespół lekarzy i pielęgniarek od początku staraliśmy się wzajemnie wspierać. Dla wszystkich jest to trudna sytuacja, ponieważ byliśmy przyzwyczajeni do innej pracy, zanim nasz szpital został przekształcony w szpital jednoimienny. Na szczęście współpraca z kolegami z oddziałów zakaźnych układa się bardzo dobrze i zawsze możemy liczyć na ich poradę oraz wsparcie. Ponadto lekarze z tych oddziałów opracowali praktyczne wskazówki postępowania z pacjentami, które znacznie ułatwiają codzienną pracę. Szczególne podziękowania przekazuję doktor Katarzynie Klepczyk z II Oddziału Chorób Zakaźnych, która na początku pandemii przeprowadziła dla nas szkolenia z zakresu zakładania i zdejmowania kombinezonów oraz przekazała nam wiele informacji – to wszystko razem pozwoliło nam nieco oswoić się z nową rzeczywistością. Teraz, gdy już przyzwyczailam się do nowych realiów, powracają bardziej prozaiczne problemy. Myślę, że nie tylko ja, ale i wielu moich kolegów, zaczynamy się zastanawiać, jak dalej będzie wyglądać nasze szkolenie specjalistyczne, które na czas epidemii zostało zakłócone lub całkowicie wstrzymane.

„*Jesteśmy przyzwyczajeni do stresu. A lekarz nigdy całkowicie nie odcina się od swojej pracy, nawet w czasie wolnym. Odpowiedzialność za naszych chorych towarzyszy nam zawsze. Z drugiej strony jedynym sposobem, by móc dobrze wykonywać ten zawód, i jak to się potocznie mówi, nie zwariować, jest umiejętność oddzielenia czasu pracy od wolnego i znalezienie całkiem innych zajęć.*”

– Pyta pani o emocje... Ten stan zastał mnie podczas stażu z pulmonologii – wspomina **lekarz rezydent Piotr Wróbel**. – Na początku odczuwałem duży niepokój w związku z całą tą sytuacją. Wszystko było dla mnie nieznane i nie wiedziałem, jak

dalej potoczy się sytuacja. Kiedy zapadała decyzja, że będę pracował na izbie przyjęć oddziałów zakaźnych, początkowo odczuwałem lęk, ale kiedy zająłem się konkretną pracą i zagrożenie zostało oswojone, bardziej się zmobilizowałem i pracowałem spokojniej. Widziałem i czułem wszystko blisko siebie, uświadomiłem sobie, że pracujemy w specyficznych warunkach. Praca w kombinezonie jest uciążliwa, jest gorąco i niewygodnie. Cały czas wiedziałem o ryzyku zakażenia się wirusem. Jak dotąd, wg mojej wiedzy, nikt z pracujących w izbie przyjęć nie zachorował, więc widać, że środki ochrony osobistej są skuteczne. Kiedy już wdrożyłem się do pracy w innych warunkach, wszedłem w jej rytm, poczułem się na właściwym miejscu. Praca jest stresująca, ale można się do tego przyzwyczaić. Sytuacja jest inna, ale specyfika pracy podobna jak na co dzień w internistycznej izbie przyjęć.

Doktor n. med. Krzysztof Krause przyznał, że stara się nie myśleć o rzeczach, które mogą go zdekoncentrować, niemniej jest trudno, bo to jest dla nich lekarzy zupełnie nowy, inny pacjent, inne pole działania. – Jesteśmy internistami a nie zakaźnikami. Ale uczymy się, radzimy się naszych kolegów, mamy z nimi stały kontakt. Nie zawsze możemy diagnozować i leczyć pacjentów dodatnich sami. Musimy konsultować. Koledzy nas wspierają i pomagają. To praca w stresie, na początku było trudniej, ale przyzwyczailiśmy się. Nie czuję się wypalony i nie mam wątpliwości. Mam bardzo dobry zespół. Nie ma defetyzmu czy pesymizmu. Przecież za ścianą mieliśmy zawsze oddziały zakaźne. Taką pracę wybraliśmy i nie ma odwrotu. Z tym należało się liczyć, kiedy przystępowaliśmy do egzaminu na uczelnie – konkluduje dr Krause.

Zupełnie inne emocje towarzyszyły w tym czasie ordynatorowi Oddziału Wewnętrznego szpitala buforowego w Oleśnicy, **lek. Marcinowi Fuchsowi**. – Kiedy pojawili się pierwsi pacjenci z dodatnim wynikiem, byłem bardzo zdenerwowany. Część chorych przesłałem do szpitala zakaźnego we Wrocławiu. Reszcie zrobiliśmy wymazy. Najprawdopodobniej „pacjentem zero” była osoba z DPS, gdzie było dużo przypadków wirusa, ale przy przyjęciu nie wiedzieliśmy, że jest zakażony (o epidemii w tym ośrodku dowiedzieliśmy się *post factum*) – opowiada ordynator ze szpitala w Oleśnicy. – W momencie pogorszenia się jego stanu zdrowia, trafił na Oddział Intensywnej Terapii, wykonano test PCR i wyszedł dodatni. Musieliśmy przebadać cały oddział. Akurat zaczynały się święta. Pamiętam, że w nocy w Wielką Sobotę przyjechałem pomagać koledze na oddziale. Sytuacja była mocno nerwowa, panie pielęgniarki też były zdenerwowane. Kiedy robiłem sobie test i czekałem na wynik, moje zdenerwowanie było takie jak podczas oczekiwania na wynik egzaminu specjalistycznego. Obecnie emocje trochę opadły, przygotowałem sobie małe izolatorium na wypadek zakażenia. Żona też jest lekarzem i ma kontakt z pacjentami, ale podchodzimy do tego spokojniej. Bardziej bałem się o mamę i teściową, która choruje. Dobrze, że mogliśmy cały czas robić sobie testy, które nie są tak dostępne, ale w naszym szpitalu jest to możliwe. Dzięki staraniom dyrektora i lekarzy szybko podpisano umowę z diagnostyką na Opolskiej. Dostaliśmy multum testów, które były refundowane przez NFZ i nie było problemu. Niestety, nie wszystkie szpitale mają możliwość wykonywania testów na taką skalę. Wiele zależy też od starań i determinacji władz powiatowych i dyrektora szpitala.

Wyzwania i bolączki

Zapytałam ordynatorów i rezydentów o wyzwania z ich punktu widzenia. – Najważniejsze, abyśmy byli skoncentrowani i nie dali się zakazić, abyśmy mogli pomóc pacjentom. Jeżeli

popelnimy jakiś błąd, to nastąpi reakcja łańcuchowa – wylicza **dr n. med. Krzysztof Krause**. – Na samym początku dwóch moich kolegów uległo zakażeniu i w pewnym momencie zostaliśmy na oddziale w cztery osoby, mając dwudziestu pacjentów pod opieką. Musieliśmy sobie radzić przez ok. 10 dni. Łatwo sobie wyobrazić, co się wydarzy, jeśli nie będziemy się starać. Trzeba być czujnym. W kwestii bolączek oddziału, początkowo zaopatrzenie w środki ochrony osobistej było nieregularne. Towarzyszył nam strach, czy następnego dnia będą skafandry i rękawice. Na szczęście udawało się załatwiać wszystko często w ostatniej chwili. Opatrzność nad nami czuwała i wystarczało tych materiałów. Teraz już jest lepiej. Bardzo nam pomógł ruch społeczny i otrzymaliśmy sporo darów. Przyłbice, które cały czas otrzymujemy, maski i buty do kombinezonów. Byliśmy na granicy psychicznej wytrzymałości w oczekiwaniu na wsparcie. Jednak nie czułem przerażenia, bo zawsze coś można wymyślić, trzeba być pomysłowym. Szczęśliwie nie byliśmy zmuszeni do desperackich kroków. Poza tym na początku w całej tej sytuacji, kiedy nagle musieliśmy przejść na inny tryb pracy, nie wiedzieliśmy, co zrobić. To była inna sytuacja, nie nasza, ale działaliśmy zespołowo. Co innego może być wyzwaniem? Przecież tę robotę wykonuję od 30 lat. Poza tym mam mądrych i wykształconych kolegów, którzy są nieodzowną pomocą. Wspieramy się nawzajem – po prostu.

– W pracy jestem szczęściarzem, w komfortowej sytuacji – opowiada **ordynator z Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy lek. Marcin Fuchs**. – Mam zespół specjalistów, znamy się z pracy w poprzednim szpitalu, a nowi lekarze z innych placówek to również solidne, życzliwe i kompetentne osoby. Znaleźliśmy wspólny język. Rezydenci, których mamy, to też bardzo pracowite osoby, otwarte na współpracę. Nasz zespół pielęgniarek jest zdziśiatkowany przez zakażenie, są na kwarantannie. Wrócą w czerwcu. Technicznie było nam ciężko utrzymać odpowiednie warunki, dorównujące tym w szpitalu na Koszarowej. To nieporównywalny poziom szpitala. Awaryjnie część pielęgniarek została oddelegowana z Sycowa do nas. Normalnie mamy 47 łóżek, a teraz personel jest w stanie zaopiekować się 25 pacjentami.

Lekarz rezydent Magdalena Nowak podkreśla, że największym wyzwaniem jest to, aby w gąszczu wielu procedur nie zatracić dobra pacjentów. Mówi, że nie tylko lekarzom jest ciężko. Pacjenci są w tej chorobie bardzo samotni i brakuje im kontaktu z drugim człowiekiem, a przede wszystkim z ich bliskimi, którzy w czasie poza epidemią są ważnym ogniwem procesu leczniczego. – Lekarze i pielęgniarki wchodzi do pacjentów tak rzadko, jak to tylko możliwe, by zapewnić bezpieczną ochronę. Jesteśmy ubrani w kombinezon i maseczkę, która zasłania twarz i nie pozwala pacjentowi na odczytanie emocji i np. dodanie otuchy uśmiechem. Magdalena Nowak zauważa też, że rozmawia z pacjentem, ale gdzieś w niej jest obawa, że może się zarazić i czasem pojawia się pragnienie, by jak najszybciej wyjść z sali, zdjąć kombinezon i wrócić do normalności. Dodaje: – Nie wierzę, kiedy ktoś mówi, że się nie boi. Jednak staram się nie panikować i nie popadać w przesadę. Każdy z nas, kto pracuje w szpitalu jednoimiennym, widział pacjenta, który umierał z powodu COVID-19 i wie, że stan zdrowia takiego pacjenta może się pogorszyć w ciągu kilku godzin. To nie jest błaha choroba, jak sądzą niektórzy, tylko część osób przechodzi ją łagodnie, a część bardzo ciężko i gwałtownie. Jednak podczas robienia zakupów czy spacerów zauważyłam, że niektórzy ludzie są niefrasobliwi i nie przestrzegają ograniczeń sanitarnych, co

budzi we mnie poczucie frustracji. A prywatnie wyzwaniem jest dla mnie znaczne ograniczenie kontaktu z rodziną i znajomymi. Swojej rodziny nie widziałam prawie trzy miesiące. Dużo rozmawiamy telefonicznie.

” —
Na początku pojawił się naturalny lęk. Jesteśmy internistami, przyzwyczajonymi do ciężkiej i stresującej pracy na co dzień, szczególnie na dyżurach. Stres w naszej pracy to norma. Nowością jest obawa o siebie i rodziny. Przecież ta choroba może dotknąć także nas. Lęk istnieje dalej, ale po dwóch miesiącach oswoiiliśmy go. To niezbędne, aby móc pracować i nieść pomoc chorym.

“

Pełna mobilizacja i zgrany zespół

– Miałem obawy, że ktoś nie będzie sobie radził, będzie tym najsłabszym ogniwem, które spowoduje, że wszystko runie jak domek z kart, ale taka sytuacja nie miała miejsca. Nie było żadnych spięć, raczej pełna konsolidacja, zwarcie szeregów, pomoc, nikt nie grymasił. Duże zrozumienie dla sytuacji na zasadzie: – Szefie, rozumiemy, wspieramy się i działamy! Zero narzekania. Zespół sprawdził się w stu procentach – tak ocenia i docenia kolegów dr n. med. Krzysztof Krause.

A tak o swoim zespole **mówi p.o. ordynator lek. Wojciech Pawlak**. – Nie od dziś wiemy, że cały nasz system ochrony zdrowia opiera się w głównej mierze na zaangażowaniu i poświęceniu ludzi w nim pracujących. Jeszcze dobitniej ujawnia się to teraz. Tylko dzięki ogromnemu wysiłkowi wszystkich, poczynając od lekarzy i pielęgniarek na pierwszej linii frontu, poprzez zespoły w laboratorium, działach diagnostyki, w aptece, administracji, po dyrekcję, po pracowników kuchni i firm porządkowych, jesteśmy w stanie sprostać temu wyjątkowemu wyzwaniu. Teraz ujawnia się prawdziwa wartość każdego z nas, w tym często ukryte zdolności, talenty. Dostrzegamy nawet zmiany charakteru. Ludzie stają się dla siebie życzliwi, serdeczni, skłonni do zrozumienia i pomocy. Oczywiście są też nieliczne wyjątki i zmiany na gorsze, ale to margines. Muszę przyznać, że większość z nas okazała się lepsza niż pewnie sami przypuszczali, a ich wartość naprawdę duża. To też codziennie dodaje sił i daje nadzieję na lepsze.

Antidotum na stres

Każdy walczy ze stresem inaczej. Jednak, jak wspomniał jeden z rozmówców: – Jesteśmy przyzwyczajeni do stresu. A lekarz nigdy całkowicie nie odcina się od swojej pracy, nawet w czasie wolnym. Odpowiedzialność za naszych chorych towarzyszy nam zawsze. Z drugiej strony jedynym sposobem, by móc dobrze wykonywać ten zawód, i jak to się potocznie mówi, nie zwariować, jest umiejętność oddzielenia czasu pracy od wolnego i znalezienie całkiem innych zajęć. To wydaje się pozornie sprzeczne. Musimy więc znajdować złoty środek – podsumował Wojciech Pawlak. – Po pracy czekają na nas sprawy domowe i rodzinne, sporty, hobby, wszelkie obowiązki i przyjemności, dzięki którym możemy, a nawet musimy zapominać o pracy i związanych z nią stresach i lękach. ■



16 maja zaczęła obowiązywać część przepisów tzw. tarczy antykryzysowej 3.0. To już trzecia odsłona rozwiązań „pomocowych” z budżetu państwa, które zostały przygotowane m.in. dla przedsiębiorców. Poza tym, „tarcze” regulowały szeroki zakres zagadnień – od zasiłków opiekuńczych w przypadku zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, szkoły i przedszkola, poprzez zmiany dotyczące poszczególnych sektorów, np. firm transportowych, po m.in. regulacje dotyczące możliwości skierowania osób wykonujących zawody medyczne do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Tekst Aleksandra Otok-Zagajewska

Większość form pomocy można łączyć, wykluczone jest jednak finansowanie tych samych kosztów z różnych źródeł jednocześnie. Samozatrudnieni mogą bez problemu połączyć takie formy wsparcia jak: zwolnienie ze składek ZUS, postojowe i pożyczka dla mikroprzedsiębiorcy.

Tarcza antykryzysowa w trzech odsłonach

JAK SKORZYSTAĆ Z POMOCY PAŃSTWA?

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/money-2180330/
kschneider



W niniejszym artykule przedstawione zostaną możliwości uzyskania pomocy finansowej wprowadzone dla mikro-, małych i średnich przedsiębiorców. Dotyczyć będą zatem lekarzy prowadzących jednoosobowe działalności gospodarcze – w ramach praktyk indywidualnych oraz spółek prowadzonych jako praktyki grupowe, a także podmiotów leczniczych w każdej formie prawnej.

ZUS – ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADEK

Dla kogo zwolnienie:

1. dla osób prowadzących **jednoosobową działalność gospodarczą**, opłacających składki wyłącznie na własne ubezpieczenia.

Zwolnienie dotyczy obowiązku opłacenia nieopłaconych należności z tytułu składek na obowiązkowe ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz wypadkowe, dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy:

- należne za okres od 1 marca 2020 r. do 31 maja 2020 r., jeżeli **przychód** z działalności uzyskany w pierwszym miesiącu, za który jest składany wniosek o zwolnienie z opłacania składek, **nie był wyższy niż 300%** prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w 2020 r., czyli **15 681 zł**.
- należne za okres od 1 kwietnia 2020 r. do 31 maja 2020 r., jeżeli:
 - przychód z działalności uzyskany w pierwszym miesiącu, za który jest składany wniosek, był wyższy niż 15 681 zł oraz
 - dochód z działalności uzyskany w pierwszym miesiącu, za który jest składany wniosek, nie był wyższy niż 7000 zł.

2. dla płatników składek, którzy zgłosili do ubezpieczeń społecznych **mniej niż 10 ubezpieczonych**.

Zwolnienie dotyczy obowiązku opłacenia nieopłaconych należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub Fundusz Emerytur Pomostowych, należnych za okres od 1 marca 2020 r. do 31 maja 2020 r.

3. dla płatników składek, którzy zgłosili do ubezpieczeń społecznych **od 10 do 49 ubezpieczonych**.

Zwolnienie dotyczy obowiązku opłacenia nieopłaconych należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub Fundusz Emerytur Pomostowych, należnych za okres od 1 marca 2020 r. do 31 maja 2020 r., w wysokości 50% łącznej kwoty należności z tytułu składek wykazanych w deklaracji rozliczeniowej złożonej za dany miesiąc.

Wniosek składa się do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych nie później niż do 30 czerwca 2020 r. Najprościej można to zrobić poprzez portal ZUS PUE. Tam skorzystamy z wygodnych wniosków w formie elektronicznej. Oczywiście jak zawsze, wniosek można złożyć w formie papierowej – przesyłając go za pośrednictwem poczty lub – w niektórych placówkach ZUS, wrzucając do przygotowanych skrzynek. Wzory wniosków oraz

szczegółowe informacje na temat tej formy wsparcia dostępne są na stronie ZUS: <https://www.zus.pl/o-zus/aktualnosci/-/publisher/aktualnosc/1/tarcza-antykrzysowa-wsparcie-z-zus/2551371>.

ZUS – POSTOJOWE

Osobie prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą, przysługuje tzw. świadczenie postojowe, jeżeli nie podlega ubezpieczeniom społecznym z innego tytułu (np. z tytułu umowy o pracę, tj. w sytuacji, kiedy lekarz nie tylko prowadzi własną praktykę, ale również pracuje dla innego podmiotu leczniczego). Warunkiem uzyskania świadczenia jest, aby przychód z działalności uzyskany w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku o świadczenie postojowe (czyli – jeśli składamy wniosek w maju, pod uwagę brany będzie przychód z kwietnia) był o co najmniej 15% niższy od przychodu uzyskanego w miesiącu poprzedzającym ten miesiąc (czyli w naszym przykładzie – od przychodu uzyskanego w marcu).

Świadczenie postojowe przysługuje w wysokości 80% kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, czyli w wysokości 2080 zł, nie więcej niż trzykrotnie. Może zostać przyznane ponownie, pod warunkiem, że sytuacja materialna wykazana we wniosku, nie uległa poprawie.

Wnioski o świadczenie postojowe mogą być złożone do ZUS najpóźniej w terminie 3 miesięcy od miesiąca, w którym zostanie zniesiony stan epidemii. Podobnie jak w przypadku zwolnienia z opłacania składek wniosek można złożyć przez ZUS PUE lub w formie papierowej – za pośrednictwem poczty albo do przygotowanych skrzynek, a wzory i informacje dostępne są na stronie ZUS.

DOFINASOWANIE DO WYNAGRODZEŃ PRACOWNIKÓW

I. Świadczenia na ochronę miejsc pracy – przestój ekonomiczny i obniżony wymiar czasu pracy

Przedsiębiorca, u którego nastąpił spadek obrotów gospodarczych:

- **nie mniej niż o 15%**, obliczony jako stosunek łącznych obrotów w ciągu dowolnie wskazanych **dwóch** kolejnych miesięcy kalendarzowych, przypadających w okresie po 1 stycznia 2020 r. do dnia poprzedzającego dzień złożenia wniosku o przyznanie świadczeń, w porównaniu do łącznych obrotów analogicznych 2 kolejnych miesięcy kalendarzowych roku poprzedniego;
- **nie mniej niż o 25%**, obliczony jako stosunek obrotów z dowolnie wskazanego jednego miesiąca kalendarzowego, przypadającego po 1 stycznia 2020 r. do dnia poprzedzającego dzień złożenia wniosku o przyznanie świadczeń, w porównaniu do obrotów z miesiąca poprzedniego.

W obu przypadkach za miesiąc uważa się także 30. kolejno po sobie następujących dni kalendarzowych, w sytuacji, gdy okres porównawczy rozpoczyna się w trakcie miesiąca kalendarzowego.

Taki przedsiębiorca do dyspozycji ma dwa rozwiązania, które po pierwsze pozwalają obniżyć koszty zatrudnienia, a po drugie – dają możliwość otrzymania dofinansowania.

Pierwszą z możliwości jest wprowadzenie **przeastoju ekonomicznego**, czyli okresu niewykonywania pracy przez »



► ALEKSANDRA OTOK-ZAGAJEWSKA

Radca prawny, członek Okręgowej Izby Radców Prawnych we Wrocławiu; prelegent szkoleń z zakresu ochrony danych osobowych oraz konferencji, śniadań biznesowych i szkoleń branżowych dla firm z sektora MSP, w szczególności dla branży medycznej i farmaceutycznej; współzałożycielka Kancelarii Radców Prawnych ZPZ LEGAL we Wrocławiu, specjalizującej się m.in. w prawie ochrony danych osobowych, doradztwie prawnym dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą, firm rodzinnych oraz doradztwie transakcyjnym dla podmiotów krajowych i zagranicznych. Kancelaria ZPZ LEGAL prowadzi projekty szkoleniowe, audytorskie i wdrożeniowe.

a.otok-zagajewska@zpzlegal.pl | zpzlegal.pl



Fot. z archiwum autorki

„ **Również przedsiębiorca będący osobą fizyczną, niezatrudniający pracowników, może otrzymać na podstawie umowy ze starostą dofinansowanie części kosztów prowadzenia działalności gospodarczej w przypadku spadku obrotów gospodarczych w następstwie wystąpienia COVID-19. Spadek obrotów liczy się analogicznie, jak w przypadku dofinansowania części kosztów wynagrodzeń pracowników.**

Dofinansowanie w przypadku spadku obrotów o:

- 1. co najmniej 30% – może być przyznane w wysokości 50% kwoty minimalnego wynagrodzenia miesięcznie,**
 - 2. co najmniej 50%-70% kwoty minimalnego wynagrodzenia miesięcznie,**
 - 3. co najmniej 80%-90% kwoty minimalnego wynagrodzenia miesięcznie**
- na okres nie dłuższy niż 3 miesiące.**

„ **Przedsiębiorcy zatrudniający pracowników mogą połączyć zwolnienie ze składek ZUS z dofinansowaniem, które wówczas dotyczyć będzie jedynie części kosztów wynagrodzeń, tj. bez składek na ubezpieczenia społeczne. Nie mogą natomiast otrzymać jednocześnie dofinansowania ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz dofinansowania przyznawanego na mocy umowy ze starostą.**

pracownika pozostającego w gotowości do pracy. Z takiej możliwości może skorzystać przedsiębiorca, który zdecydował się na zamknięcie prowadzonego podmiotu z uwagi na epidemię.

Obniżenie kosztów zatrudnienia polega na tym, że pracownikowi objętemu przestojem ekonomicznym pracodawca wypłaca **wynagrodzenie obniżone nie więcej niż o 50%, ale nie niższe jednak niż w wysokości minimalnego wynagrodzenia**, z uwzględnieniem wymiaru czasu pracy. Wynagrodzenie jest dofinansowywane ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, **w wysokości 50% minimalnego wynagrodzenia za pracę.**

Drugą z możliwości jest obniżenie wymiaru czasu pracy, które przedsiębiorca może zastosować, np. w sytuacji, kiedy nadal prowadzi działalność, ale z uwagi na fakt, że spadła liczba klientów (w tym wypadku – pacjentów), skracając godziny pracy. Wówczas możliwe jest obniżenie pracownikom wymiaru czasu pracy o 20%, nie więcej niż do 0,5 etatu, z uwzględnieniem warunku, że wynagrodzenie pracownika nie może być niższe niż minimalne wynagrodzenie za pracę. Wynagrodzenie jest wówczas dofinansowywane **do wysokości połowy wynagrodzenia, jednak nie więcej niż 40% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia** z poprzedniego kwartału.

W obu powyższych przypadkach dofinansowanie nie przysługuje do wynagrodzeń pracowników, których wynagrodzenie uzyskane w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym został złożony wniosek, było wyższe niż 15 595 zł.

Warunki i tryb wykonywania pracy w okresie przestoju ekonomicznego lub obniżonego wymiaru czasu pracy należy ustalić w porozumieniu z przedstawicielami pracowników, które to porozumienie należy następnie przekazać właściwemu okręgowemu inspektorowi pracy w terminie 5 dni roboczych od dnia zawarcia porozumienia.

Wnioski składa się do dyrektora wojewódzkiego urzędu pracy właściwego ze względu na siedzibę przedsiębiorcy. Najwygodniej można to zrobić poprzez portal: praca.gov.pl lub tradycyjnie w formie papierowej. Świadczenia oraz środki przysługują przez łączny okres 3 miesięcy.

Szczegółowe informacje znaleźć można na stronach urzędów pracy, np. na stronie wrocławskiego PUP:

<https://wroclaw.praca.gov.pl/dla-pracodawcow-i-przedsiębiorcow/tarcza/swiadczenia>

II. Dofinansowanie części kosztów wynagrodzeń pracowników oraz należnych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenia

Pracodawca będący mikroprzedsiębiorcą, małym lub średnim przedsiębiorcą, u którego wystąpił **spadek obrotów gospodarczych**, obliczony jako stosunek łącznych obrotów w ciągu dowolnie wskazanych 2 kolejnych miesięcy kalendarzowych, przypadających w okresie po 1 stycznia 2020 r. do dnia poprzedzającego dzień złożenia wniosku o przyznanie dofinansowania, w porównaniu do łącznych obrotów z analogicznych 2 kolejnych miesięcy kalendarzowych roku poprzedniego (tutaj również za miesiąc uważa się także 30. kolejno po sobie następujących dni kalendarzowych, w przypadku, gdy okres porównawczy rozpoczyna się w trakcie

miesiąca kalendarzowego), może otrzymać dofinansowanie w następującej wysokości:

1. w razie spadku obrotów o co najmniej 30% – w wysokości nieprzekraczającej kwoty stanowiącej sumę 50% wynagrodzeń poszczególnych pracowników objętych wnioskiem o dofinansowanie wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne należnymi od tych wynagrodzeń, jednak nie więcej niż 50% kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, powiększonego o składki na ubezpieczenia społeczne od pracodawcy w odniesieniu do każdego pracownika,
2. o co najmniej 50% – jak wyżej – odpowiednio 70%,
3. o co najmniej 80% – jak wyżej – odpowiednio 90%.

W tym przypadku nie następuje żadna modyfikacja dotychczasowych warunków zatrudnienia, dlatego też nie są wymagane żadne dodatkowe czynności (jak np. porozumienie z pracownikami). Dofinansowanie jest przyznawane na podstawie umowy ze starostą. Wniosek o dofinansowanie przedsiębiorca składa do powiatowego urzędu pracy właściwego ze względu na swoją siedzibę lub miejsce wykonywania pracy przez pracowników **w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia naboru przez dyrektora powiatowego urzędu pracy.**

Znowu skorzystać można z portalu: praca.gov.pl lub złożyć wniosek tradycyjnie w formie papierowej. Większość powiatowych urzędów pracy zakończyła już pierwszy nabór wniosków i ogłosiła drugi, np. dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy we Wrocławiu ogłosił w dniach od 8 maja 2020 roku do 21 maja 2020 roku kolejny nabór wniosków. Takie informacje znajdziemy na stronach www.poszczegolnych.urzedow.w.zakladce.aktualnosci. Z tą formą pomocy należy się więc spieszyć.

DOFINANSOWANIE KOSZTÓW PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI PRZEZ SAMOZATRUDNIONYCH

Również przedsiębiorca będący osobą fizyczną, niezatrudniający pracowników, może otrzymać na podstawie umowy ze starostą dofinansowanie części kosztów prowadzenia działalności gospodarczej w przypadku spadku obrotów gospodarczych w następstwie wystąpienia COVID-19. Spadek obrotów liczy się analogicznie, jak w przypadku dofinansowania części kosztów wynagrodzeń pracowników.

Dofinansowanie w przypadku spadku obrotów o:

1. co najmniej 30% – może być przyznane w wysokości 50% kwoty minimalnego wynagrodzenia miesięcznie,
 2. co najmniej 50%-70% kwoty minimalnego wynagrodzenia miesięcznie,
 3. co najmniej 80%-90% kwoty minimalnego wynagrodzenia miesięcznie
- na okres nie dłuższy niż 3 miesiące.

Wniosek o dofinansowanie składa się – poprzez portal praca.gov.pl lub w formie papierowej do powiatowego urzędu pracy właściwego ze względu na miejsce prowadzenia działalności gospodarczej w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia naboru przez dyrektora powiatowego urzędu pracy.

„UMARZALNA” POŻYCZKA DLA MIKROPRZEDSIĘBIORCY

Mikroprzedsiębiorca może otrzymać pożyczkę do **5000 zł** z przeznaczeniem na pokrycie bieżących kosztów prowadzenia

działalności gospodarczej. Wniosek o pożyczkę składa się do powiatowego urzędu pracy, właściwego ze względu na miejsce prowadzenia działalności gospodarczej, po ogłoszeniu naboru przez dyrektora powiatowego urzędu pracy. Ogłoszenia zamieszczane są na stronach www.poszczegolnych.urzedow.w.zakladce.aktualnosci. Skorzystać można z portalu: praca.gov.pl lub złożyć wniosek w formie papierowej.

Pożyczka wraz z odsetkami, na wniosek przedsiębiorcy, **podlega umorzeniu**, pod warunkiem dalszego prowadzenia działalności przez okres 3 miesięcy od dnia udzielenia pożyczki. Istotne jest również to, że przychód z tytułu umorzenia pożyczki nie stanowi przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych.

CZĘŚCIOWO BEZZWROTNE SUBWENCJE Z POLSKIEGO FUNDUSZU ROZWOJU

Tarcza wprowadziła także pomoc dla mikro-, małych i średnich przedsiębiorców w postaci częściowo bezzwrotnych subwencji z Polskiego Funduszu Rozwoju. Subwencje są dostępne w bankach komercyjnych i spółdzielczych, które przystąpiły do programu, a których listę można znaleźć tu: <https://pfrsa.pl/tarcza-finansowa-pfr/tarcza-finansowa-pfr-dla-mmssp.html>.

Warunki otrzymania subwencji są inne dla mikroprzedsiębiorców a inne dla małych i średnich przedsiębiorców. Co do zasady, dotyczą przedsiębiorców będących pracodawcami – żeby z nich skorzystać, należy zatrudniać co najmniej jednego pracownika. Szczegóły oraz praktyczne przewodniki znaleźć można na stronie: <https://pfr.pl/>. Także każdy bank biorący udział w programie zamieścił na swojej stronie internetowej informacje zarówno na temat warunków uzyskania pomocy, jak i procedury składania wniosków.

Subwencje przyznawane są przy uwzględnieniu m.in. takich kryteriów jak spadek obrotów w związku zakłóceniami w funkcjonowaniu gospodarki na skutek COVID-19 i wielkość zatrudnienia.

Wnioski składa się wyłącznie poprzez system bankowości elektronicznej banku biorącego udział w programie. Po spełnieniu określonych warunków, przedsiębiorca może zachować maksymalnie 75% całkowitej wartości otrzymanej subwencji (czyli z otrzymanych środków będzie musiał zwrócić jedynie 25%).

Większość form pomocy można łączyć, wykluczone jest jednak finansowanie tych samych kosztów z różnych źródeł jednocześnie. Samozatrudnieni mogą bez problemu połączyć takie formy wsparcia jak: zwolnienie ze składek ZUS, postojowe i pożyczka dla mikroprzedsiębiorcy.

Przedsiębiorcy zatrudniający pracowników mogą połączyć zwolnienie ze składek ZUS z dofinansowaniem, które wówczas dotyczyć będzie jedynie części kosztów wynagrodzeń, tj. bez składek na ubezpieczenia społeczne. Nie mogą natomiast otrzymać jednocześnie dofinansowania ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz dofinansowania przyznawanego na mocy umowy ze starostą.

Zdania na temat programu pomocy wdrożonego za pośrednictwem trzech tarcz są podzielone. Dyskusja społeczna dotyczy przede wszystkim tego, czy wprowadzone rozwiązania stanowią jedynie doraźne czy wystarczające wsparcie dla przedsiębiorców. Z pakietów pomocowych na pewno warto skorzystać, dobierając rozwiązania odpowiednio do potrzeb, choćby nawet były niedoskonałe. ■



Na początku maja Dolnośląska Izba Lekarska zamieniła się w magazyn środków ochrony osobistej. Blisko 4,5 tony zakupionego w Chinach sprzętu przekazała DIL Fundacja Lekarze Lekarzom przy Naczelnej Izbie Lekarskiej. Wszystko dzięki darowiźnie Kulczyk Foundation. – Do dolnośląskich medyków trafiło 80 000 maseczek chirurgicznych, 120 000 masek FFP2 N95, 8000 kombinezonów, 8000 gogli i 8000 przyłbic. 60% sprzętu powędrowało do szpitali na Dolnym Śląsku, reszta zasilila lekarzy opieki ambulatoryjnej i stomatologów.

Akcja podziału oraz dystrybucji środków ochrony indywidualnej dla dolnośląskich medyków trwała od 4 do 15 maja. Cały proces odbywał się zgodnie z zasadami przyjętymi przez Dolnośląską Radę Lekarską, która obradowała online 30 kwietnia 2020 roku.

Darowiznę Kulczyk Foundation DIL uzupełnia także na własną rękę. Dolnośląska Rada Lekarska przeznaczyła: 200 tys. zł z Komisji Kształcenia, 50 tys. zł z Komisji Socjalnej, 20 tys. zł z Komisji Stomatologicznej, 17 tys. zł z Komisji Rewizyjnej, 20 tys. zł z Komisji Młodych Lekarzy, 8 tys. zł z Komisji Współpracy z Zagranicą, 20 tys. zł z Komisji Sportu, 10 tys. zł z Komisji Etyki, 35 tys. zł z Klubu Lekarza DIL, 50 tys. zł z Funduszu Rezerwowego (łącznie 430 tys. zł) na zakup środków ochrony indywidualnej dla członków DIL. Ich nabyciem i rozdysponowaniem zajmuje się już powołany w tym celu zespół. W jego skład wchodzi: przewodniczący delegatur, pełnomocnicy ds. stomatologii i ds. lekarskich w delegaturach, skarbnik DRL, sekretarz DRL oraz dyrektor biura DIL.

M.J.



Zestawienie jednostek, do których trafiły środki (i ich ilość), jest dostępne na stronie: <https://www.dilnet.wroc.pl/content/item/1031-4-5-tony-sprzetu-w-dolnoslaskiej-izbie-lekarskiej-wszystkie-rece-na-poklad>

► Dzięki darowiźnie Kulczyk Foundation w wysokości 20 mln złotych przekazanej na specjalny fundusz pomocowy w ramach Fundacji Lekarze Lekarzom przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, zakupiono łącznie: milion masek chirurgicznych; 1,5 mln masek FFP2 N95, 100 tys. kombinezonów klasy II, 100 tys. gogli, 100 tys. przyłbic. 57 ton sprzętu (w 4 dostawach) trafiło w dniach 14-17 kwietnia z portu lotniczego Kanton na Lotnisko Ławica w Poznaniu.

Stamtąd, pod koniec kwietnia, 4,5 tony środków ochrony osobistej powędrowało w 2 dostawach do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Przewoźnikiem był LOT Cargo. Transport został opłacony przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów i był realizowany w ramach akcji humanitarnej.

Wszystkie ww. środki ochrony osobistej zostały przekazane *pro bono* personelowi medycznemu walczącemu z COVID-19.



DIL: PODZIAŁ ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ DLA DOLNOŚLĄSKICH MEDYKÓW



▼ Koordynatorką akcji z ramienia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej została dr Bożena Kaniak, wiceprezes Izby (pierwsza po prawej). Na zdjęciu z lek. dent. Iwoną Świętowską, lek. dent. Alicją Marczyk-Felbą i lek. dent. Markiem Stehlikiem.

► Akcję podziału środków ochrony indywidualnej nadzorował osobiście dr n. med. Paweł Wróblewski, prezes DRL i członek zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom (po lewej).

7 maja sprzęt odebrał m.in. lek. Michał Rataj, zastępca dyrektora ds. leczenia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu (po prawej).

Tego dnia z siedziby Izby odebrały go także placówki: Dolnośląskie Centrum Onkologii, Szpital Specjalistyczny im. Falkiewicza, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka. Maseczki, gogle i kombinezony powędrowały wcześniej także do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, Uniwersyteckiego Szpitala Specjalistycznego, Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc oraz szpitali powiatowych: w Miliczu, Oławie i Oleśnicy.



◀ Wraz z wiceprezes DRL dr Bożeną Kaniak nad sprawnym przebiegiem akcji czuwała dyrektor biura DIL mgr Maria Danuta Jarosz.



► DR MARIA KMITA

Humorolog i śmiechoterapeuta. Od 2008 roku zajmuje się badaniem humoru. W 2015 obroniła doktorat na temat: „Znaczenie humoru w pokojach nauczycielskich” na Uniwersytecie w Plymouth, w Anglii. Od 2015 prowadzi autorskie warsztaty humoru dla dzieci i dorosłych w ramach Humour4Work. Od 2017 roku prowadzi pierwszy na świecie fakultet śmiechoterapii dla przyszłych lekarzy na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu. Pierwsza w Polsce przeprowadziła śmiechoterapię dla pacjentów Kliniki Psychiatrii we Wrocławiu. Od 2019 roku członek AATH (The Association for Applied and Therapeutic Humour), światowej organizacji zrzeszającej specjalistów od humoru terapeutycznego. Niedawno stworzyła pozytywną grę o chorobach „Najgorzej” (The Lame Game). Teraz w ramach projektu „Śmiech a zdrowie” prowadzi warsztaty śmiechoterapii dla wrocławskich seniorów. Prowadzi też swój kanał „Optymisja” na YouTube.



Rozmawia Maciej Sas

Fot. Tomasz Walów/UWW

Trzeba obśmiać chorobę, jeśli nie można jej inaczej pokonać

„Nie dziwi mnie wcale, że wiele memów i dowcipów o koronawirusie tworzą i rozpowszechniają pracownicy służby zdrowia. To najlepszy sposób na pozbycie się stresu i „ogranie” przeciwnika, którego nie można się pozbyć” – mówi dr Maria Kmita, humorolog, twórczyni fakultetu śmiechoterapii dla studentów na kierunku lekarskim Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w rozmowie z Maciejem Sasem.

Maciej Sas: Straszny wirus z opowieści, które zewsząd słyszymy od kilku tygodni, stał się powodem memów i dowcipów. Co ciekawe, w wielu przypadkach ich autorami albo tymi, którzy je rozpowszechniają, są lekarze. Nie dziwi to Pani?

Dr Maria Kmita: A skąd, w ogóle! To jest normalna reakcja na stres. Jedynie słuszna teoria reakcji pokazuje, że humor jest często używany wtedy, kiedy potrzebujemy się odstresować, rozładować napięcie związane z jakimś większym problemem. Często są to problemy społeczne. Myślę, że świetnie się to sprawdza w przypadku koronawirusa, wielkiego problemu, nad którym kompletnie nie mamy kontroli. W takim przypadku jedynym wyjściem jest się z tego śmiać. Dlaczego? Dlatego że wtedy w pewien sposób pomniejszamy ten kłopot. Proszę sobie przypomnieć, że podobnie było podczas epidemii świńskiej grypy czy wirusa eboli. Ale także wcześniej w historii mieliśmy wiele przypadków, kiedy ludzie w sytuacji poza ich kontrolą śmiali się z tego, co ich spotykało. Mam na myśli szczególnie II wojnę światową, obozy koncentracyjne, okupację – wtedy w obiegu było mnóstwo żartów na temat oprawców. Czyli z jednej strony ludzie zupełnie nie mieli szans w starciu z nimi, a z drugiej potrafili się z nich nabijać w swoim gronie, dzięki czemu zyskiwali chociażby chwilową przewagę nad tymi ludźmi i nad dramatycznie trudną sytuacją. Dawało im to namiastkę poczucia normalności.

M.S.: Wentyl bezpieczeństwa?

M.K.: Tak, badacze humoru nazywają to chwilą wolności, normalizacją. A jeżeli chodzi o wentyl bezpieczeństwa, to dobrze, że pan o tym wspominał, bo przecież w czasach komunizmu pojawiały się i koncerty, i kabarety wyśmiewające rządzących i reżim. I to one stanowiły pewien wentyl bezpieczeństwa. Bo z jednej strony pokazywały przecież olbrzymią odwagę występujących, żeby się

śmiać z reżimu (mówię szczególnie o kabarecie TEY, a więc Zenonie Laskowiku i Bohdanie Smoleniu), a z drugiej strony, to dawało szansę, żeby ludzie jakoś na chwilę odetchnęli.

M.S.: A może władza na niektóre takie rzeczy po prostu się zgadzała?

M.K.: To jest ciekawe, rzeczywiście, ale tego nie wiem... Pewnie nigdy się nie dowiemy, czy tak było. Ale możliwe, że władza manipulowała pewnego rodzaju rozrywką, żeby uzyskać rozładowanie napięcia. To jednak nie umniejsza starań ludzi, którzy byli odważni na tyle, żeby żartować z tej władzy, znając konsekwencje, szczególnie że władza i tak wszystko cenzurowała, a za nieocenzurowane treści były kary. Nie zgodzę się ze stwierdzeniem, że kabarety były marionetkami władzy, bo która reżimowa władza chce marionetki, która się z niej wyśmiewa i ją obnaża?

M.S.: Czyli to jest umniejszanie, poniżanie: to, co oni nam robią, to my im możemy zrobić, w ten sposób, chociaż przez chwilę, czując się lepiej? Tak samo jest z tymi strasznymi chorobami, z których też się śmiejemy?

M.K.: Rzeczywiście, to wciąż jest ten sam wzór, a więc mamy coś, nad czym nie panujemy, nie kontrolujemy, bo ani pan, ani ja nie znajdziemy na to szczepionki. Natomiast możemy się z tego pośmiać. I chwilowo to przynosi ulgę, satysfakcję z faktu, że przynajmniej udał nam się ten żart. Dlatego mamy taki wielki wysyp żartów o wirusie. Nie dziwi mnie wcale, że służba zdrowia śmieje się z niego, zwłaszcza, że produkuje własne żarty na jego temat, bo to ci ludzie są szczególnie narażeni na niesamowity stres. I dlatego zawsze będę bronić czarnego humoru w zawodach medycznych. Bo często mówi się, że z pewnych rzeczy nie wolno żartować...

M.S.: Sam słyszałem ostatnio od moich znajomych: „Nie śmiejemy się z koronawirusa, nie śmiejemy się ze śmierci, nie wolno się śmiać z tych strasznych chorób, na przykład onkologicznych, bo to jest ludzki dramat”. Ale z tego, co Pani mówi, nie zawsze śmiech i dramaty się wykluczają.

M.K.: Oczywiście, że nie. Kiedy przyjrzymy się tym konkretnym memom i żartom z bliska, to zobaczymy, że żaden z nich nie dotyczy jakiejś konkretnej ofiary wirusa z imienia i nazwiska. My się nie śmiejemy z konkretnego Janusza czy Haliny, którzy zachorowali, ale ze skojarzeń, które się nam nasuwają w związku z tą chorobą albo z nowych rozporządzeń na ten temat. To wynika też z codziennych obserwacji na temat tego, jak radzimy sobie z maseczkami, z obostrzeniami typu: zakaz wyjścia do lasu czy wykupywaniem papieru toaletowego ze sklepu. I tutaj nie można powiedzieć, że ktoś może się na to obrazić, bo nie atakujemy w ten sposób personalnie nikogo, a jedynie sytuacja wymusza na nas takie inne patrzenie, inną perspektywę.

M.S.: Rozmawiamy w tym przypadku i o rzeczach medycznych i o tym, że śmiejemy się z choroby czy sytuacji, które ta choroba wywołuje. Ale też o tym, że często lekarze są autorami dowcipów albo tymi, którzy przekazują je dalej. Czy to by oznaczało, że śmiech rzeczywiście ma wpływ na zdrowie? A może to zbyt daleko posunięty wniosek?

M.K.: Zdecydowanie nie jest zbyt daleko posunięty, ale „posunięty bardzo blisko” (śmiech). Myślę, że po prostu humor bardzo poprawia nam nastrój, a nasz nastrój wpływa na wszystko. Sami możemy poddać się eksperymentowi, co jesteśmy w stanie zrobić, gdy towarzyszy nam dobry nastrój, a czego za nic nie zrobimy, kiedy jesteśmy w złym. Jak bardzo to wpływa na nasze decyzje, na naszą chęć do życia, chęć podejmowania jakichś wyzwań... Oczywiście, często ludzie uważają, że humor to jest tylko pośmianie się przez chwilę, ale tak naprawdę to jest też styl podchodzenia do problemów, pewien styl życia i on wpływa zdecydowanie na jakość naszej egzystencji. Sądzę, że jeżeli porozmawiamy z ludźmi, którzy mają na koncie traumatyczne przeżycia, czy chodzi o leczenie onkologiczne, czy jakieś straszne sytuacje z czasów II wojny światowej, a później musieli sobie jakoś z tym poradzić i wrócić do normalności, to może się okazać właśnie, że ich podejście, ich nastrój, ich perspektywa miała niesamowity wpływ na to, jak przeżywali to wszystko, w jaki sposób potrafili wrócić do normalności. Warto więc nie skreślać jednak humoru jako czegoś głupiutkiego czy niefrasobliwego, ale zdecydowanie warto potraktować go jako sposób na

lepsze życie. Ważne jest to, co pan powiedział o memach, że nie tylko powstają na ten sam temat (tylko oczywiście mamy do czynienia z różnymi ich odsłonami), ale ludzie poszukują tych memów. Nawet teraz, gdyby wymyślili najlepszy żart o teściowej, to on nie miałby szansy się przebić! My potrzebujemy żartów na ten konkretny temat, odwołujących się do bieżących wydarzeń, żeby rozładować stres związany z sytuacją.

M.S.: Ma Pani na myśli taki plaster na bolącą duszę? Pytam o to w kontekście medyków nie bez przyczyny. Bo Pani, prowadząc zajęcia fakultatywne dla przyszłych lekarzy związane z humorem, ma w zamyśle bardzo określony cel. Czy więc lekarz, który ma poczucie humoru, który potrafi się śmiać, to jest też ktoś, kto będzie skutecznie leczył swoich pacjentów?

M.K.: Na pewno jest to lekarz, który będzie lepiej komunikował się z pacjentem. Proszę zauważyć, że my zawsze poszukujemy ludzi z poczuciem humoru. Tacy są dla nas po prostu bardziej atrakcyjni. To jest udowodnione naukowo (uśmiejch).

M.S.: Dowcipny lekarz będzie dla nas bardziej do zaakceptowania i lepiej się z nim rozmawia?

M.K.: Na pewno. Poza tym proszę sobie wyobrazić, że tematy związane z chorobą często są nieprzyjemne, niewygodne, krępujące. Jeśli lekarz potrafi wprowadzić atmosferę życzliwości i humoru (bo też jest istotne, że to nie może być humor, który wyśmiewa konkretnego pacjenta), to łatwiej do nas dotrze.

M.S.: Mówi Pani, że trzeba unikać sytuacji, które moja babcia nazywała: „śmieje się jak głupi do sera”?

M.K.: (śmiech) Tak, no chyba że do goudy... Chodzi o to, że wszystko, co się rozgrywa między lekarzem a pacjentem, to jest komunikacja. A to podstawa skutecznego leczenia.

M.S.: I wiele od tego zależy...

M.K.: I jeszcze od tego, że pacjent będzie miał poczucie humoru i będzie potrafił podchwycić żarty. I od tego, że lekarz wypatrzy w tym pacjencie taką chęć do „śmieszkowania”. I oczywiście od samego lekarza, który będzie potrafił swoim nastrojem, swoim poczuciem humoru zbliżyć się do pacjenta, zachęcić go do terapii, do innego patrzenia na chorobę – to ma ogromne znaczenie. Ale także dla lekarza, jeśli chodzi o wypalenie zawodowe. Bo zobaczymy, że taki lekarz, który pracuje na dyżurach, pracuje w olbrzymim stresie, musi mieć coś ponad to, coś, co będzie go trzymało w tym zawodzie, co będzie mu dawało szczęście. Jeśli pan chce, można tu cytować najnowsze badania o poziomie »



stresu i depresji wśród studentów medycyny i pokazać śmiechoterapię jako sposób na rozładowanie napięć związanych ze studiami, ale także z sytuacjami w zawodzie lekarza. Ja sama mam mamę stomatologa. Ona twierdzi, że ani pieniądze, ani zaszczyt chodzenia w fartuchu lekarskim nie trzymają jej w zawodzie. Chodzi o to, że ona może pójść do pracy, pośmiać się z innymi ludźmi, którzy są w tej samej sytuacji, rozumieją jej stres. W istocie to solidarność zbudowana przez humor. To jest ten pokój socjalny, teraz w formie esemesów, memów, linków, śmiesznych filmików.

M.S.: Wirtualny pokój socjalny?

M.K.: Właśnie tak – to coś, co łączy lekarzy i daje im po prostu siłę, żeby kolejnego dnia stawiać do walki. Myślę, że gdyby ich zapytać, jak sobie to wszystko wyobrażają bez humoru albo z zakazem żartowania, to w większości powiedzieliby pewnie, że rzuciliby tę pracę następnego dnia.

„*Nie dziwi mnie wcale, że służba zdrowia śmieje się z niego (koronawirusa – przyp. red.) zwłaszcza, że produkuje własne żarty na jego temat, bo to ci ludzie są szczególnie narażeni na niesamowity stres. I dlatego zawsze będę bronić czarnego humoru w zawodach medycznych. Bo często mówi się, że z pewnych rzeczy nie wolno żartować...*”

M.S.: Pani, prowadząc swoje „śmieszkowate” zajęcia, widzi też młodych lekarzy. Jak oni do tego podchodzą? To jest swego rodzaju nowe podejście, żeby uczyć czegoś takiego, to po pierwsze. A po drugie, czy człowieka można w ogóle nauczyć poczucia humoru?

M.K.: Są teorie, że właśnie poprzez treningi, szkolenia można ludziom dać wiedzę o tym, jak tworzy się żarty, jak wykorzystywać pewne sytuacje do żartowania. Ale nie oszukujmy się – człowiek jest też genetycznie uwarunkowany tym, jakie jest jego otoczenie, środowisko naturalne, a więc jak żartuje, jak się zachowuje społecznie. Miałam wielkie szczęście, że w domu byłam do tego szkolona (uśmiech). Mój tata miał taki sposób na nasze wychowanie, że nam i innym ludziom z otoczenia robił różne numery, na przykład szczekał przez domofon na przechodniów i obserwował przez okno razem z nami, jak re-

aguja. Myślę, że nie każdy doświadcza czegoś takiego (śmiech). Ale to naprawdę ma olbrzymi wpływ na to, jak później odbieramy świat. Dlatego na zajęciach z przyszłymi lekarzami staram się łączyć praktykę z teorią, czyli z jednej strony analizujemy żarty, filmiki, kabarety, a z drugiej śmiejemy się z różnych gadżetów, bawimy się w różne rzeczy, wymyślamy rozmaite gry i zabawy (np. robimy bieliznę na NFZ z масечек i rękawiczek chirurgicznych).

M.S.: Stara się Pani wzmacniać kreatywność u tych ludzi po to, żeby instrumentalnie mogli to potem wykorzystać w pracy?

M.K.: To prawda. Ale do tego jest też potrzebne stworzenie odpowiedniej atmosfery. Oni muszą się czuć bezpiecznie, czuć, że w tym miejscu i czasie wolno im wszystko. I to również jest zadanie dla mnie – muszę dać im do zrozumienia: „tutaj możecie się wyżyć w tym temacie, możecie czuć się swobodnie”. Studentów zawsze zapraszam do tego, żeby pokazywali prezentacje o swoim poczuciu humoru, o tym, co ich śmieszy. I z tego mają oceny na fakultecie. Prezentacje te przedstawiają ulubione memy, kabarety, stand-upy, piosenki i inne rzeczy. Studenci pokazują je i analizują na forum grupy. Dzięki temu jestem na bieżąco z tym, co studentów medycyny śmieszy. To dla mnie bardzo wartościowe!

M.S.: A co ich śmieszy – zwykle rzeczy związane z medycyną?

M.K.: W większości tak. Fajnie, że dzisiaj prowadzimy tę rozmowę, bo przyszły właśnie wyniki naszego eksperymentu na uczelni. Prawie 500 studentów medycyny oceniło około 50 memów medycznych. Okazało się, że wyłania się z tego jeden generalny wzór mówiący, że studenci im są starsi (zwłaszcza na ostatnich latach studiów), tym mniej ich śmieszą żarty studentów medycyny i ich samych, jak i mniej ich śmieszą żarty dotyczące lekarzy. To jest prawdopodobnie związane z tym, że tworzy się, buduje się ich tożsamość w późniejszych latach i wraz z tym mniej śmieszą ich już te żarty. Może w przyszłości będę miała szansę zbadać, jak ten humor ewoluuje, kiedy już zostają młodymi lekarzami, a i później, gdy już są starszymi i bardziej doświadczonymi. Bo z kolei wyniki innych badań pokazują, że ten czarny humor, również dotyczący pacjentów, pojawia się już w pracy, kiedy lekarze pracują z nimi w szpitalu.

M.S.: Humor dojrzewa niejako z człowiekiem?

M.K.: Wiąże się ze wzrostem świadomości, poczuciem tożsamości zawodowej. Na początku, kiedy studenci są na 1. czy 2. roku, śmieszą ich żarty o studentach medycyny, bo to jest im bardzo bliskie. Tutaj ważna jest też teoria Hollanda, która mówi, że śmiejemy się często z tego, z czym się identyfikujemy. Trudno, żeby ktoś, kto nie jest rodzicem, śmiał się z brzęczących, grających zabawek dzieci. Tylko rodzice są w stanie opowiadać sobie milion historii na ten temat, jak na przykład zabierali dzieciom baterie z zabawek, żeby nigdy się nie dowiedziały, że ta zabawka wyje (śmiech).

M.S.: Bo ktoś, kto tego nie doświadczył, nie ma pojęcia, o co w ogóle chodzi...

M.K.: Dlatego tak bardzo ważne jest, by dopasować humor do sytuacji. Profesjonalni komiccy wiedzą, że muszą dostosować humor do ogółu widowni lub, jeśli mają do czynienia z konkretną grupą zawodową, posługiwać się humorem im bliskim, zrozumiałym dla tych widzów.

M.S.: Wspomniała już pani o ludziach, którzy cierpią na choroby serca, nowotwory, czasami są paliatywnie chorzy, czują, że śmierć jest blisko, a jednak się śmieją. Bo przecież coś takiego jest, prawda? Czy to znaczy, że każdy może się z tego śmiać?

M.K.: Często jest tak, że ludzie, którzy przeszli tę pierwszą traumę związaną z chorobą i ją zaakceptowali, zaczynają żartować. I znowu wracamy do tego, że to jest sposób na kontrolowanie sytuacji, której nie da się w inny sposób kontrolować, na powrót do normalności. Bo śmianie się jest czymś normalnym. Kiedy widzimy dwoje śmiejących się ludzi, to myślimy, że są w tym momencie szczęśliwi. To jest oznaka spokoju, spełnienia, radości.

M.S.: I śmiejąc się, dajemy sygnał innym, że jesteśmy ludźmi, z którymi warto rozmawiać?

M.K.: Zdecydowanie! Jest to coś niesamowicie pociągającego, co sprawia, że nasz „rating” wzrasta na mocne 3 na 10 (śmiejch).

M.S.: Przeskoczę do innego wątku: podobno to, czy dowcip jest dowcipem, zależy od tego, kto go opowiedział. Czyli np. pacjent onkologiczny ma prawo śmiać się z choroby i tego, co z nią związane, a ci, których to nie dotyczy, już nie? W przypadku niepełnosprawnych itd. mechanizm jest, jak podejrzewam, podobny.

M.K.: Ma pan rację. Istnieje kilka Zasad Ludzkiego Humoru (sugerowanych przez różnych badaczy humoru), aby unikać obrażania ludzi. Jedna z nich mówi, że można się śmiać z czegoś, jeśli doświadczenia danej grupy są naszymi własnymi. Czyli: jeżeli reprezentuję daną grupę, obojętnie czy są to pacjenci chorzy na raka, czy osoby danej rasy lub wyznania, bo to mogą być różne kategorie, ta osoba ma większe prawo śmiania się z tego. Nie można jej później zarzucić, że „ty nie wiesz, o czym mówisz”, bo ona może odpowiedzieć: „Przecież ja reprezentuję tę rasę, wyznanie, bycie chorym na taką chorobę”.

M.S.: Prowadzi pani też zajęcia z grupą, która jest w szczególnie trudnej sytuacji w czasie epidemii, czyli z seniorami. Oni często są oskarżani o to, że nie lubią się śmiać, takie „smutne dziadki, które opowiadają, co było 50 lat temu”. Ale skoro Pani prowadzi te zajęcia, to po pierwsze im się to przydaje do czegoś, a po drugie znaczy, że wcale nie wszyscy są smutasami?

M.K.: Zdecydowanie mam wspaniałe doświadczenia z pracy z seniorami. Prowadzę teraz zajęcia online w ramach Wrocławskiego Centrum Seniora. Seniorzy się po prostu logują (proszę to sobie wyobrazić!) na platformie, mają podłączone wideo albo audio. Bardzo chętnie biorą udział w różnych zabawach. Oczywiście nie są to takie zajęcia, jak w realu, bo jednak tam jest o wiele lepiej – mamy bezpośrednią styczność ze sobą. Ale muszą ich pochwalić, że bardzo chętnie uczestniczą w tych zajęciach, jest dużo śmiechu i potrafią podać wiele przykładów z własnego życia. Oni mają taki szczery, wyrobiony przez lata dystans do wielu spraw.

M.S.: Co ułatwia im radzenie sobie z coraz większymi trudnościami życiowymi...

M.K.: Tak, ale z drugiej strony kto ma sobie poradzić, jak nie oni? Prawie połowę swojego życia przestali w kolejkach w PRL-u, to oni mają jakieś doświadczenia traumatyczne (jeśli nie wojenne, to powojenne).

M.S.: Wróćmy do świata medycznego – lekarz, który się do nich uśmiechnie i zażartuje w odpowiedni sposób, pewnie może jednym ruchem zyskać ich sympatię?

M.K.: Ależ oczywiście! Uważam, że to jest w ogóle sposób na prywatne gabinety, jeżeli ktoś chce się wyróżnić. Nie wiem, jak pan, ale ja na każdym kroku spostrzegam ostatnio rozmaite prywatne gabinety. Nie muszę ich już szukać w internecie, bo wystarczy wyjść na ulicę i wybrać sobie dowolnego lekarza.

M.S.: Casting?

M.K.: Coś takiego właśnie. Sadzę, że humor to jest sposób na przyciąganie do siebie klienteli. Bo tak naprawdę lekarz, który jest zabawny, który ma podejście, który cieszy się renomą (szczególnie wśród dzieci, które potrzebują tego, żeby oswoić je z tematem badań i przerażających procedur), ma szansę się wybić. Każdy, kto widział portal „ZnanyLekarz.pl”, zauważył pewnie, że często są tam komentowane takie rzeczy, jak poczucie humoru. I są to komentarze różne. Kiedyś ze studentami analizowałam przypadek lekarza, który miał tam skrajnie różne opinie. Niektórzy pacjenci byli zachwyceni jego poczuciem humoru, a inni na to właśnie narzekali. Ale wszyscy zwracali uwagę na humor! I proszę zauważyć, co się ocenia w tych opiniach. Bardzo bym chciała, żeby moi studenci zwracali uwagę właśnie na to, że tam oceny są związane z takimi kompetencjami społecznymi jak otwartość, komunikatywność, poczucie humoru, uśmiech. To są rzeczy, które nie są wpisane w naukę, w studia medyczne. Teraz, kiedy mamy zajęcia ze śmiechoterapii, możemy zwracać na to uwagę, a to jest naprawdę niezwykle ważne! Myślę, że każdy (możemy nawet zrobić głosowanie) chce iść raczej do lekarza, który się uśmiecha, a nie do smutnego, zawsze poważnego.

M.S.: A więc tak naprawdę każdy może wystawić bezpłatną receptę na bezpłatny lek bez skierowania?

M.K.: Tak. Ale to poprawia też jakość naszego życia. Ile razy był pan u lekarza, którego humor się panu udzielił, wprowadził w dobry nastrój, bo się razem pośmiaлиście? Jeżeli lekarz potrafi się czasami pośmiać z pacjentem, to dzień jest od razu lepszy, lepiej idzie mu praca. ■



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/laptop-1209008/Free-Photos

Kiedy pacjent szuka sobie choroby w sieci...

Cyberchondria – skomplikowana nazwa, za którą kryje się wielka ludzka niepewność. Oznacza ona, mówiąc w skrócie, skłonność do wzmożonego zamartwiania się swoim stanem zdrowia i nadmiernego poszukiwania informacji w internecie na temat rzekomych objawów oraz odczuwanych dolegliwości. Wbrew oczekiwaniom, że takie działanie nas uspokoi, lęk narasta, co negatywnie odbija się na jakości życia. Obecne czasy sprzyjają tej dolegliwości, bo wiążą się ze wzmożonym poczuciem niepewności i przeniesieniem naszego życia do internetu.

Dlatego Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu rozpoczynają realizację dużego, ogólnopolskiego projektu badawczego dotyczącego cyberchondrii. Wszystkich dorosłych respondentów naukowcy proszą o wypełnienie ankiety: <https://bit.ly/cyberchondriacovid>. Wyniki badań pozwolą poznać skalę zjawiska i przygotować na tej podstawie odpowiednie programy prewencyjne i terapeutyczne, które pomogłyby się z nim uporać.

Maciej Sas



Gdyby nie epidemia, odbyłyby się cztery różne fety. W czterech różnych miejscach i o specjalnie wyznaczonych godzinach. A tymczasem, ostatniego dnia przed długim majowym weekendem 2020 roku mało kto zauważył skromną furgonetkę zakładu kamieniarskiego z Nowego Świętowa, niespiesznie krążącą między klini-
kami. Tego dnia „zawieszone” okazało się dokładnie wszystko. Zajęcia akademickie, tablice i przynależne im uroczystości.

Zakup czterech tablic upamiętniających zasłużonych polskich profesorów częściowo dofinansowała Komisja Historyczna Dolnośląskiej Rady Lekarskiej pod kierownictwem dr hab. Barbary Bruziewicz-Mikłaszewskiej.

► Tablica ku czci prof. Adriana Demianowskiego zawisła przed wejściem do Kliniki Psychiatrii we Wrocławiu (Wybrzeże L. Pasteura 10). Tę i trzy inne tablice zamontowano lub przygotowano do montażu dzięki staraniom dr. hab. n. med. Krzysztofa Wroneckiego, prof. nadzw. (trzeci od prawej). A w skromnej uroczystości wzięła udział prof. dr hab. n. med. Joanna Rymaszewska, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz rezydenci.



UROCZYSTOŚCI ZAW

Kończy się kwiecień, niesłychanie upalny. Pierwszy miesiąc epidemii, a zarazem zamkniętych szkół wyższych. Dziś, w ciągu kilku godzin na terenie Uniwersytetu Medycznego mają zostać zamontowane lub przygotowane do montażu cztery tablice ku czci jego dawnych, a wielce zasłużonych polskich profesorów. W wyludnionym kampusie, przez który prze-
mykają się cicho pojedyncze postacie, skromna grupa obserwuje historyczny moment. Komitet organizacyjny tworzą prof. Krzysztof Wronecki i pracownicy dzielnie trwający na stanowiskach mimo toczącej się epidemii, czy wręcz gospodarze obiektów. Uroczysty pochód składa się z fotografa Adama Zadrzywskiego i panów montujących tablice w ścianach klinik, gabinetów i korytarzy. Obecnie nikogo nie dziwi komitet powitalny w kolorowych maskach, podobnie jak „zamaskowane” prezydium honorowe.

Przy Pasteura 10

Pierwszy na miejsce honorowe dociera prof. Adrian Demianowski (1887-1959), powojenny kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej. Monterzy długo mierzą, zanim zdecydują się na wiercenie i kucie. Najpierw zdejmą tablicę informacyjną obiektu, wykonaną ze sztucznego tworzywa. Dopinguje ich spora grupa, w tym uśmiechnięta prof. dr hab. n. med. Joanna Rymaszewska, kierownik katedry i kliniki, w otoczeniu swoich rezydentów. Panowie ze Świętowa z niemałym trudem instalują tablicę profesorską. Co za uroczystość! Ale rozmowy toczą się wokół czegoś zupełnie innego:

- Będzie sesja?
- Rektor zdecydował, że egzaminy odbędą się przed komputerem.
- A ściąganie?
- Będą tak siedzieć, żeby było widać ręce. Ręce niewidoczne, to obłął.
- Tablica już wisi. Profesor Rymaszewska robi sobie pamiątkowe zdjęcie z rezydentami. Jeszcze kilka chwil, bo rozmowę z prof. Wroneckim trudno zakończyć w pół zdania. Zawsze znajdzie się coś nowego.
- Pani profesor? – słuchać nieśmiały głos.
- Ach, mamy przyjęcie!

Profesor Rymaszewska, niezmiennie uśmiechnięta, żegna się i lekko, zgrabnie ucieka do kliniki. Za nią, jak stado kaczątek, idą podopieczni.

Pierwsza tablica odsłonięta, więc jedziemy dalej.



Tekst Aleksandra Solarewicz

Fot. A.S.

IESZONE

Profesor Joanna Rymaszewska, niezmiennie uśmiechnięta, żegna się i lekko, zgrabnie ucieka do kliniki. Za nią, jak stado kaczek, idą podopieczni. Pierwsza tablica odslonięta, więc jedziemy dalej.

Na Chałubińskiego 10

Za studentami tęsknią tutaj już wszyscy. Od kierownik Katedry i Zakładu Fizjologii, prof. dr hab. Beaty Ponikowskiej, po krzątające się tu dzisiaj panie sprzątaczk. A czas zatrzymał się w budynku z czerwonej cegły.

Białe drzwi w pustym korytarzu, jedno po drugich nadal oklejone kartkami: „Zajęcia zostały zawieszone. W najbliższych dniach podamy szczegóły...”. Profesor Ponikowskiej nie ma teraz w jej gabinecie, ale to tu ma być czasowo zdeponowana tablica prof. Andrzeja Klisieckiego (1895-1975).

– To według tego portretu wykonana była płaskorzeźba na tablicy – tłumaczy prof. Wronecki i fotografuje się na tle tych dwóch podobizn profesora. W gabinecie stary piec kaflowy, portret starszego pana z pieskiem, biurko i książki, książki... Profesor Klisiecki, nauczyciel AM i pierwszy rektor obecnej AWF – nie opuścił tego gabinetu, choć minęło 45 lat. Spogląda z portretu i najwyraźniej wciąż czuje się tu jak w domu.

Wybrzeże Pasteura 1 i pusty rektorat

Rektorat bez rektora, a katedra bez studentów. I my w takich okolicznościach szukamy miejsca dla prof. Zygmunta Alberta (1908-2001), pierwszego rektora powojennej Akademii Medycznej. Przewodnikiem w willi przy Wybrzeżu Pasteura 1 jest nam prof. Michał Jeleń, konsultant naukowy Zakładu Patomorfologii, były prorektor uczelni i uczeń prof. Alberta. Dobrze pamięta profesora z Zakładu, czeka już przed bramą i jest wyraźnie poruszony. Prosi o zdjęcia z tablicą przed wejściem do rektoratu. Teraz do góry.

– Gdzie go umieścimy? Kancelaria rektora jest najbardziej godna, ale tam za mało miejsca.

– O tu! – sekretarka doświadczonym okiem ogarnia ścianę na klatce schodowej.

– Tu, przy tablicy poświęconej polskiem profesorom, zamordowanym przez Niemców latem 1941 we Lwowie.

– To najlepsze miejsce – chwali prof. Wronecki – przecież to prof. Albert prowadził dociekania nad okolicznością zbrodni i zabiegał o upamiętnienie.

Z oczywistych względów tablica prof. Zygmunta Alberta nie będzie dzisiaj zamontowana. Zostanie na razie w gabinecie rektorskim. Ale miejsce na półpiętrze jest przygotowane. Między schodami wiodącymi od dołu a tymi idącymi w górę. Kiedy spojrzeć na nie z oddalenia, uderza znaczenie tego miejsca. Przystanek między tym, co było, a tym, co dopiero nastąpi.

Borowska 213.

Czy rektor zaakceptuje?

Wejście do USK jest pilnie strzeżone przez ochronę oraz służby sanitarne. Ale jak tu nie wpuścić samego rektora? Tablica prof. Stanisława Iwankiewicza (1920-2012)... znika. Tajnymi drogami trafia na tyły budynku, skąd przemyślnym sposobem wędruje na teren Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi w oddległym budynku K.

Teraz prosimy przepuścić organizatorów! Profesor Wronecki dopełnia formalności i zanim cokolwiek zauważam, znika. Gdzie on jest? Nie wiem. A telefon został w jego samochodzie. Trudno. Kartka do wypełnienia, temperatura do zmierzenia i daję nura w labirynt. I to tak, żeby spotkać jak najmniej osób, dotknąć jak najmniej klamek i guzików. Tu zamknięte, tam zablokowane, tu znów zakaz (do odwołania). Pusto. Nie ma kogo zapytać. Winda, piętro, korytarz. Ratunku! Grzęznę między Oddziałem Ginekologii i Otolaryngologią, tyle że... od niewłaściwej strony, bo drzwi są zamykane na klucz, i mogę pocałować klamkę. Nagle z windy wysiada szczupły lekarz z telefonem przy uchu. Przypadek sprawił, że to »



► Tablica prof. Andrzeja Klisieckiego została tymczasowo zdeponowana w gabinecie prof. dr hab. Beaty Ponikowskiej mieszczącym się w Katedrze i Zakładzie Fiziologii przy ul. Chałubińskiego 10 we Wrocławiu.

▼ Rektorat bez rektora, a katedra bez studentów. I my w takich okolicznościach szukamy miejsca dla prof. Zygmunta Alberta, pierwszego rektora powojennej Akademii Medycznej. Przewodnikiem w willi przy Wybrzeżu Pasteura 1 jest nam prof. Michał Jeleń, konsultant naukowy Zakładu Patomorfologii, były prorektor uczelni i uczeń prof. Alberta.



idzie sam kierownik Kliniki dr hab. n. med. Tomasz Zatoński. Otwiera drzwi, idziemy w dobrym kierunku, bo z odległości już słysząc, jak prof. Wronecki pogodnie gawędzi z lekarzami.

Na progu gabinetu dr. hab. Zatońskiego leży już granitowa tablica, z której spogląda surowo profesor Iwankiewicz. No tak.

– Ja myślę, że on byłby zły o tę otolaryngologię – mówi z uśmiechem dr hab. Zatoński – bo przecież całe życie poświęcił chorobom ucha.

Profesor Wronecki potwierdza, że rektor senior był szorstkim żołnierzem, ale przecież zaradnym gospodarzem uczelni. Miał talent organizacyjny.

– To on załatwił teren pod budowę Nowej Akademii – przypomina prof. Wronecki.

Można wizerunek prof. Iwankiewicza zainstalować w kampusie przy Curie-Skłodowskiej, bo tam pracował całe życie, można go tak samo upamiętnić między weteranami Powstania, a także wśród harcerzy. Ale właśnie postanowiono, że pozostanie profesor na Borowskiej, na Otolaryngologii. Białoczerwonych wstęg dziś nie ma, poczet tworzą prof. Wronecki i dr hab. Zatoński, a białe rękawiczki zastępują niebieskie rękawiczki lateksowe. To surowe warunki specjalne, do których prof. Iwankiewicz był przyzwyczajony.

Kiedy doczekamy się uroczystości dla rektora w latach 1972-1978?

– Zapewne w nowym roku akademickim, w ramach obchodów 70-lecia uczelni – zastanawiają się głośno prof. Wronecki i dr hab. Zatoński.

Ale dobrze, że już dziś udało się zainstalować tę granitową płytę, choć stało się to w biegu i w szczupłym kręgu umówionych i przypadkowych widzów.

Majstrzy kończą swoją pracę, dokręcając ozdobne śruby. Doktor Zatoński żegna się i wraca do pracy w gabinecie. Wychodzę z kliniki pod palące promienie słońca, mijając pacjentów, wojskowych i taksówkarzy. Epidemia nauczyła, żeby niczego nie odkładać na potem. Tym bardziej odległej przeszłości. ■

► Tablica prof. Stanisława Iwankiewicza znika. Tajnymi drogami trafia na tyły budynku USK przy ul. Borowskiej 213, skąd przemysłowym sposobem wędruje na teren Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi w odległym budynku K. Na zdjęciu kierownik Kliniki dr hab. n. med. Tomasz Zatoński i dr hab. n. med. Krzysztof Wronecki, prof. nadzw.

PROFESOR DR HAB.
PIOTR PONIKOWSKI

REKTOREM

Uniwersytetu Medycznego We Wrocławiu

Spółeczność akademicka Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu dokonała wyboru, powierzając funkcję rektora w kadencji 2020-2024 prof. Piotrowi Ponikowskiemu.

Profesor Piotr Ponikowski ze swoją uczelnią związany jest już blisko 40 lat, był jej studentem – dyplom z wyróżnieniem, pracownikiem, w 2019 r. został kierownikiem Centrum Chorób Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym. Od 2016 roku pełni funkcję prorektora ds. nauki, a od sierpnia 2019 roku pełni obowiązki rektora.

Jest uznanym kardiologiem – w kadencji 2017-2019 był prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, członkiem Zarządu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2012-2014. Kierował licznymi projektami naukowymi – w tym międzynarodowymi – dotyczącymi leczenia niewydolności serca, choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego.

Jest współautorem ponad 750 prac ogłoszonych drukiem w recenzowanych czasopismach naukowych, które cytowane były łącznie ponad 95 000 razy. Jako jeden z nielicznych reprezentantów Polski w latach 2016-2019 uwzględniany jest w prestiżowym Thomson Reuters Ranking „The World's Most Influential Scientific Minds” – wśród najbardziej wpływowych naukowców świata.

Był wielokrotnie nagradzany, w tym w 2015 roku Medalem Prezydenta Wrocławia „Zasłużony dla Wrocławia”, w 2018 roku Złotym Krzyżem Zasługi Prezydenta RP za dorobek naukowy, Nagrodą Prezesa Rady Ministrów za wybitny dorobek naukowy oraz – wspólnie z prof. Stefanem Ankerem z Berlina – prestiżową polsko-niemiecką nagrodą naukową Copernicus, przyznaną przez Fundację na rzecz Nauki Polskiej i Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG).

Prywatnie prof. Piotr Ponikowski znany jest ze swojej pasji do maratonów, wolne chwile najchętniej spędza przygotowując się do kolejnego biegu.

Dziękując za wybór, rektor-elekt podkreślał, że nowa kadencja będzie szczególnym wyzwaniem ze względu na konsekwencje trwającej epidemii. – Powinniśmy nie tylko radzić sobie z jej skutkami, ale także szukać szans na rozwój – mówił prof. Piotr Ponikowski. W priorytetach wymieniał pracę nad nowym programem nauczania, rozwój badań klinicznych, koncentrację bazy klinicznej przy ul. Borowskiej, a przede wszystkim inwestowanie w ludzi. – Musimy zmienić sposób myślenia o zarządzaniu uczelnią, dostosować ją do dzisiejszych wyzwań i możliwości. Nie zrobimy tego bez zaangażowanych i zmotywowanych pracowników, dlatego dziękując za mandat, proszę Państwa o współpracę i wspólne działanie. Dyskutujmy, szukajmy najlepszych rozwiązań i wspólnie pracujmy nad ich wdrożeniem. Cel mamy jasny – z dumą mówić – ja tutaj pracuję – to moja uczelnia, to mój szpital – apelował nowo wybrany rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. ■

Biuro prasowe UMW



Fot. z archiwum UMW

Elektorzy dokonali wyboru. Profesor Piotr Ponikowski stanie na czele Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na kadencję 2020-2024. Głosowanie odbyło się w formie elektronicznej. Wyniki były jednoznaczne. Za wyborem prof. Piotra Ponikowskiego na funkcję rektora były 93 osoby, nikt nie był przeciw i nikt nie wstrzymał się od głosu. Frekwencja w wyborach wyniosła 100 procent, to znaczy, że każdy z elektorów oddał głos.

GRATULACJE

Z wielką radością przyjęliśmy wiadomość o wyborze Jego Magnificencji na stanowisko rektora Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Bez wątpienia jest to wyraz uznania dla zalet, umiejętności i dokonań Pana Profesora w kierowaniu uczelnią w trudnych czasach.

Życzymy Jego Magnificencji konsekwentnego osiągnięcia zamierzonych celów, zarówno w życiu naszej Alma Mater, jak i w życiu prywatnym. Wierzymy głęboko, że pod Pana zarządem uczelnia jeszcze w większym stopniu stanie się kuźnią naukowych talentów i twórczego wysiłku.

W imieniu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr n. med. Paweł Wróblewski, prezes DRL

OPOWIEŚĆ

Tekst Agata Grzebińska

Jest rok 2000. Środa, 10 maja. W ogrodzie przy ul. Żeromskiego w Bielowie, na zapleczu praktyki lekarza rodzinnego Wiesława Iwanowskiego, spotyka się dziesięć osób: Anna Brzostowicz, Dorota Frydryszak, Wiesław Iwanowski (gospodarz spotkania), Jacek Krajewski, Leszek Pałka, Piotr Polański, Elżbieta Protasiewicz, Dariusz Struski, Jan Wolańczyk. Są lekarzami medycyny rodzinnej – pionierami specjalizacji, która w tamtym czasie stawia w Polsce pierwsze kroki. Nie mają wątpliwości, że system podstawowej opieki zdrowotnej, oparty na medykach dobrze znających swoich pacjentów, ich rodziny i środowisko, w którym żyją, to świetne rozwiązanie, z powodzeniem od lat działające w Wielkiej Brytanii i Holandii. Są odważni – wybrali ścieżkę, którą w Polsce nikt przed nimi nie szedł. Są ambitni, przedsiębiorczy i świetnie wykształceni – wielu z nich szkoliło się za granicą, m.in. w Holandii i Hiszpanii. Są zdeterminowani – wiedzą, że tylko jednocząc siły, będą w stanie rozmawiać jak partnerzy, a nie jak petenci z państwowym płatnikiem, noszącym wówczas imię Kasa Chorych (poprzedniczka Narodowego Funduszu Zdrowia). Dysponent publicznych pieniędzy nie od razu rozumie, z kim ma do czynienia. Nie docenia przedsiębiorców z Dolnego Śląska, którzy odważyli się otworzyć firmy, zatrudnić ludzi, wynająć lub kupić lokale i przy tym leczyć ludzi w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Kasa Chorych, oferując mizerne stawki, stawia wygórowane wymagania i oczekuje działań, których prowadzący własne praktyki często nie są w stanie spełnić. Negocjacje lekarzy rodzinnych z Kasą Chorych przypominają starcie Dawida z Goliatem. Tak jest do wspomnianej środy, 10 maja 2000 roku, kiedy to kilkoro właścicieli przychodni rodzinnych z Dolnego Śląska postanawia zjednoczyć siły i powołuje



...O SILE WIĘZI. 20 LAT RAZEM

Jest rok 2000. Środa, 10 maja. W ogrodzie przy ul. Żeromskiego w Bielowie, na zapleczu praktyki lekarza rodzinnego Wiesława Iwanowskiego, spotyka się dziesięć osób: Anna Brzostowicz, Dorota Frydryszak, Wiesław Iwanowski (gospodarz spotkania), Jacek Krajewski, Leszek Pałka, Piotr Polański, Elżbieta Protasiewicz, Dariusz Struski, Jan Wolańczyk. Są lekarzami medycyny rodzinnej – pionierami specjalizacji, która w tamtym czasie stawia w Polsce pierwsze kroki.

do życia Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców. Wkrótce dołączają do nich kolejni lekarze z województwa, a koledzy z innych regionów zakładają podobne organizacje na swoim terenie. Niecałe cztery lata później pięć lokalnych związków łączy siły i powołuje do życia Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”.

Dwadzieścia lat później DZLR-P liczy 166 członków, zatrudniających w sumie 1300 pracowników, ma pod opieką 600 000 pacjentów. Związek nie jest już petentem zdanym na łaskę i niełaskę wszechwładnego płatnika, ale silnym partnerem, który siada do twardych negocjacji i prowadzi je na równych zasadach.

– Z organizacji, która powstała po to, żeby bronić naszych interesów i nas przed zachłannością płatnika państwowego, chcącego narzucić nam jarzmo działań bardzo często ponad nasze siły i w dodatku nietworzącego odpowiednich warunków, staliśmy się równoprawnym partnerem – mówi lek. Jacek Krajewski, prezes Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców. – Z tych, którzy mieli pokazywane, co mają robić, zmieniliśmy się w tych, którzy proponują pewne kierunki, w jakich powinna zmierzać polityka zdrowotna w Polsce.

W ciągu 20 lat zmienili się i dołączyli nowi partnerzy. Kasę Chorych zastąpił Narodowy Fundusz Zdrowia. Związek stał się organizacją podejmującą wspólne działania z uczelniami medycznymi, samorządami, Ministerstwem Zdrowia. Obecnie wchodzi w nowy obszar działań – społeczną odpowiedzialność biznesu, wpływa na otoczenie i współtworzy reguły, w których działa.

– Dojrzeliliśmy, zmieniliśmy się z tych, którym polecano, w tych, których się słucha. Nie mówimy władzy, co ma robić, ale przedstawiamy swój punkt widzenia, a władza słucha nas z uwagą i w efekcie bardzo często stosuje nasze rozwiązania – dodaje prezes Jacek Krajewski.

Jaki jest przepis lub raczej w tym przypadku recepta na tak udaną terapię systemu i rozwój organizacji branżowej? – Podstawą sukcesu jest więź międzyludzka, zaufanie, praca i skuteczność – wylicza lek. Jacek Krajewski. – Od 20 lat działamy w niezmiennym składzie, zarówno liderów, jak i ludzi, którzy weszli do Związku. Mamy do siebie zaufanie, łączą nas silna więź, ciężko pracujemy i dlatego jesteśmy skuteczni. ■

Fot. z archiwum DZLR-P



Fot. z archiwum „Medium”

PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

4 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 585.

Rozporządzenie określa sposób postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi w przypadku osób zmarłych na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Osoby bezpośrednio zaangażowane w proces dekontaminacji ciała i jego otoczenia oraz przygotowania do przewozu zwłok zmarłego zakażonego wirusem SARS-CoV-2 oraz mające bezpośredni kontakt ze zwłokami są zabezpieczane w następujące środki ochrony indywidualnej:

- kombinezon albo długi fartuch ochronny i czepek na głowę;
- jednorazową maskę zakrywającą otwory oddechowe, a do czasu umieszczenia zwłok w ochronnym, szczelnym worku maskę z filtrem co najmniej klasy N95/FFP2;
- gogle lub przyłbicę ochronną – jednorazową lub poddaną uprzednio procedurze dekontaminacyjnej;
- jednorazowe rękawice nitrylowe (optymalnie długie).

25 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 21 kwietnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kas rejestrujących, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 732. »

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



Zgodnie ze zmianą wprowadzoną w rozporządzeniu **dokument w postaci elektronicznej** oznacza utworzony przez kasę online zbiór ustrukturyzowanych i uporządkowanych danych z dokumentów fiskalnych i niefiskalnych, zapisywanych w pamięci fiskalnej lub pamięci chronionej, w formacie określonym w protokole komunikacyjnym przesyłania danych w przypadku dokumentów fiskalnych.

Podatnicy prowadząc ewidencję, zapewniają stan techniczny kasy gwarantujący czytelny wydruk paragonu fiskalnego lub faktury w postaci papierowej, a w przypadku paragonu fiskalnego lub faktury w postaci elektronicznej – ich czytelny widok, umożliwiający nabywcy sprawdzenie prawidłowości dokonanej sprzedaży. Ponadto przed zatwierdzeniem paragonu fiskalnego lub faktury, w celu wyeliminowania oczywistych pomyłek w ewidencji, sprawdzają poprawność wystawianego dokumentu.

Podatnicy, prowadząc ewidencję przy użyciu kasy online, wystawiają:

- paragony fiskalne i paragony fiskalne anulowane w postaci papierowej i w postaci elektronicznej;
 - faktury i faktury anulowane w postaci papierowej i w postaci elektronicznej;
 - raporty fiskalne dobowe w postaci elektronicznej;
 - raporty fiskalne fiskalizacji w postaci papierowej i w postaci elektronicznej albo tylko w postaci elektronicznej;
 - raporty fiskalne okresowe, w tym miesięczne, w postaci papierowej;
 - raporty fiskalne rozliczeniowe w postaci papierowej;
 - łączne raporty fiskalne okresowe, w tym miesięczne, w postaci papierowej;
 - łączne raporty fiskalne rozliczeniowe w postaci papierowej;
 - raporty fiskalne zdarzeń w postaci papierowej;
 - dokumenty niefiskalne w postaci papierowej i w postaci elektronicznej albo tylko w postaci elektronicznej.
- zawierające kolejno dane określone w przepisach o wymaganiach technicznych (kryteriach i warunkach technicznych) dla kas.

Podatnicy, prowadząc ewidencję przy użyciu kas online, mogą wystawiać i wydawać nabywcy, za jego zgodą i w sposób z nim uzgodniony, paragon fiskalny lub fakturę w postaci elektronicznej. Jeżeli rozpoczęta sprzedaż nie zostanie dokonana, podatnik może wystawić paragon fiskalny anulowany lub fakturę anulowaną w postaci elektronicznej.

Ponadto, zmiany zostały wprowadzone w załączniku do rozporządzenia w części dotyczącej oświadczenia osoby, która prowadzi u podatnika ewidencję sprzedaży przy użyciu kasy rejestrującej, o zapoznaniu się z informacją o zasadach ewidencji.

26 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania uczelni medycznych w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 744.

W okresie od 26 marca 2020 r. do 24 maja 2020 r. na obszarze kraju ogranicza się funkcjonowanie uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra zdrowia przez:

- zawieszenie kształcenia na studiach, na studiach podyplomowych oraz w innych formach;
- ograniczenie obowiązku świadczenia pracy przez pracowników uczelni medycznych na ich terenie, z wyłączeniem przypadków, gdy jest to niezbędne do zapewnienia ciągłości funkcjonowania uczelni.

W powyższym okresie uczelnie medyczne, które dysponują infrastrukturą i oprogramowaniem umożliwiającymi prowadzenie zajęć z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, prowadzą zajęcia z wykorzystaniem tych metod i technik niezależnie od tego, czy zostało to przewidziane w programie kształcenia.

W przypadku prowadzenia zajęć w powyższy sposób weryfikacja osiągniętych efektów uczenia się określonych w programie kształcenia, w szczególności przeprowadzenie zaliczeń i egzaminów kończących określone zajęcia oraz egzaminów dyplomowych, może odbywać się poza siedzibą uczelni lub poza jej filią z wykorzystaniem technologii informatycznych zapewniających kontrolę przebiegu weryfikacji osiągniętych efektów uczenia się oraz jego rejestrację.

28 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 761.

Dopuszcza się przebywanie w tym samym pokoju dwóch lub większej liczby osób, w przypadku gdy:

- osoba lub osoby izolowane ze względu na wiek lub stan zdrowia wymagają wsparcia osoby towarzyszącej lub
- osoby izolowane są dla siebie osobami bliskimi w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

29 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie trybu przeprowadzania kontroli w podmiotach wykonujących czynności związane z pobieraniem, przechowywaniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 766.

Rozporządzenie określa zasady dotyczące kontroli przeprowadzanej za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub systemu łączności, w przypadku jej zlecenia przez ministra zdrowia.

30 kwietnia 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 775.

Kierownik podmiotu leczniczego umieszczonego w wykazie opracowanym przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w porozumieniu z wojewodą, wykonującego działalność leczniczą w rodzaju **świadczenia szpitalne**:

1. **wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub**
2. **w którego wyodrębnionej komórce organizacyjnej są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej wyłącznie**

w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

– opracowuje wykaz stanowisk pracy, na których osoby wykonujące zawód medyczny mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w tym uczestniczą w ich transporcie.

W przypadku podmiotu, o którym mowa w **pkt. 1**, w wykazie stanowisk umieszcza się **wszystkie stanowiska pracy**, na których osoby wykonujące zawód medyczny uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a w przypadku podmiotu, o którym mowa w **pkt. 2**, **wyłącznie stanowiska pracy, na których osoby wykonujące zawód medyczny uczestniczą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w wyodrębnionej komórce organizacyjnej** i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, o której mowa w pkt. 2.

Osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na stanowiskach określonych w wykazie stanowisk nie mogą uczestniczyć w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Ograniczenie to nie dotyczy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niewymagających bezpośredniego kontaktu z tymi pacjentami, w szczególności udzielania tych świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Kierownik podmiotu leczniczego informuje na piśmie wymienione osoby o objęciu ich ograniczeniem i określa jego termin, nie dłużej jednak niż do dnia zakończenia obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lub ustania zatrudnienia osoby objętej ograniczeniem w tym podmiocie.

Dzień końcowy objęcia ograniczeniem nie może przypadać wcześniej niż po upływie 14 dni od dnia zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na stanowisku określonym wykazem stanowisk.

Przekazanie informacji o objęciu ograniczeniem osoba, której to dotyczy, potwierdza pisemnie wraz ze wskazaniem daty doręczenia.

Wykaz stanowisk, wraz z listą zatrudnionych na nich osób obejmującą imię i nazwisko każdej osoby objętej ograniczeniem, jej numer PESEL i numer prawa wykonywania zawodu, kierownik podmiotu leczniczego przekazuje raz w miesiącu w postaci elektronicznej do właściwego miejscowo wojewody oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może, na wniosek kierownika podmiotu leczniczego, o którym mowa na wstępie, wyrazić zgodę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę wykonującą zawód medyczny mimo objęcia jej ograniczeniem. Informacja o wyrażeniu zgody jest przekazywana niezwłocznie na piśmie wnioskodawcy, osobie, której dotyczy wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego oraz wojewodzie.

Wniosek wnosi się do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ właściwego ze względu na miejsce działania podmiotu leczniczego, w którym udziela świadczeń zdrowotnych osoba wykonująca zawód medyczny objęta ograniczeniem.

Pracodawca inny niż podmiot leczniczy, o którym mowa na wstępie, zatrudniający pracownika będącego osobą objętą ograniczeniem, udziela temu pracownikowi, na jego wniosek, urlopu bezpłatnego.

Przekazanie osobie wykonującej zawód medyczny informacji o objęciu jej ograniczeniem, stanowi podstawę do zaprzestania w ustalonym okresie:

- świadczenia pracy na podstawie innej niż stosunek pracy,
- wykonywania zawodu medycznego w formie praktyki zawodowej
- wykonywanych poza podmiotem leczniczym, o którym mowa na wstępie.

Przepisu tego nie stosuje się:

- w przypadku, gdy dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ wyraził zgodę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę wykonującą zawód medyczny mimo objęcia jej ograniczeniem;
- do osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na stanowiskach określonych w wykazie stanowisk, które nie mogą uczestniczyć w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w przypadku gdy udzielając świadczeń w innych podmiotach nie mają bezpośredniego kontaktu z pacjentami innymi niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

30 kwietnia 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 776.

Czas trwania stażu podyplomowego ulega przedłużeniu w przypadku niezrealizowania przez lekarza, lekarza dentystę programu stażu podyplomowego w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

Jeżeli lekarz, lekarz dentysta odbywający staż w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nie może realizować programu stażu, za czas nierealizowania programu stażu przysługuje mu wynagrodzenie, o ile zgłosił pracodawcy ustnie lub pisemnie gotowość do jego realizacji. Zgłoszenie dokonane ustnie wymaga dla swojej skuteczności późniejszego potwierdzenia w formie pisemnej (obowiązuje od 13 marca 2020 r.)

1 maja 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 788.

4 maja 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 784.

Zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, obejmuje następujące dane o: »



- przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz wynikach leczenia;
- wynikach przeprowadzonych konsultacji;
- przyczynie śmierci ubezpieczonego.

Informacje udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Informacje o przyczynach hospitalizacji i leczenia zawierają kod jednostki chorobowej. **Z żądaniem przekazania informacji występuje lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń.** Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o powyższe informacje wymaga zgody ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jej przedstawiciela ustawowego.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje posiadane informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wystąpienia o przekazanie informacji.

Zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od NFZ dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o te informacje wymaga zgody ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.

Wystąpienie zakładu ubezpieczeń do podmiotu wykonującego działalność leczniczą o przekazanie informacji zawiera oznaczenie zakładu ubezpieczeń, podstawę prawną upoważniającą do otrzymania informacji oraz jej zakres, imię i nazwisko lekarza upoważnionego przez zakład ubezpieczeń do wystąpienia o udzielenie informacji, informacje umożliwiające wyszukanie żądanych danych o ubezpieczonym lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia (imię i nazwisko, datę urodzenia, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli zakład ubezpieczeń dysponuje tą informacją).

Do wystąpienia dołącza się informację o wyrażeniu zgody ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jej przedstawiciela ustawowego, wraz ze wskazaniem daty i formy wyrażenia tej zgody.

Informacje o stanie zdrowia podpisuje osoba wykonująca zawód medyczny upoważniona przez podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązany do ich udzielenia.

Wysokość opłat za udzielenie informacji określa podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązany do udzielenia informacji, z uwzględnieniem kosztów poniesionych przez ten podmiot niezbędnych do wytworzenia, przetworzenia i udzielenia informacji.

4 maja 2020 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 797 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 kwietnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o odpadach.

7 maja 2020 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 817 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia.

8 maja 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 maja 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie orzekania o zdolności do zawodowej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 811.

W przypadku gdy termin wykonania albo przeprowadzenia badania okresowego, przeprowadzanego w celu oceny zdolności fizycznej i psychicznej do pełnienia zawodowej służby wojskowej w powietrzu, służbie naziemnego zabezpieczenia lotów i służbie inżynierjno-lotniczej oraz na okrętach wojennych i innych jednostkach pływających marynarki wojennej, a także w charakterze nurków i płetwonurków, upływa w okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ogłoszonego na obszarze RP w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, termin wykonania albo przeprowadzenia badania okresowego przedłuża się o 6 miesięcy od dnia odwołania stanu:

- epidemii ogłoszonego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 lub
- zagrożenia epidemicznego w przypadku ponownego jego ogłoszenia na obszarze RP w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

11 maja 2020 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 830 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 maja 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

11 maja 2020 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 836 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 maja 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

13 maja 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 847.

Opieka w izolatorium polega na zapewnieniu opieki zdrowotnej personelu medycznego w zakresie określonym w standardzie organizacyjnym osobom, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 lub podejrzenie zachorowania.

Do objęcia opieką w izolatoriach kwalifikują się wymienione osoby, od których pobrano materiał biologiczny w celu wykonania testu na obecność wirusa SARS-CoV-2, skierowane na piśmie do izolatorium przez lekarza szpitala albo przez państwowego inspektora sanitarnego, z jednoczesnym powiadomieniem podmiotu leczniczego, wykonującego działalność leczniczą w rodzaju leczenia szpitalnego zapewniającemu opiekę zdrowotną w izolatorium.

13 maja 2020 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 849 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 maja 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

13 maja 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 850.

W przypadku upływu okresu ważności zaświadczeń potwierdzających status uczestnictwa w szkoleniu w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień oraz programie szkolenia w zakresie instruktora terapii uzależnień, w czasie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, okres ten ulega przedłużeniu na okres ogłoszenia jednego z tych stanów oraz do upływu 12 miesięcy następujących po dniu odwołania stanu, który obowiązywał jako ostatni.

14 maja 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 4 maja 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 809.

Wzór Elektronicznej Karty Szkolenia Specjalizacyjnego jest określony w przepisach rozporządzenia w sprawie odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Do szkoleń specjalizacyjnych wszczętych i niezakończonych przed 1 maja 2017 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

15 maja 2020 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 857 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

15 maja 2020 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 870 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 maja 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

16 maja 2020 r. weszła w życie Ustawa z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, opublikowana w Dz. U. z 2020 r., poz. 875.

ZMIANY WPROWADZONE W USTAWIE O ODPADACH

W okresie do 31 grudnia 2020 r. dopuszcza się sporządzanie dokumentów ewidencji odpadów w formie papierowej, z tym, że prowadzenie karty przekazania odpadów w formie papierowej jest dopuszczalne, jeżeli przekazujący odpady wystawi kartę przekazania odpadów w tej formie. W tym przypadku kierujący środkiem transportu, którym są transportowane odpady, jest obowiązany posiadać w trakcie transportu odpowiednio kartę przekazania odpadów lub jej kopię, sporządzoną w formie papierowej.

Podmioty zobowiązane do uzyskania wpisu do rejestru mogą prowadzić ewidencję odpadów na powyższych zasadach, przed jego uzyskaniem i nie stosują numeru rejestrowego na dokumentach przekazania odpadów.

W terminie do 31 grudnia 2020 r. do podmiotów, które złożyły wnioski o wpis do rejestru, nie stosuje się przepisów dotyczących administracyjnej kary pieniężnej za prowadzenie działalności bez wymaganego wpisu.

Wytwórcy odpadów zobowiązani do prowadzenia ich ewidencji, mający obowiązek sporządzenia sprawozdań za rok 2019, składają je w terminie do 31 października 2020 r.

16 maja 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 878.

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.

Powyższych obowiązków nie stosuje się w przypadku przekraczania granicy państwowej stanowiącej granicę wewnętrzną w strefie Schengen, w ramach wykonywania czynności zawodowych, służbowych lub zarobkowych w RP lub w państwie Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) przez osoby wykonujące te czynności w tych państwach. Przepisu nie stosuje się w przypadku, gdy realizacja obowiązku odbycia obowiązkowej kwarantanny rozpoczęła się przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Testy diagnostyczne w kierunku SARS-CoV-2, finansowane ze środków publicznych, są zlecane wyłącznie za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, z wyjątkiem testów zlecanych przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w tym opiekę zdrowotną w izolatorium, które zlecają ich wykonanie za pośrednictwem systemu teleinformatycznego stanowiącego moduł Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 prowadzonego przez Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

Do odwołania zakłady pracy są obowiązane zapewnić:

- osobom zatrudnionym niezależnie od podstawy zatrudnienia rękawiczki jednorazowe lub środki do dezynfekcji rąk;
- odległość między stanowiskami pracy wynoszącą co najmniej 1,5 m, chyba że jest to niemożliwe ze względu na charakter działalności wykonywanej w danym zakładzie pracy, a zakład ten zapewnia środki ochrony osobistej związane ze zwalczaniem epidemii COVID-19.

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

- prowadzenia usług rehabilitacyjnych w ramach prewencji rentowej (ograniczenie obejmuje całkowity zakaz wykonywania usług rehabilitacyjnych realizowanych w ramach zamówień udzielanych przez ZUS);
- udzielania świadczeń w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego;
- udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu programów zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych w pojazdach (pracowni mobilnej);
- 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 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 wymienionych systemów, w tym przez telefon.

Wymóg dostarczenia oryginału skierowania nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia nie ma zastosowania do odwołania.

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

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, przy braku możliwości dostarczenia skierowania, świadczeniobiorca przekazuje w dniu udzielenia świadczenia skan albo zdjęcie skierowania za pośrednictwem tych systemów albo, jeżeli nie ma takiej możliwości, przekazuje świadczeniodawcy dane uwidocznione na tym skierowaniu

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 dnia odwołania 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 obowiązkowej 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 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.

Do odwołania lekarz lub felczer oraz diagnosta laboratoryjny mogą nie przekazywać odpowiednio formularzy: ZLK 1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej oraz ZLB 1 Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, dotyczących zakażenia SARS-CoV-2, pod warunkiem zlecenia wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 oraz przekazania jego

wyniku za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia.

W przypadku braku możliwości dołączenia do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w wyroby medyczne, potwierdzonej za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, kopii zrealizowanego zlecenia wprowadza się, do odwołania, możliwość dołączenia do wniosku potwierdzonej przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne kopii dokumentu potwierdzającego odbiór wyrobu medycznego, który zawiera unikalny numer identyfikacyjny nadany przez system informatyczny NFZ, wystawiony przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne wraz z fakturą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą odpłatną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup.

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

- w środkach publicznego transportu zbiorowego, na statkach oraz w pojazdach samochodowych, którymi poruszają się osoby niezamieszkujące lub niegospodarujące wspólnie;
- w miejscach ogólnodostępnych, w tym:
 - na drogach i placach, na terenie cmentarzy, parków, zieleńców, 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 wspólnych.

Powyższego obowiązku nie stosuje się w przypadku:

- pojazdu samochodowego, w którym przebywają lub poruszają się: jedna osoba albo jedna osoba z co najmniej jednym dzieckiem do ukończenia 4. roku życia albo osoby zamieszkujące lub gospodarujące wspólnie;
- dziecka do ukończenia 4. roku życia;
- osoby, która nie może zakrywać ust lub nosa z powodu stanu zdrowia, całościowych zaburzeń rozwoju, zaburzeń psychicznych, niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym, znacznym albo głębokim, lub osoby mającej trudności w samodzielnym zakryciu lub odkryciu ust lub nosa (okazanie orzeczenia lub zaświadczenia w tym zakresie nie jest wymagane);
- osoby wykonującej czynności zawodowe, służbowe lub zarobkowe w budynkach, zakładach, obiektach, placówkach i targowiskach (straganach), z wyjątkiem osoby wykonującej bezpośrednią obsługę interesantów lub klientów w czasie jej wykonywania;
- kierującego środkiem publicznego transportu zbiorowego lub pojazdem samochodowym wykonującym zarobkowy przewóz osób, jeżeli operator publicznego transportu zbiorowego albo organizator tego transportu zapewniają oddzielenie kierującego od przewożonych osób w sposób uniemożliwiający styczność;

- kierującego statkiem, jeżeli urządzenie sterowe znajduje się w osobnym pomieszczeniu albo armator statku zapewni oddzielenie kierującego od przewożonych osób w sposób uniemożliwiający styczność, kierowców wykonujących przewozy drogowe w załodze;
- sprawującego kult religijny podczas jego sprawowania;
- żołnierza Sił Zbrojnych RP i wojsk sojuszniczych, a także funkcjonariusza Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego, wykonujących zadania służbowe, stosujących środki ochrony osobistej odpowiednie do rodzaju wykonywanych czynności;
- osoby, której miejscem stałego lub czasowego pobytu są budynki użyteczności publicznej przeznaczone na potrzeby wychowania, opieki zdrowotnej, społecznej lub socjalnej, chyba że zarządzający takim budynkiem postanowi inaczej;
- sędziego, trenera oraz osoby uprawiającej sport na terenie obiektów sportowych;
- osoby przebywającej na terenie lasu;
- jazdy konnej.

Odkrycie ust i nosa jest możliwe w przypadku:

- konieczności identyfikacji lub weryfikacji tożsamości danej osoby, a także w związku ze świadczeniem danej osobie usług, jeżeli jest to niezbędne do ich świadczenia;
- umożliwienia komunikowania się z osobą głuchą lub głuchoniemą;
- spożywania posiłków lub napojów w lokalu, ogródku gastronomicznym, wydzielonej strefie gastronomicznej.

16 maja 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 873.

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

20 maja 2020 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie trybu przyznawania pracownikom Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonującym czynności kontrolne dodatku specjalnego do wynagrodzenia oraz wysokości tego dodatku, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 804.

Państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu, zastępcy państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu oraz zastępcy państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, powołanym po 14 marca 2020 r., dodatek specjalny jest przyznawany za wykonywanie czynności kontrolnych również za okres przypadający przed dniem wejścia w życie rozporządzenia. ■



KOMUNIKAT W SPRAWIE JAKOŚCI MASECZEK

Naczelna Rada Lekarska mając na uwadze niezwykle trudną sytuację na początku pandemii i brak sprzętu ochrony indywidualnej w placówkach medycznych, pragnie złożyć serdeczne podziękowania wszystkim, którzy zaangażowali się w jego zakup, sprowadzenie do Polski i dystrybucję na terenie kraju.

Sprzęt zakupiony przez Fundację Lekarze Lekarzom został sprowadzony do Polski zgodnie z rekomendacjami i przy wsparciu Polsko-Chińskiej Rady Biznesu, która poleca tylko sprawdzonych i wiarygodnych dostawców. Wszystkie zamówione produkty posiadają komplet niezbędnych dokumentów dopuszczających do obrotu w Unii Europejskiej, a więc również w Polsce.

Przy zakupie wprowadziliśmy najwyższe procedury sprawdzenia wiarygodności dokumentacji oraz jakości zamówionego sprzętu. Strona chińska również przeprowadziła dodatkowe kontrole jakości. Sprowadzone przez nas towary posiadają więcej niż jeden certyfikat jakości oraz złożono nam deklaracje zgodności produktów.

Maski ochronne jak również pozostały sprzęt zostały rozdysponowane pomiędzy 24 okręgowe izby lekarskie, a te przekazały je, zgodnie ze zgłoszonym zapotrzebowaniem, do personelu medycznego oraz placówek medycznych, które w większości już je zużytkowały.

Magda Wiśniewska
przewodnicząca Konwentu Prezesów
Okręgowych Izby Lekarskich

Paweł Czekalski
przewodniczący Zespołu
odpowiedzialnego za zakup
i dystrybucję sprzętu

Andrzej Matyja
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

KOMUNIKAT KOMISJI SOCJALNEJ I DS. LEKARZY SENIORÓW DRL

Komisja Socjalna i ds. Lekarzy Seniorów Dolnośląskiej Rady Lekarskiej informuje, że od 22 maja 2020 r. nie będą przyjmowane wnioski lekarzy o dofinansowanie w związku z pandemią. Nie dotyczy to lekarzy i lekarzy dentystów, którzy chorowali na COVID-19.

dr Bożena Kaniak, wiceprezes DRL oraz przewodnicząca Komisji Socjalnej i ds. Lekarzy Seniorów DRL

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2020 roku

NR 43/2020

w sprawie zakupu programu komputerowego Lex Premium

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na zakup programu komputerowego Lex Premium na okres 12 miesięcy za kwotę 41 952,23 zł brutto.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 30 kwietnia 2020 roku

NR 47/2020

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

NR 48/2020

w sprawie sfinansowania zakupu środków ochrony
indywidualnej dla lekarzy i lekarzy dentystów

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu przeznacza kwotę 200 tys. zł z Komisji Kształcenia, kwotę 50 tys. zł z Komisji Socjalnej, kwotę 20 tys. zł z Komisji Stomatologicznej, kwotę 17 tys. zł z Komisji Rewizyjnej, kwotę 20 tys. zł z Komisji Młodych Lekarzy, kwotę 35 tys. zł z Klubu Lekarza, kwotę 50 tys. zł z Funduszu Rezerwowego – łącznie 392 tys. zł na zakup środków ochrony indywidualnej dla lekarzy i lekarzy dentystów, członków Donośniej Izby Lekarskiej.

§ 2

Dolnośląska Rada Lekarska powołuje Zespół ds. zakupu i rozdysponowania środków ochrony indywidualnej dla lekarzy i lekarzy dentystów, członków Donośniej Izby Lekarskiej w składzie: przewodniczący delegatur, pełnomocnicy ds. stomatologii i ds. lekarskich w delegaturach, skarbnik DRL, sekretarz DRL oraz dyrektor biura DIL.

NR 49/2020

w sprawie poparcia inicjatywy nadania
nazwy ulicy we Wrocławiu imieniem
prof. dr. hab. Tadeusza Owińskiego

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu popiera inicjatywę Komisji Historycznej DRL nadania nazwy ulicy we Wrocławiu imieniem prof. dr. hab. Tadeusza Owińskiego w Jubileuszowym Roku Profesorów Lwowskich.

NR 50/2020

w sprawie zatwierdzenia projektu budżetu
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zatwierdza projekt budżetu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na 2020 rok stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

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

Cześć Jego pamięci!

Lekarz Jacek Karski

Jacek był lekarzem specjalistą dermatologiem. Miał ogromną wiedzę medyczną i ogólną, nosił w sobie ogromne pokłady cierpliwości, a do pacjentów podchodził z sercem. Jak na prawdziwego przyjaciela przystało, pomagał zawsze i wszędzie. Odszedł niespodziewanie w tragicznych okolicznościach, ale żyć będzie zawsze w naszej pamięci. Jaki obraz w nas pozostawił? Wrażliwej, artystycznej duszy. Człowieka renesansu – uzdolnionego muzycznie, plastycznie i literacko. Kochającego męża, ojca, brata, syna i przyjaciela.



Fot. z archiwum Rodziny

**Ur. 5.12.1964,
zm. 5.05.2020**

Jacek Karski był człowiekiem niezwykłym. Urodził się 5 grudnia 1964 r. w kochającej i szczęśliwej rodzinie. Miał starszego brata Ryszarda, który również został cennym lekarzem, i młodszą siostrę Ewę – świetną nauczycielkę. W swoim rodzinnym mieście – Świdnicy – mieszkał do momentu rozpoczęcia studiów na Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1983 roku.

Był prawdziwym człowiekiem renesansu – wszechstronnie uzdolnionym, wzorowym uczniem, uczestnikiem wielu olimpiad wiedzy w liceum, a jednocześnie osobą obdarzoną niezwyklej wrażliwością, artystyczną duszą. Miał talent plastyczny, dar swobodnego pisania, a także zdolności muzyczne. Jacek sam nauczył się grać na gitarze akustycznej i ostatnio na wymarzonej gitarze elektrycznej Fendera. W liceum grywał na perkusji w rockowym zespole. Miłość do muzyki towarzyszyła mu zresztą przez całe życie. Posiadał niezwyklej kolekcję płyt winylowych, uczestniczył w bardzo różnorodnych koncertach – od tych całkiem kameralnych, niszowych po słynne muzyczne festiwale takie jak Open'er Festival w Gdyni, OFF-Festival w Katowicach czy festiwal w Jarocinie. Jacka można było także zobaczyć w pięknej Operze Wrocławskiej czy Narodowym Forum Muzyki. Moje ostatnie spotkanie z Jackiem miało miejsce właśnie na koncercie – punkowego zespołu The Exploited we Wrocławiu. To wspomnienie jest dla mnie ważne, bo nas, lekarzy, często postrzega się jako niezwykle poważnych ludzi, których ciężka praca zupełnie odarła z młodzieńczej fantazji. Jacek zdecydowanie taki nie był.

Na studiach Jacka lubili wszyscy. Był zdolnym i bystrym studentem, a oprócz tego świetnie sprawdzał się w roli animatora różnorodnych działań. Zainteresowanie sportem sprawiło, że został członkiem Akademickiego Klubu Jeździeckiego, świetnie szusował na nartach, wędrował po górach. Podczas wspólnych spotkań i wyjazdów z taktem poskramiał nasze czasem zbyt ogniste temperamenty, pozostając przy tym duszą towarzystwa. Nasza studencka grupa była niezwykle urozmaicona, pełna mocnych i wyrazistych osobowości. Pod koniec V roku studiów poważne problemy zdrowotne poddały Jacka trudnej próbie, z której jednak wyszedł zwycięsko. Nie załamał się, zdobył upragniony dyplom, a nawet wraz z grupą przyjaciół wyjechał do Norwegii, by pracować przy malowaniu domów.

Życie osobiste Jacka było bardzo udane. Miłość połączyła Go z piękną blondynką Joanną, absolwentką Wydziału Stomatologii. Zakochani przeprowadzili się do Sulikowa (koło Zgorzelca) i wspólnie rozpoczęli pracę w miejscowej placówce POZ. Jacek zdobył specjalizację z dermatologii, uzyskał tytuł specjalisty II stopnia w 2005 roku. Nieprzerwanie poszerzał swoją wiedzę, uczestnicząc w licznych szkoleniach, warsztatach, konferencjach. Wielokrotnie konsultowałam z Jackiem problemy dermatologiczne dotyczące moich pacjentów, przyjaciół, rodziny. Zawsze służył fachową pomocą. Był lekarzem z powołania, niezwykle lubianym przez pacjentów, kolegów i koleżanki z pracy. Miał ogromną wiedzę, a także niezwyklej cierpliwość i serce dla swoich pacjentów. Na swojej dalszej drodze zawodowej związał się z ZOZ w Zgorzelcu, prowadził także prywatną praktykę w Bogatyni.

Kiedy na świecie pojawiła się ukochana córka Julia (obecnie studentka III roku studiów na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu) i nieco podrosła, cała rodzina Karskich przeprowadziła się do Zgorzelca. Dom Jacka i Asi był zawsze otwarty dla przyjaciół, wielokrotnie zdarzało się nam w nim gościć.

Rozmowy o Jacku zawsze prowadzą nas do tej samej konkluzji. Nasz przyjaciel był niezwykle życzliwym i empatycznym człowiekiem. W trudnej sytuacji nie oceniał, błędzących nie piętnował, starał się łagodzić spory. Myślę, że źródłem jego pięknej życiowej drogi był przede wszystkim dom rodzinny – najpierw kochający rodzice i rodzeństwo, a następnie wspaniała żona i córka, które wspierały Jacka nawet w najtrudniejszych momentach.

Cały czas inspirowała go sztuka i przyroda. Wielu z nas podziwiała piękne zdjęcia Jacka z jego licznych wędrowek z rodziną, z przyjaciółmi, a także tych samotnych po parku w Görlitz. Jako człowiek niezwykle wrażliwy, bardzo emocjonalnie reagował na to, co działo się w otaczającym nas świecie. Silnie przeżywał burzliwe wydarzenia w naszej ojczyźnie. Niósł pomoc, jednoczył nas, nie bacząc na nasze polityczne upodobania czy życiowe wybory. Swym prawdziwym człowieczeństwem wywarł głęboki wpływ na tych, którzy dzielili z Nim życie w relacjach bliższych i dalszych, w życiu rodzinnym, przyjacielskim, zawodowym. Pozostanie z nami na zawsze, głęboko w naszych sercach! *Non omnis moriar!* ■

Małgorzata Ludwińska
i Krzysztof Smolik



Doktor Jan Hołówka



Fot. z archiwum K.W.

Ur. 1939, zm. 2020

Od lewej: Jan Hołówka i Krzysztof Wronecki
w czasach studenckich

Doświadczony onkolog i ginekolog. Lekarz z powołania. Wieloletni przewodniczący Podkarpackiego Oddziału Polskiego Komitetu Zwalczania Raka. Organizator wielu inicjatyw społecznych, m.in. biegów „Wyganiamy raka” i rajdów „Żegnamy smog”. Honorowy obywatel Przemyśla. Dobry człowiek.

19 kwietnia 2020 r. zmarł w szpitalu w Lesku nasz Kolega Jasiu Hołówka, twórca onkologii w Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu. Był lekarzem z powołania. Jeszcze przed rozpoczęciem studiów medycznych pracował jako sanitariusz w Pogotowiu Ratunkowym w Przemyślu.

Będąc studentem Akademii Medycznej we Wrocławiu wymyślił wybory „Miss Dołęczków”. Pierwsze w historii odbyły się 8 marca 1967 r. w Domu Studenckim „Bliźniak”. Zwyciężyła studentka stomatologii Basia (późniejsza Zatońska). Dołęczki w policzkach, *impressionses digituli Amores* (wycisk paluszkami Amora), czyli rozszczepiony *musculus risorius*, były atrybutem najpiękniejszych Madonn Śląskich, i tej w Kruźlowej też (!).

Zimą, z okazji zakończenia studiów, spotkaliśmy się z Jasiem i Krzysiem Wroneckim w „Domku Myśliwskim” w większym gronie studentów, gdzie przygotowaliśmy pysznego grzańca – i ktoś go „dosolił”. By się nie zmarnował, został bohaterowo wypity, a Jasia okrzyknięto „Misterem Dołęczków”.

Jasiu był człowiekiem pełnym humoru. Żartował, tryskał pomysłami i dobrą energią. Przez wiele lat pro bono prowadził w Przemyślu onkologiczny telefon zaufania. Był lekarzem z pasją, społecznikiem z krwi i kości i dobrym człowiekiem.

Od lat pełnił funkcję przewodniczącego Podkarpackiego Oddziału Polskiego Komitetu Zwalczania Raka, propagując zdrowy styl życia poprzez organizację biegów „Wyganiamy raka” i rajdów „Żegnamy smog”. Będąc wieloletnim prezesem Przemyskiego Stowarzyszenia Przyjaciół Dobrego Wojaka Szwejka, swoich pacjentów zarażał optymizmem i humorem. Był miłośnikiem turystyki, sportu i historii swego ukochanego Przemyśla. Doprowadził do odsłonięcia pomnika Józefa Szwejka na przemyskim Rynku.

Zawsze mawiał, że najważniejsze jest przełamanie bariery strachu i udanie się do specjalisty. Niemal do końca życia, pomimo wieku, służył pacjentom i potrafił się śmiać, nawet przez łzy. *Non omnis moriar!* ■

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska

PRO MEMORIA



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/rose-1273727/Myriams-Fotos

Naszej Koleżance

Grażynie Światowskiej

wyrazy szczerego współczucia z powodu
śmierci

Taty

składają koleżanki i koledzy
z Koła Stomatologów DIL w Lubinie

Wyrazy głębokiego współczucia
i słowa wsparcia
w tych trudnych chwilach po stracie

Męża

dla naszej Koleżanki

Eli Latusińskiej

składają koleżanki i koledzy z Koła Lekarzy
Rodzinnych w Jeleniej Górze

Lek. Romanowi Nowakowi

wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Taty

składają
koleżanki i koledzy
z Koła Terenowego DIL w Świdnicy



Wyrazy głębokiego współczucia
Córcie Ewie i Synowi Piotrowi

z powodu śmierci

Mamy

dr n. med. Zofii Masztalerzowej

emerytowanego adiunkta

Katedry Stomatologii Zachowawczej

składają

przyjaciele i wychowankowie

prof. dr hab. Marek Ziętek, prof. dr hab. Urszula Kaczmarek,

dr n. med. Hanna Nowak-Malinowska,

dr n. med. Zofia Sozańska, dr n. med. Anna Malepszy,

dr n. med. Mirosława Kasiak

Nikt nie umiera na ziemi,
 dopóki żyje w sercach tych, którzy zostają.

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy,
 że 14 kwietnia 2020 roku odeszła od nas

Maria Tunkiewicz-Koledzińska

lekarz internista i specjalista medycyny pracy, związana
 z wałbrzyską górniczą służbą zdrowia, mieszkańcami

Wałbrzycha. Zostanie w naszej pamięci

jako „nasza Marysia”, wspaniała, dobry człowiek i lekarz.

Rodzinie i Przyjaciółom wyrazy szczerego współczucia
 składają

koleżanki i koledzy z Delegatury Wałbrzyskiej DIL

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
 śp.

lek. Marii Tunkiewicz-Koledzińskiej

specjalisty medycyny przemysłowej

Rodzinie składamy

wyrazy szczerego współczucia

Pracownicy Dolnośląskiego

Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

w Wałbrzychu

Odległość między życiem a śmiercią jest nieokreślona.
 Dlatego nikt nie wie, gdzie kończy się jedno, a zaczyna drugie.
 Edgar Allan Poe

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość
 o śmierci naszego Kolegi

lek. Zbigniewa Jastrzębskiego

Wyrazy szczerego współczucia najbliższej Rodzinie
 składają koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL
 w Zgorzelcu oraz wieloletni współpracownicy

**Panu prof. dr. hab.
 Waldemarowi Goździkowi**

kierownikowi Katedry i Kliniki

Anestezjologii i Intensywnej Terapii UMW

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają

pracownicy Zakładu Ratownictwa Medycznego UMW

Panu prof. Waldemarowi Goździkowi

kierownikowi Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej

Terapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składa

zespół lekarzy i pielęgniarek wraz z personelem pomocniczym
 II Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK
 we Wrocławiu

Wyrazy głębokiego współczucia

lek. Ewie Pawluk

z powodu śmierci

męża Jarosława

składają

koleżanki i koledzy z terenowego koła DIL w Świdnicy

Pani prof. Marcie Misiuk-Hojło

kierownikowi Katedry i Kliniki Okulistyki Uniwersytetu

Medycznego we Wrocławiu

wyrazy najgłębszego współczucia z powodu śmierci

Brata

składają

pracownicy Katedry i Kliniki Okulistyki we Wrocławiu

Panu Doktorowi

Łukaszowi Dorobiszowi

wyrazy głębokiego współczucia
 z powodu śmierci

Taty

składają koleżanki i koledzy

z Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym
 Szpitala im. T. Marciniaka we Wrocławiu



7 maja 2020 r. na cmentarzu św. Wawrzyńca
przy ul. Bujwida we Wrocławiu
pożegnaliśmy

dr n. med. Zofię Masztalerzową

nauczyciela akademickiego i wychowawcę wielu pokoleń
stomatologów

Rodzinie składamy wyrazy
głębokiego współczucia

Przewodnicząca i członkowie Komisji Historycznej DRL

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy,
że odeszła od nas

dr n. med. Zofia Masztalerzowa

Córce Ewie i synowi Piotrowi oraz ich Rodzinom
wyrazy głębokiego współczucia
składają

prof. dr hab. Urszula Kaczmarek
z pracownikami Katedry i Zakładu Stomatologii
Zachowawczej i Dziecięcej

Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy,
że po długiej i ciężkiej chorobie odeszła od nas
Nasza Koleżanka

lek. Jadwiga Dudziec

Wyrazy szczerzego współczucia Najbliższym
składają

koleżanki i koledzy z oddziału
Neurologii z Pododdziałem Udarowym
Szpitala im. T. Marciniaka we Wrocławiu

Żegnamy

lek. Jadwigę Dudziec

specjalistę neurologa

Składamy Rodzinie

wyrazy szczerzego współczucia

Koleżanki, koledzy, współpracownicy
z dawnego szpitala im. J. Babińskiego

Żegnamy najlepszego Przyjaciela,
Naszego Dobrego Ducha

dr. Jacka Karskiego

Przyjaciele z grupy XI
wrocławskiej Akademii Medycznej,
rocznik 1989

Asiu, Julciu – jesteśmy z Wami!

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszej kochanej koleżanki

lek. Małgorzaty Miller

Była wspaniałym lekarzem i człowiekiem.

Zespół z Oddziału Wewnętrznego A
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
im. J. Babińskiego we Wrocławiu

Doktor Danucie Pikulskiej-Warzecha

wyrazy szczerzego współczucia
z powodu śmierci dwóch szwagrów

Mieczysława i Stanisława

składa koleżanka
Grażyna Świątkowska

Elżbiecie Beacie Jankowskiej

wraz z Rodziną
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Męża

składa prof. dr hab. n. med. Beata Kawala z całym zespołem
Katedry Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji Uniwersytetu
Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Ludzie są razem nie tylko wtedy, gdy się znajdują obok siebie.
Z nami żyje także ten, który odszedł któregośmy pożegnali...

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszego
Kolegi

lek. Jacka Karskiego

Wyrazy szczerzego współczucia Żonie, Córce oraz Rodzinie
składają

koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL w Zgorzelcu
oraz wieloletni współpracownicy

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu nagłej śmierci

dr. Jacka Karskiego

specjalisty dermatologa i wenerologa
najbliższej Rodzinie

składają

pracownicy Kliniki Dermatologii, Wenerologii
i Alergologii we Wrocławiu
oraz

członkowie Oddziału Dolnośląskiego Polskiego
Towarzystwa Dermatologicznego



Kulturalnik lekarski

Opracowała Paulina Góra

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

Amanda Brown, *Lekarka więzienna*, JK Wydawnictwo, Łódź 2020.

Przypadki żądzą światem. Albo życiem. Z pewnością chwilą. W trakcie codziennych zakupów, szukając kolejnej pozycji z listy, można natknąć się na prawdziwy skarb. W wielkim koszu, wśród kuchennych przyborów, leżała odłożona w nieodpowiednie miejsce książka. W czasie pandemii książki o tematyce medycznej budzą coraz większe zainteresowanie. Podtytuł mówiący o przemocy, narkotykach i samobójstwach to kolejny wzbudzający ciekawość chwyt marketingowy. Dlaczego książka, która powinna być gwiazdą księgarni, leżała między garnkami, patelniami i kubkami? To zdecydowanie był przypadek!



Fot. okładki z archiwum JK Wydawnictwo Sp. z o.o. Sp. k.

Leczenie więźniów wzbudza kontrowersje. Ludzie, którzy dopuścili się okrucieństwa, oszustw, przemocy, według wielu nie powinni mieć możliwości korzystania z opieki medycznej. Jednak obowiązkiem lekarza jest przeciwdziałanie ludzkiemu cierpieniu, niesienie pomocy również tym, którzy według społeczeństwa na nią nie zasługują. Każde więzienie jest inne, tak jak każdy więzień to oddzielna historia konkretnego człowieka. Intymna, smutna, przerażająca, pełna bólu i cierpienia. Życiorysy osadzonych są różne, ale kryją się za nimi ludzie. Ludzie, którzy potrzebują pomocy lekarza.

Doktor Amanda Brown, rozczarowana zmianami w systemie ochrony zdrowia lekarza rodzinnego, odeszła z pracy w przychodni. Zanim jednak jej odejście zostało sformalizowane, napisała otwarty list do społeczności lekarskiej. Bez skrupułów opisała w nim angielską rzeczywistość, przez którą została zmuszona zakończyć pewien etap swojego życia. List opublikowała jedna z gazet medycznych, wzbudzając niemałą sensację. Doktor Brown, dzięki swojej odwadze, dostała pracę w więzieniu dla nieletnich. Kariera więziennej lekarki doprowadziła ją do męskiego zakładu o zastraszonym rygorze, a ostatecznie do więzienia dla kobiet. Przypadek sprawił, że autorka zmieniła nie tylko swoje życie, ale również życie wielu osadzonych.

Nieważne, jakie czyny popełnił pacjent. Dopóki będzie potrzebował pomocy, dr Brown nigdy nie przestanie go leczyć.

Haemin Sumin, *Miłość do rzeczy niedoskonałych*, Wydawnictwo Bellona, Ożarów Mazowiecki 2020.

Medytacja kojarzy się wielu osobom z buddyjskim mnichem siedzącym na macie ze skrzyżowanymi nogami, intonującym na różne sposoby literę Y. W rzeczywistości medytacja to tysiące sposobów na zrozumienie siebie i otaczającego nas świata.

Wiele rzeczy wywołuje poczucie smutku i niezadowolenia, są nieperfekcyjne, brzydkie, nudne, powszechne. Przypominają drobinki kurzu, które unoszą się w powietrzu tylko po to, aby osiąść na powierzchni i zakłócić porządek. Takimi rzeczami są również słowa, które wypowiedane, nie mają nic wspólnego z rzeczywistymi uczuciami nadawcy. Plany doskonalone w myślach każdego wieczoru są zbyt perfekcyjne, aby mogły zostać zrealizowane. W końcu drobinki kurzu nie osiadają tylko na meblach, ale i na duszy człowieka, czyniąc ją brudną, nieatrakcyjną, zapomnianą.

Odrzucając niedoskonałe rzeczy sprawiamy, że coraz więcej kurzu osiada w naszych wnętrzach. Życie jest zbyt cenne, aby marnować je na dążenie do nieistniejącej perfekcji. *Miłość do rzeczy niedoskonałych* to ilustrowany podręcznik postrzegania świata i samego siebie z większym współczuciem. Książka przynosi pomoc w rozpacz i spokój w trudnych chwilach. Sięgnięcie po nią jest swoistym aktem przyznania się przed samym sobą do porażki. Porażki, która nie jest czymś złym, lecz zbawiennym. Zrozumienie niepowodzenia prowadzi do spokoju ducha i pomaga stwierdzić, co należy robić dalej. I jak to robić.

Po każdej burzy świat staje się wyraźniejszy i jaskrawszy niż wcześniej. Poprzez uświadomienie sobie, że życie nie jest perfekcyjne, dostrzega się jego rzeczywiste piękno. Każda strona książki to kolejny krok do wewnętrznego nieba.

**OPRACOWAŁA
PAULINA GÓRA**

Lekarz, menadżer ochrony zdrowia. Obecnie jest studentką dziennikarstwa.

*Życie jest zbyt cenne,
aby marnować je na
dążenie do nieistniejącej perfekcji.*



Fot. okładki z archiwum Wydawnictwo Bellona



Fot. z archiwum autorki

▼ WIKTORIA (WIKA) KAŁAMARSKA

Lekarka, specjalistka medycyny rodzinnej – uzdolniona tanecznie, poetycko i muzycznie. Hobbystycznie wyszywa obrazy haftem krzyżkowym, tańczy flamenco, pisze wiersze, gra na instrumentach perkusyjnych, komponuje wraz z mężem gitarzystą piosenki, adaptuje fragmenty jego improwizacji. Jest mocno zaangażowana w ochronę praw zwierząt.



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/feather-3237973/Bru-nO

TACIE

*Na drepzczących małych nóżkach,
Włócząc się po leśnych, poskręcanych drózkach,
Kiedyś tam, przed laty,...
Nauczyłam się patrzeć na świat od mojego Taty.
Poznałam niezwykłość ciszy bezludzia
I dzikich ostępów zamgloną urodę.
Miałam w nich swój mały udział,
Na kamieniach suchych rozchlapując wodę.
Poznałam głębię czarniejących dziupli
Z ich mieszkańcami cichymi, co w głębi przycupli.
Tajemne przejścia w gęstwinie
i pnie zawisłe na rowach.
Długie opowieści o dziwnych, wymyślonych stworach.
Las je w niedostępnych jarach bezpiecznie przechował...
Śpiew dziennych ptaków unosił mnie w beztroskie strony,
A odgłosy nocy, straszne i smutne, wzywały pomocy.*

*Wieczory spędzając przy ognisku,
dłubiąc patykiem w żarze,
Odkrywałam tajemny świat ułudy i marzeń.
Ognia kwiat niezwykły, co trzaskając z cicha
Okna żółtych światel nocy bezpiecznie mi odmykał.
Dziś, gdy chodzę pustymi ulicami miasta
Widzę to ciepło odległe w żarówek odbłaskach.
Wciąż słyszę śpiewne głosy drzew, co w ognia tańcu,
Energję zgromadzoną przekazują światu.
Pokochałam też wtedy te poranki z rosy,
Gdy drzewa się przeciągają, trawy rozpuszczają włosy
I zimnych kropel mrowiem obryzgują stopy...
Nauczyłam się jeszcze, widzieć w kamieniu na drodze,
Co nogom mym udziela swobody istnienia,
Sporocone ręce człowieka, co go położyły
I mimo lat płynących nadal silne były...*

STOKROTKA

Za wysokim murem schowana
Tkwie cicho i lekko poruszam płatkami.
Wokół głowy złotej,...
Białym rozpostarte pióropuszem,
Pragnę słońca i deszczu.
Zielona łodyżka poddaje się bezwolnie
Wszelkim ruchom powietrza
I wraca.
Poddaje i wraca...
Wiatr pieści moje ciało,
Słońce ogrzewa,
Rosa nawilża.
Cudownie jest cicho tkwić w swej małości...
Niezauważona cieszę się chwilą
Nim kiedyś zwiędnę
I zniknę.
Wśród milionów białych kwiatków,
Nucących łąki pieśń,
Czy ktoś usłyszy moje milczenie?

Kącik poetycki

ZWIERZĘCA MIŁOŚĆ

Jestem kotem.
Skulona śpię przy twym boku.
Nic nie muszę, a gdy chcę...
W ciepłych promieniach poranka
Rozciągam miękkie ciało.
Mruczę i przytulam się.
Kochaj, kochaj mnie.
Jestem psem.
Idę w ślad za tobą.
Na twoje zawołanie, skinienie,
W gotowości przyjaźń tobie dać.
Bronić i trwać.
Muszę, bo chcę
Przy tobie
Jestem kotem i psem.



31 marca 2020 r. miał swoją premierę tomik poezji Wiktorii Kałamarzkiej pt. „Wcielenia” wydany przez wrocławskie wydawnictwo Liberum Verbum. Poetka zawarła w nim 51 utworów. Wszystkie wiersze pełne są nawiązań literackich m.in. do „Alicji w Krainie Czarów” i „Władcy pierścieni”. Redaktor Alicja Lipniarska-Kobel tak opisuje nowy tomik autorki: „Każdy z nich opowiada osobną historię i każdy jest utrzymany w odrębnym nastroju: są dynamiczne i liryczne, ale także np. rapująca rymowanka. Utwory aż kipią młodopolską cielesnością (...). Poetka nieustannie szuka odpowiedzi na pytanie, z jakiego świata pochodzi (Człowiek przygarnął mnie. Więc wciąż jestem). Bez wątplenia jest niezwykle wrażliwa (Wybrałam twoją cichą, Ciepłą miłość. Przetrwam burze i sztormy, choć straszne). Skąd biorą się tytułowe utożsamienia? Szczególnie chętnie podmiot liryczny wciela się w drzewa (Jestem umierającym drzewem, skóro moja, koro brzozowa), ale też w robaka (Jestem robakiem), przyrodę ożywioną (Chmurą raz byłam i wodą) i nieożywioną (leśną sadzawką jestem), ptaka (Samotnym ptakiem mknę przez powietrze), zwierzęta domowe (Przy tobie jestem kotem i psem)”.



SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Warszawa. W zeszłym tygodniu 2-óch ordynatorów żydowskiego tutejszego szpitala przybyło o godzinie 6 rano w celu dokonania sekcji na chorej zmarłej dnia poprzedniego. Przypadek, który widziało kilku lekarzy z miasta, był niezwykle ciekawy, ale zarazem i ciemny, spodziewano się więc skorzystać wiele z oględzin pośmiertnych. Na nieszczęście jednak, nie mogły one być zrobione i to głównie dzięki dozorczy grabarni. Mąż bowiem chorej, dostawszy od grabarza klucz zamknął się od wewnątrz w grabarni i na nawoływania aby otworzył, obelżywemi wyrazami odpowiadał. Naczelnny lekarz szpitala, uwiadomiony o tem zająsci, obiecał ordynatorom zgromadzonym *in gremio* w tym celu, iż postara się u p. Kuratora szpitala o ukaranie winnych i o zapobieżenie nadal podobnym nadużyciom, które, dodajmy, nie po raz pierwszy w tymże szpitalu się wydarzają. Posługacze szpitalni, po większej części od lat kilkunastu lub kilkudziesięciu w szpitalu służący, za każdym razem, gdy lekarz kusi się o zrobienie sekcji stawiają największy opór i dotychczas bezkarnie im to uchodziło. W sprawie obecnie poruszonej, panuje dotychczas błogie status quo świadczące o energii administracji szpitala.

„Gazeta Lekarska” 1883, XVIII, 657

excerpta selegit
Andrzej Kierzek



Zapiski emeryta



Nos

Nosy bywają różne: długie, grube, szpiczaste, kartoflane, zadarte. Ich modelowanie to jedna ze „złotych żył” chirurgii estetycznej. Kluczową rolę nosy, jak się okazuje, odgrywają także w czasie epidemii. A to dlatego, że nos jest jedną z bram, którą wirus wchodzi do naszego organizmu.

W średniowiecznych zamkach bramy miejskie były szczególnie chronione przed wrogami. Teraz taką funkcją mają spełniać maseczki ochronne różnych typów. Pomysłowość ludzka nie zna granic, więc maseczki mają różne kształty, kolory, są malowane w różne dowcipne wzory, zaopatrzone we wkładki węglowe, z nanocząsteczkami srebra itp.

Nosy jednak nie lubią maseczek, bo te uniemożliwiają jakże częsty odruch podrapania się w przypadku niepohamowanego świądu koniuszka. Ponadto osobnikom różnych opcji ciężko zorientować się w sytuacjach trudnych politycznie (skąd wieje wiatr?). No i nie można nawet kichnąć!

Maseczek nie lubią organy ścigania. Filmowi przestępcy używają ich w czasie napadów. Na dodatek trudno jest wówczas rozpoznać, czy ktoś kłamie. Podobno często dotyka się wtedy nosa. Nie mówiąc już o tym, że przy tuszowaniu kłamstwa narząd ów może się wydłużyć (patrz przypadek przestępcy o imieniu Pinokio).

Maseczki zakrywające nos w istotny sposób utrudniają stosunki międzyludzkie, ponieważ nie wyczuwamy wówczas wielu zapachów, a także feromonów (miłość, nienawiść, zadowolenie). Nosy mówią wirusom i maseczkom zdecydowane NIE. Domagają się wolności.

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

Życie towarzyskie przeniosło się do internetu. Z obowiązku wspomnę jednak o rzeczywistości niewirtualnej.

Pod koniec kwietnia dotarły na uczelnię cztery tablice naszych legendarnych nauczycieli. Ponieważ na naszych łamach znalazł się traktujący o tym wydarzeniu artykuł red. Oli Solarewicz, wspomnę jedynie, że wszystkie tablice sponsorowała Komisja Historyczna Dolnośląskiej Rady Lekarskiej. Najbardziej cieszy mnie tablica poświęcona prof. Stanisławowi Iwankiewiczowi, który często gościł na łamach „Medium” w roli autora, i któremu zawdzięczamy powstanie Nowej Akademii. W czasach swojego rektorowania pozyskał teren pod budowę uczelni podczas wycieczki helikopterem z wysoko wtedy postawionymi decydentami na Dolnym Śląsku. Powstał projekt architektoniczny, o którym dzisiaj można by dyskutować, czasy się jednak zmieniły. I dopiero po latach prof. Jerzy Czernik, jako urzędujący rektor, zdobył pieniądze, aby budowa ruszyła. Dzisiaj możemy cieszyć się z nowych klinik, a prof. Iwankiewicz ze ściany Kliniki Laryngologicznej będzie mógł z zadowoleniem spoglądać na efekty swoich działań sprzed lat.

Wracając jednak do internetu... Portal „Szczepienia Info”, działający pod patronatem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, ogłosił listę 9. Tytanów Polskiej Wakynologii. Znalazł się na niej nestor wrocławskiej pediatrii, znany zakaźnik prof. Zbigniew Rudkowski. I to w doborowym towarzystwie: prof. Ludwika Hirszfelda, pierwszego powojennego dziekana naszej uczelni, znakomitego immunologa, którego imię nosi Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej, prof. Rudolfa Weigla, twórcy szczepionki przeciwko durowi brzuszemu, i wreszcie prof. Hilarego Korprowskiego, wynalazcy szczepionki przeciwko poliomyelitis. Dwaj pierwsi zostali nominowani do Nagrody Nobla, której z różnych względów nie dostali. Profesorowi Rudkowskiemu serdecznie gratulujemy.

Fundacja Bente Kahan zaprezentowała nam nową wystawę pt. „20 kadrów sprzed 30 lat. Fotografie Synagogi pod Białym Bociąnem z 1989”. Po wystawie oprowadził nas wirtualnie dr hab. Jerzy Kos, historyk sztuki, architekt specjalizujący się w architekturze XVIII i XIX wieku (m.in. architekturze synagog). Opowiedział nam o magii budynku synagogi, która od 200 lat trwa w sercu naszego miasta. Warto wspomnieć, że dr hab. Jerzy Kos jest synem naszego zmarłego niedawno kolegi dr. Jerzego Bogdana Kosa, który bardzo często pojawiał się na łamach „Medium”, a na wydanie jego książki poświęconej naszym nauczycielom, mistrzom wrocławskiej medycyny, czekamy.

Specjalnym gościem wydarzenia została Bente Kahan, szefowa fundacji swego imienia, znakomita aktorka i śpiewaczka muzyki żydowskiej, która od 15 lat organizuje w synagodze cieszące się dużą popularnością różnorodne imprezy kulturalne. A wszystko to działo się z okazji oficjalnego otwarcia synagogi 10 lat temu, kiedy to z inicjatywy Bente Kahan renowacja budynku została zakończona. Gościłem wtedy na tej imprezie, siedziałem na balkonie obok właściciela wielkiej sieci salonów Mercedesa Mirka Wróbla, którego następcy kontynuują dzieło założyciela.

Doktor hab. Agnieszka Franków-Żelazny, prof. nadzw. – znakomita dyrygentka i szefowa chóru Narodowego Forum Muzyki – zaprezentowała w internecie zbiorowy występ kilku chórów z całej Polski, który odbył się w Warszawie przed rokiem. Muzyka chóralna, mimo małego ekranu, zrobiła na mnie ogromne wrażenie. Agnieszkę znam od lat, odkad była jeszcze początkującą dyrygentką i kierowała chórem ówczesnej Akademii Medycznej. Kilukrotnie chór śpiewał charytatywnie na rzecz dzieci z wadami serca. Agnieszka wraz z zespołem zdobyła wszystkie możliwe nagrody, została profesorem Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, a teraz prężnie działa na Facebooku i w Narodowym Forum Muzyki. Pani Profesor, tak trzymać!

W połowie maja wszystkie nasze wrocławskie muzea zaprosiły nas na Noc Muzeów, organizując wirtualne spacer po swych najciekawszych ekspozycjach. Dr Romuald Nowak, od trzydziestu lat kierownik Muzeum „Panorama Racławicka”, zaprosił nas za kulisy. Pokazał Panoramę od takiej strony, której nikt z nas normalnie by nie zobaczył. Prosty, ale genialny pomysł. Dowiedzieliśmy się wielu frapujących szczegółów o największej atrakcji turystycznej naszego miasta. Warto przypomnieć o niezaplanowanej wcześniej wizycie naszego papieża w Panoramie w roku 1997, co dzisiaj w 100-lecie urodzin św. Jana Pawła nabiera szczególnego znaczenia.

„O nieznanym imieniu” to tytuł gotowej, a nieotwartej wystawy w Muzeum Teatru Elżbiety Terlikowskiej. Artystka, nazywana przez przyjaciół „Lalką”, jest barwnym ptakiem naszego środowiska artystycznego i przedstawiła collage, które powstały z okazjonalnie kupionych hiszpańskich i portugalskich ornatów. Oprowadziła nas po swojej wystawie ze swadą, opowiadając o historii ich powstania i ich znaczeniu. Bardzo mi się ta forma wernisażu podobała. Zachęcam Was gorąco do wirtualnych muzealnych spacerów.

Wasz Bywalec



CZAS NA RELAKS

Litery z pól oznaczonych cyframi od 1 do 8 utworzą rozwiązanie (hasło medyczne). Hasło prosimy przesłać na adres pocztowy lub e-mailowy: redakcja@dilnet.wroc.pl do 19 czerwca 2020 r. z dopiskiem na kopercie lub w temacie wiadomości elektronicznej „Krzyżówka – nr 6/2020”.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy trzy nagrody książkowe (prosimy o podanie adresu do wysyłki). Nazwiska nagrodzonych zostaną opublikowane w nr 7-8/2020 „Medium”. Życzymy udanej zabawy!

AKTORZY GRAJĄCY W SZTUCE	4	OCTOWA DO MARYNOWANIA NOTARIAT	5	NAPRAWIANIE ROZDARCIA W TKANINIE	1	STOLICA ALBANII	ŚPIEWAŁ PIOSENKĘ „JEJ PORTRRET” ZUŻYTE, ZNISZCZONE LUB NIEPOTRZEBNE PAPIERY	BABIE JESIEŃ CIEMIEŻCA	GŁÓWNA KSIĘGA LITURGII KATOLICKIEJ	PIENIĄDZE ZAGRANICZNE KAUSTYCZNA	ZBRODNIAR I... DOSTOJEWSKIEGO
GRUPA MUZYCZNA PIOTRA I WOJCIECHA CUGOWSKICH							KOŃCIEC WYSCIGU ODBIORNIK TELEWIZYJNY		KARMI MŁODE MLEKIEM		
JEDNO Z WARZYW PRZYPRAWA					HISTORYK RZYMSKI				AUTOR POWIEŚCI „GERMINAL”		8
							MIĘKKI SER MEBEL DO SIEDZENIA				
CZWARTY OKRES ERY PALEOZOICZNEJ					MIĘSCIE DO ZAPEŁNIENIA			„...! TO NIE WYPADAŁ!” - PRZEDWOJENNY FILM	ZAKRYWA DZIURĘ W SPODNIACH		
ZESPÓŁ, KTÓRY AKOMPANIOWAŁ MARKOWI GRECHUCIE	KAPŁANKA W „FARAONIE” PRUSA		MIĘJSKI TEREN Z ALEJKAMI I ŁAWKAMI	IMIĘ TURGIENIEWA NA DNIĘ NACZYŃIA	TKANINA NA GARNITUR		PRZETWÓR OWOCOWY KRAWĘDZ		AUTOR ROZPRAW O MORALNOŚCI	WOLNOMULARZ	WOLNA POSADA
ZAKUP					WYSPA ODYSEUSZA				ZAPORA NA RZECIE DRĄG WŁAMYWACZA	3	PTAK NAD WODAMI
					GROCHÓWKA			„... Z POKŁADU IDY” GUSTAWA MORCINKA		2	
FRANCUSKI AKTOR FILMOWY (“FANTOMAS”, “HELENA I MĘŻCZYŹNI”)					MIĘSTO, MIĘSCIE AKCJI “DZUMY” CAMUSA			ŁAŃCUCH, PĘTO			
	MODEL FIATA		GRUBY KOC, UŻYWANY JAKO OKRYCIE NA KONIA			GRAŁ W FILMIE “MIS”			... KING COLE - PIOSENKARZ Z USA		6

1	2	3	4	5	6	7	8

Rozwiązanie krzyżówki z „Medium” 5/2020: KORONAWIRUS
Z grona Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązania, wylosowane zostały:
1. Karolina Czerwińska w Wałbrzychu, 2. Jacek Kacalak z Lubiąża, 3. Danuta Bilat-Światowiec ze Zgorzelca.
Wylosowanym lekarzom-szaradziom gratulujemy!
Nagrodami są książki, które prześlemy pocztą.



BIURO DIL

pon. śr. pt. 8.00-15.30, wt. 8.00-16.30
czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

inż. Magdalena Smolis – specjalista

tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51

mgr inż. Dorota Flak – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 54

mgr Małgorzata Krupa-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, tel. 71 798 80 83

Komórka płacowo-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 Sobarska – 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 Koleżeńkiej

Ewa Świerska – specjalista, tel. 71 798 80 71

wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-16.00

Konto Kasy Pomocy Koleżeńkiej

BGZ O/Wrocław 64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Wpłaty i wypłaty

Ewa Świerska – 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 Maliec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

poniedziałek-piątek 8.00-15.00

Kursy do stażu podyplomowego

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-Józwiak – 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, Łągowie, 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.

◆ 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.

◆ Dobrze prosperujący gabinet stomatologiczny w pełni wyposażony w Bielawie (woj. dolnośląskie ok. 50 km od Wrocławia) szuka do współpracy lekarza stomatologa. Gabinet spełnia wszystkie wymagania sanitarne i NFZ, posiada RTG, parking. Pacjenci prywatni i NFZ. Warunki współpracy do uzgodnienia, tel. 606 389 130/509 731 300.

◆ Centrum Medyczne L4med we Wrocławiu zatrudni technika EMG oraz specjalistów i lekarzy w trakcie specjalizacji z: diabetologii, dermatologii, endokrynologii, ginekologii, laryngologii, okulistyki i innych. Więcej informacji pod numerem telefonu 602 247 682 i adresem mailowym: kontakt@L4med.pl.

◆ Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni: lekarzy specjalistów psychiatrów, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii, lekarza internistę oraz lekarza rehabilitacji medycznej. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Kontakt tel. 77 403 43 07 lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

◆ Centrum Stomatologiczne „Klinika Uśmiechu” w Brzegu Dolnym poszukuje do współpracy ambulatoryjnego stomatologa. Bardzo dobre warunki, mikroskop zabiegowy, RTG, panorama. Praca na cztery ręce. Pacjenci prywatni, pełne grafiki. Osoby chętne prosimy o przesłanie CV na adres: klinika.usmiechu@gmail.com (tel. 790 568 005).

◆ Centrum Stomatologiczne Omnident w Twardogórze podejmuje współpracę ze stomatologiem. Gabinet w pobliżu Wrocławia. Doskonałe wyposażenie, RTG przy unie, praca na cztery ręce. Możliwość rozwoju. Pacjenci w ramach NFZ i prywatnie. Świetne warunki płacowe. Swoje CV proszę przesyłać na adres: omnident.twardogora@gmail.com (tel. 604 500 967).

INNE

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

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

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

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

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

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

Feeria
WYDAWNICTWO

Najlepsze poradniki
dla wrażliwych,
analizujących bez końca
i tych, którzy odczuwają
lęk społeczny

nowość



bestseller



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 Błaszczyk, tel. 603 877 518

Delegatura Jelenia Góra

Przewodnicząca Barbara Polek, wtorek 10.00-11.00

Delegatura Legnica

Przewodniczący Ryszard Kępa, wtorek, 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych

Przewodnicząca Dorota Radziszewska,
wtorek, 15.00-16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko, wtorek, 10.00-12.00

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Jan Spodzieja, czwartek, 11.00-13.00

Dyżur RODO i ws. EDM

inż. Maciej Koziejko w każdy drugi i czwarty wtorek miesiąca
od godz. 14.00 do godz. 18.00

Kontakt do specjalisty: kom. 607 505 694

X OGÓLNOPOLSKI KONKURS FOTOGRAFICZNY LEKARZY I STUDENTÓW MEDYCyny

Lubelska Izba Lekarska i Uniwersytet Medyczny w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski ogłaszają X Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny.

Honorowy patronat nad konkursem objęli prezes Naczelnej Izby Lekarskiej prof. dr hab. n. med. Andrzej Matyja, prezes Lubelskiej Izby Lekarskiej dr Leszek Buk i JM rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. dr hab. Andrzej Drop.

- NADSYŁANIE PRAC DO 31 PAŹDZIERNIKA 2020 R.
- ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU DO 22 LISTOPADA 2020 R.
- WERNISAŻ Z WRĘCZENIEM NAGRÓD 12 GRUDNIA 2020 R.

Regulamin konkursu: <http://kultura.oil.lublin.pl/konkurs-2020/> i dodatkowe informacje na stronie: <http://kultura.oil.lublin.pl/.../konkurs-fotografic.../konkurs-2>

dr Dariusz Hankiewicz,
przewodniczący Komisji Kultury ORL w Lublinie



Szukamy lekarzy zainteresowanych wynajmem nowoczesnej sali operacyjnej wraz z kadrą anestezyjologów 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-lublin.pl



Dla każdego pacjenta końcówka, po sterylizacji, firmy AKOS



Turbiny K1 TORQUE i STANDARD
czterodrożny spray

450PLN

Turbiny K9 TORQUE i STANDARD
czterodrożny spray, podświetlenie,
na szybkozłączkę KaVo i NSK

700PLN

Kątnica X95L 1:1, chłodzenie
wewnętrzne, podświetlenie

930PLN

Kątnica X202 1:1, typu KaVo
chłodzenie wewnętrzne

680PLN

450PLN Szybkozłączka typu KaVo
ze znakomitym podświetleniem LED



DentaFlex



Sedymentacyjny separator amalgamatu METASYS ECO II

Najwyższa niezawodność

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

Idealny wynik

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

Prosta, szybka instalacja

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

Konserwacja i serwis

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



Mikrosilniki SAESHIN
ELMEDEQ

mgr inż. Marin Bialek
601 058 819