

BIULETYN INFORMACYJNY NR 7-8 (306/307) • POZNAŃ, LIPIEC-SIERPIEŃ 2020



WIELKOPOLSKA

IZBA LEKARSKA

Kurs doskonalący z zakresu diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych. DEPRESJA.



KURS ON-LINE

SZKOLENIA SKIEROWANE DO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW,
SKŁADAJĄ SIĘ Z 3 CZĘŚCI:

MODUŁU MEDYCZNEGO ORAZ **MODUŁU KOMPETENCJI
MIĘKKICH**, KTÓRE ODBYWAJĄ SIĘ W CZASIE RZECZYWISTYM,
A TAKŻE **DOSTĘPU DO PLATFORMY E-LEARNINGOWEJ**

NA KTÓREJ ZNAJDUJĄ SIĘ MATERIAŁY EDUKACYJNE,
WYTYCZNE ORAZ FILMIKI EDUKACYJNE.

NA PLATFORMIE ZNAJDUJE SIĘ TAKŻE TEST WIEDZY,
PO ZALICZENIU KTÓREGO UCZESTNIK OTRZYMA

CERTYFIKAT UKOŃCZENIA KURSU.

ZA SZKOLENIE PRZYSŁUGUJE **20 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH**.

SZKOLENIA POPROWADZĄ:

DR **WOJCIECH PAWLAK** – SPECJALISTA PSYCHIATRA
ORAZ PROF. **ALICJA GAŁĄZKA** – PSYCHOTERAPEUTA,
LICENCJONOWANY COACH I PEDAGOG

SZKOLENIE BEZPŁATNE

DOSTĘPNE TERMINY

10 LIPCA 2020 ROKU	GODZ. 17.00
13 LIPCA 2020 ROKU	GODZ. 17.00
18 LIPCA 2020 ROKU	GODZ. 9.00
20 LIPCA 2020 ROKU	GODZ. 17.00
27 LIPCA 2020 ROKU	GODZ. 17.00
1 SIERPNI 2020 ROKU	GODZ. 9.00
3 SIERPNI 2020 ROKU	GODZ. 17.00
7 SIERPNI 2020 ROKU	GODZ. 17.00
8 SIERPNI 2020 ROKU	GODZ. 9.00
10 SIERPNI 2020 ROKU	GODZ. 17.00
24 SIERPNI 2020 ROKU	GODZ. 17.00
29 SIERPNI 2020 ROKU	GODZ. 17.00

SZCZEGÓŁY NA STRONIE PROJEKTU

www.wytyczne.org

LICZBA MIEJSC OGRANICZONA.

W CELU REJESTRACJI NA SZKOLENIE NALEŻY UZUPEŁNIĆ
DOKUMENTY REKRUTACYJNE DOSTĘPNE NA STRONIE

PROJEKTU I WYŚLAĆ JE NA ADRES:

wytyczne@hipokrates.org

W ostatnim numerze biuletynu środowisku lekarskiemu przekazywaliśmy wyrazy wdzięczności przesłane przez najmłodszych. Przekazujemy również poniższą laurkę, która została do nas przesłana już po zamknięciu numeru.



GIEŁDA OFERT ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ

RUSZYŁA WIŁOWSKA
GIEŁDA OFERT ŚOI!
ZBIERAMY I PUBLIKUJEMY
ZGŁOSZENIA OFERENTÓW

wil.org.pl/gielda-ofert



Diagnoza wstępna

Epidemia IV

Trochę poluzowano. Wolno chodzić bez masek. Założyć je trzeba przed wejściem do sklepów. Nawet do tych z sukienkami i inną odzieżą. Kobiety z zakupami zawsze dadzą sobie radę. Bez względu na to, czy to epidemia, pandemia czy inna zaraza. Zawsze gotowe są do przymierzania, nawet gdyby było to dozwolone tylko w stroju nurków głębinowych... Można chodzić do lasu i fryzjera. Także do restauracji, gdzie kelnerzy na widok klienta uśmiechają się i jest przyjemnie. Gorzej z cenami. Szefowie lokali przesadzają, tak jakby w epidemii goście mieli zaakceptować wszystko z radością, że mają gdzie usiąść...

Spółeczeństwo niezadowolone z opieszałości rządu w luzowaniu w wielu przypadkach wzięło sprawy w swoje ręce. Maseczki, owszem, nosi się, ale mało starannie, a czasem wcale. Nie mówiąc już o dystansie. Jak jednak wytłumaczyć młodym, że mają trzymać dystans między sobą, w dodatku społeczny? Wolno organizować wesela, ale do 150 osób i z zachowaniem dystansu dwóch metrów między gośćmi. Ciekawe, jak to zrobić? Zwłaszcza po północy. Można organizować inne uroczystości w ograniczonym zakresie i znowu z zachowaniem reżimu sanitarnego. Także na cmentarzach i w czasie celebracji nabożeństw w kościołach. Nie ma jednak rozluźnienia obostrzeń dla wszystkich, na przykład dla kin i muzeów. Mówi się, że poluzowania wprowadzono za wcześnie. Liczby charakteryzujące dzisiejszy dzień epidemii w Polsce są coraz gorsze (patrz artykuł Andrzeja Piechockiego). Nie ma u nas żadnego wyplaszczenia. Nie było jeszcze oczekiwanego szczytu zachorowań. Przewiduje się, że jesienią nastąpi epidemia „zwykłej” grypy i obie choroby spotkają się. Objawy w obu przypadkach są podobne. Może więc być tak, że pacjenci zasiądą razem w poczekalniach lekarzy rodzinnych. Powstaną ogniska zakażeń SARS-CoV-2. Ale może wcale nie. Mówi się, że wirus pandemii traci nieco ze swej zjadliwości.

Nie można sytuacji lekceważyć. Wirus zostanie z nami zapewne przez wiele miesięcy. W czasopiśmie medycznym „Lancet” amerykańscy naukowcy donoszą, że ponad wszelką wątpliwość stwierdzono, że zastosowanie maseczek zakrywających usta i nos, utrzymywanie dystansu powyżej metra od innych osób, osłona oczu i częste mycie rąk – łącznie ograniczają ryzyko zachorowania o ponad 80 proc. Cofnięcie krzeselka przy stoliku z obu stron o pół metra zmniejsza zagrożenie zarażenia kilkunastokrotnie... Proste i tanie zabezpieczenia pomagają w profilaktyce niezwykle skutecznie. Byle stosować je solidnie. Bez uśmiechu politowania u niektórych Polaków, którzy ostentacyjnie nie noszą maseczek.

Coraz częściej podczas dyskusji, w artykułach prasowych mówi się i pisze, że świat po wycofaniu pandemii będzie inny. Nie wiadomo, czy lepszy, lecz z pewnością nie taki jak teraz. Wydaje się, że już są widoczne symptomy nadchodzących przeobrażeń. Przed COVID-19, gdy wchodziłem do budynku przy ul. Nowowiejskiego 51, pytano z uśmiechem, czy napiję się kawki. Teraz wchodzi się nie przez drzwi, ale przez strefę wejścia. Nie pytają o kawkę, tylko czy byłem poddany badaniu przez pana portiera. Tam faktycznie zmierzono mi gorączkę, stwierdzono, że jestem w porządku i mogę wejść do sekretariatu. Tam powitały mnie panie uwięzione za grubymi szybami i otoczone taśmami policyjnymi używanymi do oddzielenia obszaru penetracji policyjnej przy badaniu śladów przestępstwa (może dotyczyły dochodzenia, kto przywlekł do nas SARS-CoV-2). Na szczęście uśmiechały się jak zawsze ładnie. O kawce nie było mowy...

Andrzej Baszkowski



Spis treści

A pandemia trwa...	4
Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z 6 czerwca 2020 r.	5
Piłskie spotkanie	5
Epidemia nie zniknęła	6
Rozumiemy się bez słów...	10
Nie ma monopolu na rację	11
Odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu	12
Sprzeciw całego środowiska	14
Z medycznej wokandy	15
PERYSKOP	16
Kandydaci a zdrowie	16
Zdobywcy Statuetki Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Mentor	18
Skrining retinopatii cukrzycowej w Wielkopolsce	20
Szanujmy się wzajemnie, a wtedy możemy oczekiwać poszanowania nas (cz. II)	21
Dawka informacji	22
SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM	23
SHORT CUTS	24
Czy sztuka myślenia jest sztuką bycia samym sobą?	25
Wspomnienie o doc. Janie Bajońskim	26
Wspomnienie o prof. dr. hab. med. Andrzeju Soboczyńskim	27
Targi SALMED przełożone na marzec 2021 r.	29
Wiersze	30

Autor okładki

Na okładce widnieje obraz autorstwa Diuny Ostrowski stworzony za pomocą farb akrylowych na płótnie o rozmiarze 100 x 100 cm. Autorka ukończyła szkołę muzyczną II st. im. Mieczysława Karłowicza w Poznaniu, a aktualnie studiuje malarstwo na II roku studiów magisterskich na Uniwersytecie Artystycznym w Poznaniu. Więcej prac artystki można znaleźć pod adresem: www.diuna.info.pl.



Artur de Rosier
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Okiem prezesa...

A pandemia trwa...

Wydawać by się mogło, że temat pandemii już się wyczerpał, że jesteśmy nim zmęczeni, że to monotonne i już dość. I właśnie dlatego, by nam koronawirus nie spowszedniał, pisać będę o nim dalej. Rozpoczęły się wakacje i ludzie tłumnie ruszyli do ośrodków wypoczynkowych, nad morze, w góry, nad jeziora. Zadziwiające, jak na zasadzie mechanizmu wyparcia przestaliśmy zauważać, że liczba osób zarażonych SARS-CoV-2 wcale nie maleje, szpitale jednoimienne mają nadal pełne ręce roboty, a pacjenci z COVID-19 umierają.

Nadzieją napawają nas prace nad szczepionką. Jakoś ucichły i tak słabnące ruchy antyszczepionkowe, bo w realnym świecie mogliśmy wszyscy się przekonać, jak przebiega epidemia choroby, na którą nie ma szczepionki. W średniowieczu rozprzestrzenianiu się zarazy próbowano zapobiegać m.in. poprzez kropienie octem znajdujących się w ciągłym obiegu listów i monet, rozpalanie ognisk na rogach ulic, dezynfekcję osób i ich mienia za pomocą siarki. Na ulice wychodzono w profilaktycznych maskach w kształcie głowy ptaka, a w ich przedniej części umieszczano wonne specyfiki, które miały chronić przed zarażeniem. My dezynfekujemy ręce i przedmioty, nosimy maseczki.

Zastanawiamy się, co będzie po pandemii, ale na razie trzeba zastanowić się, co uczynić, by było już „PO”. Musimy nadal dbać o higienę, wykonywać testy, diagnozować i leczyć osoby zarażone. Ale w dobie zubożenia i spowszednienia informacji o koronawirusie mamy jeszcze jedno zadanie: przypominać i edukować. Bo jeśli nadejdzie druga fala zachorowań, nie chcemy usłyszeć od pacjentów, że nikt im nic nie powiedział. Bądźmy też przykładem dla innych – nośmy maseczki, dezynfekujmy ręce, mierzmy temperaturę i zwracajmy uwagę tym, którzy tego nie robią.

W ostatnim wstępie pisałem o lęku społecznym, porównałem społeczeństwo do organizmu, który reaguje typowymi reakcjami stresowymi. Na jakim więc etapie jesteśmy teraz? Jakie strategie umysłu mające za zadanie chronić nas przed trudnymi, ciężkimi, nieakceptowanymi dla nas doświadczeniami uruchamiają się teraz? Czy mechanizmy obronne rzeczywiście ochronią nas teraz przed ciężkimi, nieakceptowanymi skutkami pandemii i lęku przed nią? Udajemy, że wirusa nie ma (przecież go nie widać), nie wiemy dlaczego wierzymy, że kara za nieprzestrzeganie zasad jest odległa, a teraz hulaj dusza! Rozbudźmy więc w naszych pacjentach potrzebę zapobiegania chorobom zakaźnym, wiare

w nowoczesną medycynę i przekonajmy ich, że choroba dotknąć może każdego, że nie dotyczy tylko „tych obok”.

Kiedy w 1847 r. Ignaz Semmelweis wprowadził obowiązek mycia rąk przez medyków, napotkał opór, spotkał się z niedowierzaniem i drwinami ze strony konserwatywnych kolegów. Gdy w średniowieczu nastąpiła dżuma, uciekano przed chorymi i dyskryminowano ich. Nie powielajmy schematów z przeszłości.



Fot. istockphoto

Wspólna walka z koronawirusem ostatecznie zjednoczyła środowisko lekarskie – wskazywaliśmy niedociągnięcia, niedobory i nieprawidłowości, przeciwstawialiśmy się upolitycznianiu wiedzy o chorobie oraz hejtowaniu i dyskryminacji środowiska medycznego, pokazaliśmy fachowość i konkrety.

Jako izba lekarska służyliśmy Wam rzeczową i aktualną informacją i cieszy mnie, że z naszych mediów korzystano jako z tych pierwszych i najlepszych.

Czas podsumowań nadchodzi, we wrześniu spotkamy się na zjeździe i wszystko wskazuje na to, że jesteśmy jedyną izbą w Polsce, która przeprowadzi zjazd w trybie tradycyjnym. Mam nadzieję, że sytuacja epidemiczna nie utrudni nam spotkania i żywej, konkretnej dyskusji. Zarezerwujcie sobie, proszę, czas i weźcie udział w obradach 19 września. Osobom, które nie dotrą osobiście, umożliwimy udział w zjeździe *online*.

Życzę Wam możliwości wypoczynku, życzę sił i wytrwałości. Mówcie, że jesteście lekarzami i egzekwujcie przestrzeganie zasad higieny od społeczeństwa. Niech pacjenci nam ufają. ■

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z 6 czerwca 2020 r.

Sytuacja epidemiologiczna oprócz wpływu na życie prywatne obywateli naszego kraju wpłynęła znacząco na funkcjonowanie wielu instytucji i zakładów pracy. Wielkopolska Izba Lekarska stanęła przed wyzwaniem dostosowania się do tej sytuacji i zmieniających się warunków. Posiedzenie poprzedniej, majowej Okręgowej Rady Lekarskiej odbyło się w systemie obiegowym za pomocą łączy informatycznych. Wówczas, jak wspomniano w poprzednim omówieniu, podjęto uchwałę o zwołaniu XLIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w trybie obiegowym w dniach 19–27 czerwca 2020 r.

Wobec dynamicznie zmieniającej się sytuacji i zarządzeń mających na celu „odmrażanie” systemu, prób powrotu do normalności, została podjęta decyzja o zwołaniu czerwcowej Okręgowej Rady Lekarskiej w systemie łączonym, przy zachowaniu wszelkich rygorów sanitarnych. Posiedzenie odbyło się na sali wykładowej EDUWIL, w którym uczestniczyła część członków ORL mających łączność z pozostałymi za pomocą systemu wideo.

Obradom przewodniczył prezes ORL WIL dr Artur de Rosier.

Po przeprowadzeniu dyskusji nad stałymi punktami obrad – konkursami ordynatorskimi, sprawami poufnymi, które z oczywistego powodu nie mogą być przedmiotem niniejszego omówienia, przystąpiono do dyskusji nad przeprowadzeniem XLIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy.

Dyrektor Biura mgr Marek Saj przedstawił jeszcze raz szczegółowo warunki przeprowadzenia Okręgowego Zjazdu Lekarzy w systemie obiegowym, na który to system Okręgowa Rada Lekarska na poprzednim obiegowym posiedzeniu wyraziła zgodę. Następnie sekretarz ORL WIL dr Elżbieta Marcinkowska, przypominając o podjętej uchwale w sprawie zwołania OZL w systemie obiegowym, przedstawi-



ELŻBIETA MARCINKOWSKA
SEKRETARZ ORL WIL

ła drugą propozycję zwołania OZL w trybie tradycyjnym, tj. stacjonarnym we wrześniu 2020 r., z zachowaniem rygorów sanitarnych i możliwości uczestnictwa osobiście oraz z wykorzystaniem narzędzi elektronicznej komunikacji (wideokonferencji). Zdajemy sobie sprawę, że znajdujemy się w środku pandemii COVID-19 i nie mogąc przewidzieć dalszego rozwoju wypadków, jesteśmy przygotowani do zorganizowania ORL w obu systemach. Po dłuższej, wyczerpującej dyskusji i zadaniu pytania przez prezesa ORL WIL co do wyboru opcji członkowie ORL w drodze głosowania niewielką

przewagą głosów podjęli uchwałę o zorganizowaniu XLIII OZL dnia 19 września w trybie tradycyjnym, w połączeniu z zastosowaniem systemów elektronicznej komunikacji, tzw. hybrydowym.

Po podjęciu uchwały przyjmującej porządek obrad LXIII OZL przedstawiono Kolegom sprawozdanie z działalności ORL WIL i Prezydium w okresie epidemii SARS-CoV-2 od lutego do czerwca 2020 r. Sprawozdanie, poparte materiałem filmowym, jest zbyt obszerne, aby umieścić je w niniejszym omówieniu i będzie dostarczone wraz z pismem prezesa ORL WIL drogą listowną do każdego delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy. Wszelkie informacje dla członków WIL dostępne są także na naszej stronie internetowej, o której aktualizację i zamieszczanie wszelkich bieżących informacji dba pręźnie działający Ośrodek Komunikacji Medialnej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Dostosowując się do stale zmieniającej się sytuacji epidemicznej, dołożymy wszelkich starań, aby bezpiecznie zorganizować i przeprowadzić XLIII Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Szczegółowe kwestie związane z obradami XLIII OZL zostaną przekazane w terminie późniejszym. ■

Pilskie spotkanie

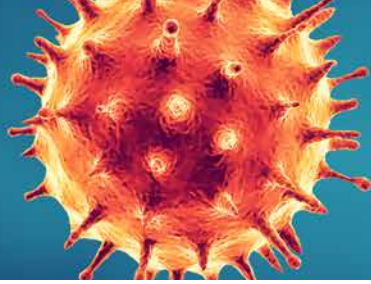
26 czerwca br. w Pile odbyło się spotkanie, w którym uczestniczyli prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Artur de Rosier i przedstawiciele Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej: wiceprezes ORL WIL Krzysztof Kordel, wiceprezes ORL WIL i przewodnicząca Delegatury w Pile Aldona Pietrysiak, sekretarz ORL WIL Elżbieta Marcinkowska, przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa ORL WIL i skarbnik ORL WIL Marcin Karolewski, a także lekarze Szpitala Specjalistycznego im. Stanisława Staszica w Pile zarówno pracujący tam obecnie, jak i ci, którzy zrezygnowali z pracy w czasie ostatnich kilku miesięcy.

Przedmiotem spotkania były treść i forma poddawania publicznej krytyce środowiska lekarskiego przez Starostę Pilskiego. Omawiano sprawę lekarki, której sprawa została skomentowana przez polityka na profilu społecznościowym Facebook 31 maja 2020 r. i wskazywała na nieuprawnione, przedwczesne rozstrzygnięcie o jej winie, a także sposoby interwencji starosty w sprawach związanych z lecze-

niem pacjentów. Jak podkreślali zebrani lekarze ze Szpitala Specjalistycznego im. Stanisława Staszica w Pile, od wielu miesięcy spotykają się z krzywdzącą krytyką ze strony Starosty Pilskiego. Jego działania uznają za bezpodstawną, oskarżycielską krytykę pracy lekarzy i niszczenie dobrego imienia całego środowiska lekarskiego.

ELŻBIETA MARCINKOWSKA, SEKRETARZ ORL WIL





Epidemia nie zniknęła

Czerwiec przyniósł zdecydowane ograniczenie rygorów stanu epidemicznego. Podczas długiego weekendu zapelnili się nadmorskie plaże, turystyczne miejscowości, tatrzańskie szlaki. W połowie tego miesiąca otwarte zostały nasze granice, wznowiono połączenia lotnicze. Tak więc wokół coraz więcej normalności, ale przecież koronawirus nas nie opuścił. Kolejne codzienne raporty ujawniają liczbę nowych i potwierdzonych przypadków zakażenia, osób wyleczonych i zmarłych.

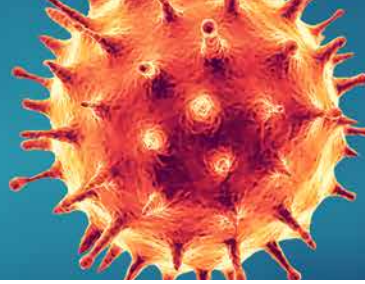
Zniepokojem zauważamy, że coraz więcej osób rezygnuje z masek, robiąc zakupy w sklepach, podczas publicznych zgromadzeń (także tych przedwyborczych), w miejscach kultu religijnego. Dystans też przestał już istnieć. Nie każdy korzysta ze środków dezynfekcyjnych czy rękawiczek! To wielki błąd! Koronawirus to groźny przeciwnik, szczególnie dla osób z obniżoną odpornością, starszych, z «wielochorobowością» (schorzeniami układu krążenia i oddechowego), w procesie leczenia, np. onkologicznego (chemioterapia). Nie dajmy się ponieść źle rozumianej «wolności» – czytamy w oświadczeniu Bożeny Janickiej, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. *Nastąpiło olbrzymie rozluźnienie, widzimy to w tramwajach, miejscach spotkań. Nie zachowujemy żadnych środków ostrożności. Oby nie przełożyło się to na gwałtowny wzrost zakażeń koronawirusem, który będziemy obserwować za około dziesięć dni* – mówił 13 czerwca 2020 r. w Radiu ZET prof. Andrzej Matyja, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Jego zdaniem niektóre decyzje o zniesieniu rygorów zostały podjęte przedwcześnie. Polska nadal bowiem pozostawała w tym czasie jednym z kilku krajów w Europie, w których krzywa zachorowań nie spadała. Tym bardziej wszelkie zgromadzenia, w tym i spotkania wyborcze, niestosowanie, skracanie dystansu społecznego mogą prowadzić do powstania nowych ognisk zakażeń SARS-CoV-2. *One się mogą rozpowszechnić na całe miejscowości i to jest dla mnie przerażające* – ocenił szef samorządu lekarskiego.

Dokładnie tydzień wcześniej odnotowano w Polsce największy dobowy przyrost liczby zakażeń (576) koronawirusem od początku epidemii. Wówczas w wywiadzie dla TVN 24 prof. A. Matyja przestrzegał: *Przebieg epidemii w naszym kraju w postaci bardzo wysokiej dziennej zachorowalności, ale w postaci prostej, był niebezpieczny, bo świadczy o tym, że chyba źle sobie radzimy w walce z epidemią. Nie widać żadnych zmian, by zmniejszała się liczba zachorowań dziennych, a wręcz odwrotnie. Zniesienie restrykcji jest nie tylko niezrozumiałe, ale i nieodpowiedzialne, może spowodować, że szczyt zachorowań w Polsce jest dopiero przed nami. Nie jestem wróżbitą, ale może tak być, że z opóźnieniem, ale jednak, doprowadzimy do sytuacji włoskiej czy hiszpańskiej.*

Powinniśmy się bać

Epidemia nie zniknęła. Według ministra Łukasza Szumowskiego cały czas powinniśmy się jej bać. I nadal na co dzień mieć na uwadze to, aby nie narażać na niebezpieczeństwo zakażenia siebie oraz innych. Tym bardziej że ewentualny ponowny całkowity *lockdown* nie wchodziłby w grę. Gdyby jednak gdzieś wybuchła transmisja pozioma i wystąpił tzw. wzrost wykładniczy, niektóre z ograniczeń musiałyby być przywrócone. Zwłaszcza w obliczu prognozowanej, nie tylko przecież w Polsce, drugiej fali epidemii jesienią 2020 r. Niewykluczone, że jeszcze groźniejszej, bo współistniejącej z gripą. W tej sytuacji wiele krajów, w tym Polska, planuje przeprowadzenie badań przesiewowych, które wskazałyby, ile osób realnie zostało dotkniętych koronawirusem. Zdaniem Wojciecha Andrusiewicza, rzecznika prasowego Ministerstwa Zdrowia, „jest duża liczba osób niezdiagnozowanych na koronawirusa, ponieważ przechodzą zakażenie bezobjawowo i nie widzą nawet potrzeby kontaktowania się z lekarzem. Mamy zakupione testy serologiczne, nie wykluczamy też badania testami antygenowymi, żeby sprawdzić to populacyjnie. Myślę, że decyzja w tej sprawie zapadnie w najbliższych tygodniach”.





3 czerwca 2020 r. Tomasz Molga w artykule zatytułowanym „Koronawirus w Polsce – najbardziej zagadkowa grupa ofiar COVID-19” (www.wp.pl), pisze: „COVID-19 stał się oficjalną przyczyną śmierci 1115 osób w Polsce (23 w śróde). Ofiary często mają choroby współistniejące, które zmniejszają szansę na przeżycie. Ministerstwo Zdrowia po raz pierwszy podało dane o najbardziej zagadkowej grupie pacjentów. Tych, którzy zmarli na skutek infekcji koronawirusem, a nie mieli innych chorób. Od początku epidemii do 19 maja osób, które zmarły na COVID-19, ale nie miały chorób współistniejących, było w Polsce dokładnie 200. Taką informację Ministerstwo Zdrowia podało osobie prywatnej, która wystąpiła z prośbą o udostępnienie informacji publicznej. Podano jednak tylko samą liczbę, bez komentarza, w jakim wieku były te ofiary.

To informacja statystyczna, której nie komentujemy. Nie zajmujemy się kwalifikowaniem przyczyn zgonu, nie wiemy dokładnie, czy te osoby były całkiem zdrowie przed infekcją

Nastąpiło olbrzymie rozluźnienie, widzimy to w tramwajach, miejscach spotkań. Nie zachowujemy żadnych środków ostrożności. Oby nie przełożyło się to na gwałtowny wzrost zakażeń koronawirusem, który będziemy obserwować za około dziesięć dni.



COVID-19, czy może w wyniku jakichś okoliczności nie zdiagnozowano u nich wcześniej innych chorób – usłyszeliśmy w Ministerstwie Zdrowia.

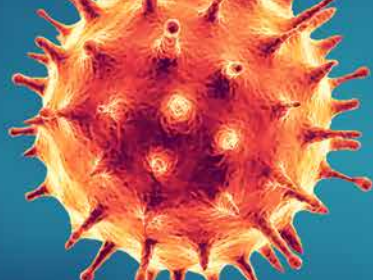
Doktor Paweł Grzesiowski, ekspert w dziedzinie immunologii, wykładowca Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, uważa, iż ta grupa ofiar epidemii powinna być obiektem specjalnych analiz. Jego zdaniem „możliwe, że o śmierci tych osób zdecydowały indywidualne cechy genetyczne. Dlatego tak bardzo potrzebne są dalsze badania naukowe nad przebiegiem pandemii. Nadal nie potrafimy precyzyjnie odpowiedzieć na pytanie, dlaczego niektórzy pacjenci przechodzą chorobę ciężko, a inni łagodnie. Dlaczego są takie różnice w śmiertelności epidemii pomiędzy Polską a na przykład Belgią”.

Lek z Polski?

Tymczasem z Lublina idzie w świat informacja o być może pierwszym, nie tylko w Polsce, leku na koronawirusa. Szczegóły przedstawione zostały na konferencji prasowej. Lek z osocza osób, które przeszły COVID-19 miałyby być gotowy za ok. 3 miesiące. Będzie podawany iniekcyjnie (domięśniowo lub dożylnie). Wyprodukuje go lubelski Biomed, projekt finansowo kwotą 5 mln zł wsparła Agencja Badań Medycznych. Przy tej okazji TVP Lublin przypomniała, że w tutejszym PSK1 przy ul. Staszica szef kliniki chorób zakaźnych, prof. Krzysztof Tomaszewicz, jako pierwszy podał zakażonym osocze ozdrowieńców.

Brytyjscy naukowcy potwierdzili, że deksametazon z grupy sterydów znacznie zmniejsza śmiertelność wśród najcięższych chorych na COVID-19 i zarazem ogłosili go pierwszym lekiem z klinicznie potwierdzoną skutecznością. *To jest dobra wiadomość. Gratuluję rządowi brytyjskiemu, uniwersytetowi w Oxfordzie, a także wielu szpitalom i pacjentom w Wielkiej Brytanii, którzy przyczynili się do tego przełomu naukowego, który ratuje życie* – powiedział dyrektor generalny WHO. Media piszą, że to naukowy przełom. Tymczasem w Polsce, jak poinformował rzecznik prasowy MZ, lek ten stosowany jest w leczeniu objawowym COVID-19 od początku epidemii.





Z kolei z niemieckiego Bochum dociera informacja o badaniach szwajcarsko-niemieckiego zespołu. Naukowcy sprawdzili, jak długo wirus utrzymuje zdolność zakażenia na metalowej powierzchni w różnych temperaturach, od 4 do 30 stopni Celsjusza. I okazało się, że SARS-CoV-2 zachowuje swoją aktywność w takim samym czasie zarówno w niskiej, jak i wysokiej temperaturze. *To zaskakujące: nie ma znaczenia, czy jest zimno czy bardzo gorąco* – powiedziała prof. Stephanie Pfänder z Ruhr-Universität w Bochum, współautorka pracy opublikowanej w „Journal of Infection”.

Nadal wątpliwości

Świat nadal nie porzuca wątpliwości dotyczących źródła SARS-CoV-2. Richard Dearlove, były szef brytyjskiego wywiadu Secret Intelligence Service (MI6) uważa, że koronawirus został opracowany przez chińskich naukowców i przypadkowo wydostał się z laboratorium. Mają o tym zaświadczać kluczowe elementy w sekwencji genetycznej, które nie ewoluowały naturalnie. Według www.o2.pl „Dearlove odniósł się do artykułu naukowego opracowanego przez profesora Angusa Dalglisha ze szpitala St George’s na Uniwersytecie Londyńskim oraz norweskiego wirusologa Birgera Sorensena. Naukowcy twierdzą, że znaleźli elementy w sekwencji genetycznej SARS-CoV-2, które wskazują na celową manipulację przez ludzi”. Chiny, poprzez Liu Xiaominga, swojego ambasadora w Wielkiej Brytanii, zapewniają, że są w tej sprawie „otwarte, transparentne i nie mają niczego do ukrycia”. I choć oficjalnie utrzymują, że bezwzględnie poinformowały świat o koronawirusie, to kolejne kraje domagają się niezależnego śledztwa. Unia Europejska przygotowała projekt rezolucji na Światowe Zgromadzenie Zdrowia, w którym jednoznacznie wskazuje na konieczność poznania przyczyn wybuchu pandemii COVID-19. Co ciekawe, wsparły go także m.in. Kanada, Rosja, Turcja, Wielka Brytania, a w ostatniej chwili i Stany Zjednoczone. Dokument został przyjęty 19 maja 2020 r. w Genewie. Niespełna miesiąc później (17 czerwca) Chiny potwierdzają w sumie 137 przypadków zachorowań w Pekinie. Wcześniej – przed ponad 50 dni – nie stwierdzono w tym mieście ani jednego

przypadku infekcji SARS-CoV-2. Wśród 13 najnowszych przypadków, według raportu Narodowej Komisji Zdrowia, 11 dotyczy osób, które przyjechały do Chin z zagranicy; 30 obszarów mieszkalnych poddanych zostało kwarantannie.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wstrzymała testy kliniczne hydroksychlorochiny. Lek przeciwmalaryczny, jak przypuszczano, mógł łagodzić przebieg COVID-19. Badania wykazały coś odwrotnego. Medyczne czasopismo naukowe „Lancet” wcześniej informowało: testy z udziałem prawie 100 tys. osób mówią, że ten lek nie tylko nie zapobiega zakażeniu koronawirusem, ale może pogorszyć przebieg COVID-19, a nawet doprowadzić do śmierci pacjenta. Pozostaje on bezpieczny wyłącznie w leczeniu malarii. Także amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) cofa zezwolenie na stosowanie hydroksychlorochiny i pokrewnej chlorochiny w leczeniu chorób układu oddechowego wywołanych przez wirusa SARS-CoV-2.

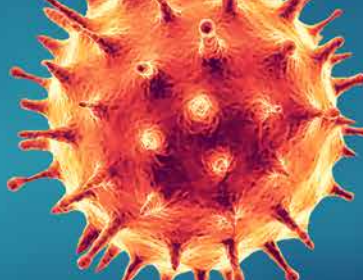
Jedynie trzy województwa

Pod koniec maja minister zdrowia informuje, że ogromną większość kraju charakteryzuje tendencja spadkowa w przebiegu epidemii koronawirusa. Nie osiągnęły tego jedynie trzy województwa: śląskie, wielkopolskie i łódzkie. Większość zachorowań dotyczy dużych ognisk (w kopalniach, w fabryce mebli). Wykonanych zostało tam 40 tys. testów, przystąpiono do badań rodzin osób zakażonych.

Od soboty, 30 maja 2020 r., noszenie maseczek w przestrzeniach ogólnodostępnych nie jest obowiązkowe, zwiększone zostały limity osób w sklepach, restauracjach czy kościołach, a zgromadzenia (w tym wesela) mogą liczyć 150 osób. *Jestem oszołomiony radykalizacją tego wszystkiego* – powiedział w rozmowie z „Gazetą Wrocławską” prof. Krzysztof Simon, ordynator oddziału zakaźnego szpitala przy ul. Koszarowej we Wrocławiu, gdzie leczeni są pacjenci z koronawirusem. Ostrzegł, że luzowanie rygorów stanu epidemicznego może przynieść gwałtowny nawrót epidemii. I dodał: *Obym się mylił*. Media informują, że Szpital Zakaźny przy ul. Szwajcarskiej w Poznaniu jest prekursorem w Polsce w zakresie nowatorskiego leczenia COVID-19



Świat nadal nie porzuca wątpliwości dotyczących źródła SARS-CoV-2. Uważa, że koronawirus został opracowany przez chińskich naukowców i przypadkowo wydostał się z laboratorium. Mają o tym zaświadczać kluczowe elementy w sekwencji genetycznej, które nie ewoluowały naturalnie.



remdesiwirem, amerykańskim lekiem wcześniej stosowanym w walce z epidemią wirusów Ebola i MERS. Nie jest on zarejestrowany w naszym kraju, decyzję o jego zastosowaniu podjęła Europejska Agencja Leków. Wcześniej aplikowany był pacjentom m.in. w Chinach i Stanach Zjednoczonych. To lek przeciwwirusowy należący do analogów nukleotydów, podaje się go dożylnie.

Kibice wracają na stadiony

Od 30 maja nie musimy zasłaniać nosa i ust w otwartej przestrzeni, jednakże pod warunkiem, iż możemy zachować 2 m odstęp od innych. Maseczki będą konieczne w niektórych przestrzeniach zamkniętych (m.in. sklepy, kościoły, autobusy, tramwaje). Otwarte zostają kina, teatry, siłownie i salony masażu, koniecznie w warunkach ścisłego reżimu sanitarnego. Możliwa jest organizacja wesel do 150 osób. Jedna zasada pozostaje nadal aktualna i obowiązująca. Musimy zachować szczególną ostrożność w kontaktach z innymi, przestrzegać rygoru społecznego dystansu. Premier zapowiada częściowe otwarcie stadionów dla kibiców – już od 19 czerwca. Fani piłki nożnej będą mogli zająć do 25 proc. miejsc na stadionach. Oczywiście w odpowiednim reżimie sanitarnym.

Na początku czerwca 2020 r. minęło 100 dni od pierwszego potwierdzonego przypadku COVID-19 na terenie Polski. Zakażony przyjechał z Niemiec 4 marca. Drugi odnotowany przypadek (9 marca) w Krakowie – zakażony przybył z Włoch. Epidemia rozwijała się powoli. W tym czasie w Hiszpanii i we Włoszech notowano po kilka tysięcy zachorowań, gwałtownie rosła liczba ofiar śmiertelnych. Dzisiaj oba te kraje mają szczyt epidemii za sobą. Tymczasem Polska, z trzema dużymi ogniskami, pod względem liczby nowych zakażeń jest w czołówce państw Europy.

Przestaliśmy się pilnować

Statystyka koronawirusa w Polsce i na świecie, według serwisu Medonet.pl, 15 czerwca 2020 r. przedstawiała się następująco: potwierdzone zakażenia 29 788 i 8 008 787, ofiary śmiertelne – 1256 i 435 865, wyzdrowienia – 14 383 i 4 135 523. Zdaniem ekspertów kilka najbliższych tygodni pokaże, czy decyzje o IV etapie odmrożenia rygorów stanu epidemicznego były słuszne i czy nie wywołają one wzrostu zachorowań. Każda decyzja odmrażająca, zdaniem ministra Szumowskiego, wyrażonym w wywiadzie dla portalu Interia.pl, jest „kompromisem między ryzykiem epidemicznym a ryzykiem upadku, bądź znacznego spowolnienia gospodarczego kraju. Musimy jednak odmrażać gospodarkę, żebyśmy mogli żyć”.

Według prof. Krzysztofa Pyrcia, biologa i wirusologa z Uniwersytetu Jagiellońskiego, przyczyną wzrostu zachorowań jest to, że przestaliśmy się pilnować. W programie „Newsroom” Wirtualnej Polski, wskazał i drugi powód tej sytuacji: *Chodzi o to, że „szybko się otworzyliśmy” na świat, zanim epidemia została wygaszona do liczby pojedynczych przypadków.* Profesor jest zdania, że dojdzie do drugiej fali zachorowań. W jego ocenie istnieje ryzyko, że jeśli za dużo osób rozchoruje się



Premier zapowiada częściowe otwarcie stadionów dla kibiców – już od 19 czerwca. Fani piłki nożnej będą mogli zająć do 25 proc. miejsc na stadionach. Oczywiście w odpowiednim reżimie sanitarnym.

jednocześnie, to tym osobom nie będzie można pomóc. Tym bardziej że cały czas nie ma skutecznego lekarstwa ani szczepionki na koronawirusa. Jednak, jak podkreślił, potrafimy sobie już radzić z najcięższymi przypadkami choroby.

Przez dłuższy czas

Na początku trzeciej dekady czerwca 2020 r. w Polsce nadal nie ma oznak tendencji spadkowej, dzienna liczba zakażeń koronawirusem utrzymuje się na wysokim poziomie. Minister zdrowia przekazał Państwowej Komisji Wyborczej rekomendacje dotyczące dwóch gmin (Baranów w Wielkopolsce i Markłowice na Śląsku), w których głosowanie na prezydenta RP miało się odbyć wyłącznie w formie korespondencyjnej. Ostateczne decyzje mają być podejmowane na podstawie liczby nowych zakażeń, aktywnych chorych i osób objętych kwarantanną oraz izolacją.

19 maja 2020 r. liczba osób zakażonych wynosiła 19 268, a ofiar śmiertelnych 948. Dokładnie miesiąc później odpowiednio: 31 316 i 1334 osób. Nowe potwierdzone tego dnia zakażenia dotyczyły 15 województw, wykonanych zostało 26 700 testów. W sumie w czasie epidemii COVID-19 wykonanych zostało w Polsce, według stanu na 15 czerwca 2020 r., 1 203 647 testów (najwięcej w województwach: mazowieckim – 306 582, wielkopolskim – 131 753, śląskim – 118 400). Ministerstwo Zdrowia zachęca osoby przebywające na kwarantannie do wykonania testu w mobilnym punkcie pobrań. Wyłącznie w jej 10. lub 11. dniu jest on bezpłatny. Związana z tym procedura precyzyjnie określa, co i jak należy wykonać, aby nie być w konflikcie z rygorami kwarantanny. Wiele wskazuje na to, że jeszcze przez dłuższy czas będziemy żyć z SARS-CoV-2 i nieustannie uczyć się kolejnych zachowań w zależności od stanu epidemii, jej zagrożeń, mając na co dzień na uwadze bezpieczeństwo własne i innych.

ANDRZEJ PIECHOCKI

Rozmowy o „odmrażaniu”

Rozumiemy się bez słów...

O Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy przekształconym od 23 kwietnia br. na szpital jednoimienny było głośno w mediach. Zarówno wtedy, kiedy do szpitala przyjeżdżali kolejni chorzy zarażeni koronawirusem, jak i wtedy, kiedy zapadła decyzja wojewody o wygaszeniu od lipca br. „działalności covidowej”, czyli powrotu do leczenia chorób pulmonologicznych, m.in. raka płuc, gruźlicy, astmy. O tym, jak wyglądały te dwa i pół miesiąca działalności szpitala w Wolicy rozmawiamy z jego dyrektorem – Sławomirem Wysockim.



■ **Katarzyna Strzałkowska:** Zaczniemy od liczb. Ilu Państwo mogli przyjąć pacjentów i ile osób mogło się nimi zajmować?

Sławomir Wysocki: Mogliśmy leczyć maksymalnie 120 pacjentów naraz, bo tyle jest łóżek dla chorych. Na stałe w szpitalu pracowało 136 osób – lekarzy i pielęgniarek, diagnostów, farmaceutów oraz personelu niemedycznego. „Działalność covidową” w kwietniu szpital rozpoczynał z połową obsady medycznej, bo pielęgniarki i lekarze nie mogli pracować w dwóch miejscach naraz zgodnie z ustawą. Byli też wolontariusze i ratownicy medyczni dla wsparcia.

■ **KS:** Macie Państwo czas do końca czerwca na przygotowanie się do pracy statutowej. Choć na jesień zapowiada się kolejne przekształcenie na szpital jednoimienny, zajmujący się ponownie osobami chorymi na koronawirusa. Pan w wywiadach mówi ostro: „Nasi pracownicy tego nie wytrzymają”. Dlaczego to jest takie trudne?

SW: Jeżeli chodzi o sprawy techniczne związane z przekształceniem,

to mamy optymalną koncepcję, jak zorganizować pracę w szpitalu na ten czas od lipca, żeby w razie innej decyzji na jesień nie ponosić znowu dodatkowych kosztów. Byśmy szybko byli w stanie wrócić do specyfiki szpitala jednoimiennego w czasie epidemii. Jest to bardzo trudne ze względów psychologicznych dla pracowników, bo jest to huśtawka emocjonalna, przekształcanie na „działalność covidową” na dwa miesiące, potem powrót i zapowiadanie kolejnych zmian. Jest to dużym stresem dla personelu i to jest najważniejszy aspekt w tym wszystkim. My jako dyrekcja szpitala objęliśmy ich opieką psychologiczną, zorganizowaliśmy im rehabilitację. Był to bardzo trudny czas dla tych, którzy walczyli o życie innych na pierwszej linii frontu, zwłaszcza na początku, kiedy przyjęliśmy blisko 80 chorych z DPS i ośrodków opieki, wszyscy leżący, wszyscy pampersowani i chorzy na koronawirusa, w większości bez kontaktu. My wiedzieliśmy jedno, że najważniejsze to zabezpieczyć personel, żeby nie było zachorowań, bo ina-

czej nie będzie miał kto leczyć innych. Bo sprzęt – nawet najlepszy – nie leczy, tylko ludzie. Podołaliśmy temu wyzwaniu. Jesteśmy zdrowi. Przyjęliśmy w sumie 137 pacjentów chorych na koronawirusa.

■ **KS:** Mówił Pan ogólnie o pracownikach, ale ilu lekarzy pracuje w szpitalu i jakiej są specjalizacji?

SW: Obecnie pracuje 11 lekarzy. Czworo to młodzi lekarze, pozostali lekarze mają specjalizacje z pulmonologii, w tym dwie osoby są z tytułem doktora nauk medycznych.

■ **KS:** Państwo wymieniali publicznie kwoty na działalność. Narodowy Fundusz Zdrowia też się odezwał w tej kwestii. Dlaczego zdecydowaliście się Państwo na głośne mówienie o tych sumach?

SW: Planuje się wydatki, wiedząc dokładnie, jakimi środkami się dysponuje. W kwietniu było mówione, że tzw. ryczałt z działalności podstawowej, czyli nazwijmy go ryczałtem pulmonologicznym, będzie nadal utrzymany, a dodatkowo szpital dostanie środki z „działalności covidowej”. W czerwcu zapadła decyzja, że jednak tak nie będzie, że będziemy rozliczani tylko za „działalność covidową”. W związku z tym trochę nam to zburzyło cały plan i mamy braki w naszym budżecie. A to około miliona złotych. Dlatego zdecydowaliśmy się o tym głośno mówić. 30 czerwca br. w Łodzi odbędzie się spotkanie wszystkich dyrektorów szpitali jednoimiennych, abyśmy mogli porozmawiać o tych problemach. Te kwestie finansowania i bezpiecznego powrotu do normalności będą omawiane. Każdy stanie prędzej czy później przed sytuacją powrotu do działalno-



Rozmowy o „odmrażaniu”

ści statutowej i to są koszty. W okresie powrotu do normalności będziemy mieć płacony ryczałt pulmonologiczny i teraz nie mamy żadnej gwarancji, że będziemy mieli pełne obłożenie pacjentów i czy do końca roku odrobimy straty finansowe. Pozostaje wiele aspektów, bo np. pacjenci mogą się bać wracać do szpitala, który był jednoimienny lub rozpoczęli leczenie długoterminowe chemioterapią w innej placówce, więc nie przerwą jej. Jaki będzie napływ pacjentów? Jaka będzie

realizacja kontraktu? To dziś jest wielką niewiadomą.

■ **KS: Jaka nauka płynie po doświadczeniu dwóch i pół miesiąca walki z pandemią na pierwszej linii?**

SW: Ja mogę powiedzieć tylko jedno – jestem dumny, że mam taki zespół. I mówię to z wielkim wzruszeniem. Poznaliśmy się jeszcze bardziej i wspieraliśmy. Byliśmy w tym sami, ale wspierali nas wolontariusze, fundacje, organizacje, strażacy i samorządy. Nasi

pracownicy nie wiedzieli rodzin przez długi czas, bo mieszkali w hotelach.

Był to bardzo trudny czas, ale pozwolił na lepsze poznanie siebie, swoich reakcji na sytuacje kryzysowe. Jestem dumny z mojego zespołu, który jest jednością i rozumiemy się bez słów, a do tego wszyscy jesteśmy zdrowi. To jest nasza największa nauka i nasz największy dar w czasach zarazy.

WSPÓŁPRACA:
WIOLETTA PRZYBYLSKA
(RZECZNIK PRASOWY SZPITALA W WOLICY)

Nie ma monopolu na rację

O pracy lekarzy specjalistów w czasie epidemii mówiono przede wszystkim w kontekście teleporad. Zarówno lekarze, jak i pacjenci z nich korzystali. Ale przyszedł czas, kiedy zaczęto mówić o konieczności badań, przywróceniu większej liczby operacji i zabiegów, a przede wszystkim o powrocie do spotkania z chorym. W specjalistycie zaczęto patrzeć na wytyczne i zastanawiać się, co dała pandemia przy powrocie do „normalnego” trybu pracy na szpitalnych oddziałach. O tych kwestiach rozmawiamy z prof. dr. hab. n. med. Wojciechem Golusińskim – prezesem Europejskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi (European Head and Neck Society), kierownikiem Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Wielkopolskim Centrum Onkologii oraz lekarzem i partnerem medycznym Szpitala św. Wojciecha w Poznaniu.

■ **Katarzyna Strzałkowska: Ochrona zdrowia powoli się odmraża.**

Wojciech Golusiński: Tak, i uważam, że po tych paru miesiącach epidemii wszystkie programy profilaktyczne w onkologii powinny wrócić jak tsunami. Każdy, kto ma jakiegokolwiek objawy związane z chorobą nowotworową, bez względu na lokalizację, powinien przestać myśleć o koronawirusie. Musimy nadrobić utracony czas. Statystyki Narodowego Funduszu Zdrowia pokazywały w maju zmniejszoną o połowę w stosunku do kwietnia ilość wystawianych kart DİLO, ale to przecież wcale nie świadczy o zmniejszeniu się liczby nowych chorych, tylko o obawach i strachu związanych z leczeniem w dobie pandemii, ograniczonej dostępności do świadczonych usług oraz braku informacji, gdzie można uzyskać pomoc.

■ **KS: Teleporady w onkologii nie wystarczą...**

WG: Teleporady to tylko częściowo dobry pomysł. W onkologii trzeba zobaczyć guz, ranę pooperacyjną, zrobić badania diagnostyczne. Pojawiające się niepokojące objawy, po zakończeniu leczenia onkologicznego, mogą być sygnałem, że mamy do czynienia ze wznową procesu nowotworowego. W onkologii liczy się przede wszystkim czas – od momentu diagnostyki do wdrożenia leczenia.

■ **KS: Jak oddzielić w takim razie świat chorych badanych i operowanych od tych, którzy mogą być zarażeni?**

WG: Oddzielić się nie da, ale obecnie w szpitalach np. w Wielkopolskim Centrum Onkologii, gdzie codziennie stają przy stole operacyjnym, przestrzegane są wszystkie procedury związane z bezpieczeństwem. Pracujemy ubrani

w kombinezony, maseczki, czepki, obuwie ochronne. Są wydzielone strefy czasowe i przestrzenne. Przez długi czas pracowaliśmy w mniejszych zespołach, inaczej umawiamy pacjentów, ograniczamy liczbę przyjęć, żeby móc zachować środki bezpieczeństwa, ale przyjmujemy. Każdego dnia staramy się zwiększyć dostępność do świadczeń.

W zakresie nowotworów głowy i szyi, w czasie epidemii, powstało wiele procedur i rekomendacji, jak wdrożyć leczenie, które będzie skuteczne, a nie narazi chorego i pracowników ochrony zdrowia na możliwość zakażenia się koronawirusem. Zastosować inne leczenie – tak, ale równie skuteczne i z porównywalnymi wskaźnikami przeżycia. Nigdy by nie powstały rekomendacje o tak fantastycznej wartości, wysoko punktowane. W trakcie pandemii specjaliści zjednoczyli się, wymienili doświadczeniami i ustalili najlepsze kierunki działania. To niesamowita wartość. Renomowane ośrodki z Europy i świata – Stanów Zjednoczonych, Australii, Ameryki Południowej, stworzyły elementarz diagnostyczno-leczniczy, którego dostępność jest powszechna. Oczywiście mam świadomość, że są to dokumenty w języku angielskim, zastanawiamy się nad tłumaczeniem, ale nie wszystko można przełożyć w sposób adekwatny na język polski.

■ **KS: No właśnie. Z polskimi wytycznymi jest kłopot. Prezydium ORL WIL zaapelowało o wytyczne konsultantów ze wszystkich dziedzin.**

WG: Ja bym jednak szukał pozytywów w tej sytuacji. Mamy taką naturę, że nie chcemy przyjmować czegoś, co nam się narzuca, ale teraz głęboko odczuliśmy brak takich zaleceń. Epidemia dała szansę na wytyczne i zmieniła sposób ▶



Fot. Monika Bączek

► myślenia lekarzy o rekomendacjach. Każdy z nas, podejmując optymalne decyzje dla chorego, może zawsze upewnić się o słuszności swojej decyzji, zaglądając do zaleceń.

■ **KS: Mimo tego widać, jak ciężki to zawód. Nakazy, zakazy, praca w jednym miejscu...**

WG: Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia w okresie pandemii są narażeni na ryzyko zachorowania, tylko profesjonalizm i zaangażowanie pozwalają tego uniknąć. Pracujemy, stosując wszystkie środki ochrony osobistej przed zakażeniem. Czas spędzony na sali operacyjnej, w poradni, na oddziale sprawia, że po kilku czy kilkunastu godzinach czujemy duże zmęczenie. Szczególnie młodzi lekarze potrzebują nadzoru kogoś, kto to wszystko weźmie na swoje barki, więc dla starszych, doświadczonych lekarzy to też jeden z najbardziej intensywnych okresów. Boimy się o zdrowie swoje i swoich rodzin, i mamy – jak każdy człowiek – ograniczone możliwości psychofizyczne. Różnie też bywa z podziękowaniami za naszą wytrwałość. Początkowo były okłaski, potem przyszło hejtowanie. Pandemia obnażyła też naszą organizację ochrony zdrowia. Powołanie szpitali jednoimiennych to był dobry ruch, ale wprowadzenie jednego miejsca pracy dla lekarzy bardzo utrudniło życie dyrektorom

szpitali. Zespół buduje się latami, a zburzyć można go bardzo łatwo. Możemy teraz tylko liczyć na mądrość zarządzających szpitalami, czyli stanowczość w działaniu, ale także umiejętność podziękowania i docenienia pracy zespołu. Ważne jest także wykonywanie personelowi i chorym testów, choć wiem, że moce przerobowe i finansowe nie pozwalają, aby robić to wystarczająco często.

■ **KS: Czyli nie bać się koronawirusa?**

WG: Nie odpuszczać standardów proceduralnych w zakresie ochrony, ale nie bać się i odmierać przede wszystkim te specjalizacje, które leczą choroby cywilizacyjne: onkologia i kardiologia. Trzeba przywrócić działalność SOR oraz otworzyć szpitale pediatryczne.

■ **KS: I wszystko wróci do normy?**

WG: Pandemia nauczyła nas, że to, co raz dane nie musi być raz na zawsze. Ja się bardzo dużo nauczyłem pokory, po raz kolejny, i tego, że nie ma monopolu na rację. Najlepiej byłoby, żeby i rządzący to zrozumieli i zabrali się porządnie za temat ochrony zdrowia, uwzględniając głosy tych, którzy pracują w jednostkach ochrony zdrowia oraz tych, którzy nimi zarządzają. ■

Odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu

Koleżanki i Koledzy lekarze w większości przypadków nie wiedzą, jaką ma wartość ich polisa ubezpieczeniowa w ZUS w razie wypadku przy pracy bądź choroby zawodowej

Wartość polisy w ZUS co roku zmienia się, w zależności od wielkości przeciętnego wynagrodzenia. Przedstawię aktualny stan, obowiązujący od 1 kwietnia 2020 r.

W bieżącym roku, tj. od 1 stycznia 2020 r. do 31 marca 2020 r. za każdy 1 punkt procentowy przysługuje 20% przeciętnego wynagrodzenia. Wynika to z obwieszczenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w „MP” z dnia 3 marca 2020 r., poz. 279.

Jednorazowe odszkodowanie przysługuje ubezpieczonemu, który wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Przy czym za **stały uszczerbek** na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy. Natomiast za **długotrwały uszczerbek** na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące się poprawić.

Oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz jego związek z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową dokonuje się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.

Wartość odszkodowania. Jednorazowe odszkodowanie przysługuje w wysokości **20% przeciętnego wynagrodzenia**



DR N. MED.
KRZYSZTOF TUSZYŃSKI
– CZŁONEK
KKW-NIL I WIL
W POZNANIU

nia za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Jeżeli wskutek pogorszenia się stanu zdrowia stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu, będący następstwem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, który był podstawą przyznania jednorazowego odszkodowania, ulegnie zwiększeniu co najmniej o 10 punktów procentowych, jednorazowe odszkodowanie **zwiększa się o 20% przeciętnego wynagrodzenia** za każdy procent uszczerbku na zdrowiu przewyższający procent, według którego ustalone było to odszkodowanie.

Jednorazowe odszkodowanie jest **zwiększane o kwotę stanowiącą 3,5-krotność przeciętnego wynagrodzenia**, jeżeli:

- w stosunku do ubezpieczonego została orzeczona całkowita niezdolność do pracy oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej,
- wskutek pogorszenia się stanu zdrowia w następstwie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w stosunku do rencisty została orzeczona całkowita niezdolność do pracy oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Odszkodowanie dla rodziny. Jednorazowe odszkodowanie przysługuje także członkom rodziny:

- ubezpieczonego, który zmarł wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej,
- w razie śmierci wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej rencisty, który był uprawniony do renty z ubezpieczenia wypadkowego.

W analogicznym okresie ZUS wypłaca za 1% kwotę 984 zł. Oznacza to, że 100% uszczerbku (całkowita niezdolność do pracy) ma wartość 98 400 zł. Są jeszcze dodatkowe podwyżki, które prezentuję w tabeli.

Analizując powyższe kwoty, nasuwają się pewne intelektualne i praktyczne sugestie – mianowicie chcę zwrócić uwagę na celowość poddania się dobrowolnie badaniom profilaktycznym (wstępne, okresowe, kontrolne) mimo braku tego obowiązku dla osób pracujących na umowach cywilno-prawnych. Sugestia ta wynika z doświadczenia orzeczniczego. Znane są mi sytuacje Kolegów, którzy wskutek wypadku zmarli, mieli również przewlekłą chorobę leczoną i wyrównaną (np. nadciśnienie I° według WHO), a zawał serca, który doprowadził do zgonu, był często i chętnie nieuznawany za wypadek przy pracy, zaś argumentacja opierała się o brak oceny stanu zdrowia przed podjęciem pracy. O nagłych zgonach lekarzy przy pracy co jakiś czas informują media. Jeżeli więc uprawniony lekarz po badaniu (np. okresowym) dopuszcza innego lekarza do pracy – a wystąpi nagły zgon przy pracy (spełniający trzy warunki definiujące cechy wypadku przy pracy), to w tym przypadku zostaje uznany wypadek przy pracy. W konsekwencji powstaje prawo do odszkodowania.

Istotną kwestią dla nas, lekarzy, jest analizowanie wartości 1% odszkodowania za uszczerbek na zdrowiu (obecnie w ZUS 984 zł) i porównanie tej kwoty przy odszkodowaniach proponowanych przez towarzystwa ubezpieczeniowe.

Analogicznie jest w przypadku choroby zawodowej, np. nabytej wskutek infekcji. My, lekarze, jesteśmy stale narażeni na różne choroby zawodowe wskutek infekcji.

Odrębną, lecz istotną kwestią dla nas, lekarzy, jest analizowanie wartości 1% odszkodowania za uszczerbek na zdrowiu (obecnie w ZUS 984 zł) i porównanie tej kwoty przy odszkodowaniach proponowanych przez towarzystwa ubezpieczeniowe.

Jest to szczególnie istotne przy ubezpieczeniach NNW oferowanych, np.:

- przy ubezpieczeniu dzieci w szkole,
- przy dodatkowych nieobowiązkowych doubezpieczeniach pracowników,
- przy turystycznych wyjazdach krajowych i zagranicznych.

Dla przykładu: ubezpieczenie się w ramach polisy NNW o wartości np. 20 tys. zł powoduje to, iż 1% uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy ma wtedy wartość tylko 200 zł. Sugeruję więc analizę arytmetyczną i porównanie do ustaleń w ZUS.

DR N. MED. KRZYSZTOF TUSZYŃSKI

984 zł	za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu zwiększenia tego uszczerbku co najmniej o 10 punktów procentowych
17 214 zł	z tytułu orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego
17 214 zł	z tytułu orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji wskutek pogorszenia się stanu zdrowia rencisty
88 527 zł	gdy do jednorazowego odszkodowania uprawniony jest mąż lub dziecko zmarłego ubezpieczonego lub rencisty
44 264 zł	gdy do jednorazowego odszkodowania uprawniony jest członek rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty inny niż mąż lub dziecko
88 527 zł i 17 214 zł z tytułu zwiększenia tego odszkodowania przysługującego na każde z tych dzieci	gdy do jednorazowego odszkodowania uprawnieni są równocześnie mąż i jedno lub więcej dzieci zmarłego ubezpieczonego lub rencisty
88 527 zł i 17 214 zł z tytułu zwiększenia tego odszkodowania przysługującego na drugie i każde następne dziecko	gdy do jednorazowego odszkodowania uprawnionych jest równocześnie dwoje lub więcej dzieci zmarłego ubezpieczonego lub rencisty
17 241 zł	gdy obok małżonka lub dzieci do jednorazowego odszkodowania uprawnieni są równocześnie inni członkowie rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty, każdemu z nich niezależnie od odszkodowania przysługującego małżonkowi lub dzieciom
44 264 zł i 17 214 zł z tytułu zwiększenia tego odszkodowania przysługującego na drugiego i każdego następnego uprawnionego	gdy do jednorazowego odszkodowania uprawnieni są tylko członkowie rodziny inni niż mąż lub dziecko zmarłego ubezpieczonego lub rencisty

Sprzeciw całego środowiska

W piątkowy wieczór (19 czerwca 2020 r.) Sejm przyjął antykrzysową „Tarczę 4.0” przeznaczoną głównie dla przedsiębiorców. Ale nie tylko dla nich. Wprowadzone zostały doń i zmiany w Kodeksie karnym. Chodzi o art. 37a zaostrzający kary za wiele przestępstw. Po wprowadzeniu nowelizacji grozić będzie tylko kara więzienia. Sejm odrzucił senacką poprawkę. Tak więc aby ustawa weszła w życie, potrzebny jest podpis prezydenta.

Do zmian w Kodeksie karnym odniósł się w wypowiedzi dla TVN 24 dr Mikołaj Małecki z Katedry Prawa Karnego Uniwersytetu Jagiellońskiego: *Pod pozorem „Tarczy 4.0” chce się ukryć jedną, drobną zmianę. Zmiana tego jednego małego przepisu powoduje, że zaostrzają się kary za bardzo wiele przestępstw opisanych w Kodeksie karnym. W ramach tego przepisu zmienia się jego charakter, a w następstwie tego przestępstwa zapisane w Kodeksie karnym zaczynają być zagrożone tylko karą pozbawienia wolności.*

Obecnie mamy taką sytuację, że sąd może elastycznie wybierać w przypadku bardzo wielu występów z trzech możliwych kar: grzywny, ograniczenia wolności albo kary więzienia. Najpierw bierze pod uwagę, czy wystarczy wymiarzenie komuś grzywny lub prac społecznych i dopiero na końcu może przejść do kary izolacyjnej. Tymczasem po wprowadzeniu tej nowelizacji grozić będzie tylko kara więzienia.

Nie forsowaliśmy żadnych przepisów dotyczących karania czy zaostrzenia kar dla lekarzy. My żadnych konsekwencji karnych nie wyciągamy w stosunku do lekarzy – zapewnił na poniedziałkowej konferencji rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia Wojciech Andrusiewicz.

Zdaniem samorządu lekarskiego ta nowelizacja zaostrza odpowiedzialność karą za błędy medyczne. Jest kolejną próbą jej zaostrzenia wobec lekarzy i lekarzy dentyków. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja zwrócił się do prezydenta Andrzeja Dudy, by wstrzymał wejście w życie nowelizacji art. 37a Kodeksu karnego. W liście czytamy m.in.:

„Szanowny Panie Prezydencie, zwracam uwagę, że w dobie epidemii koronawirusa lekarze stoją na pierwszej linii walki z zagrożeniem, ryzykują swoje życie i zdrowie oraz zdrowie swoich rodzin, czym zasłużyli sobie na szacunek i wsparcie. Z wielu stron spotyka nas, lekarzy, niesłychana wdzięczność i bezinteresowna ofiarność. Ludzie dobrej woli przekazują pieniądze dla placówek medycznych walczących z COVID-19, otrzymujemy pomoc rzeczową w postaci środków ochrony indywidualnej, do szpitali trafiają bezpłatne posiłki dla pracowników ochrony zdrowia, podobnych przykładów wdzięczności za nasze działania można by mnożyć. Są kraje, w tym np. USA, w których dla lekarzy i pracowników ochrony zdrowia wprowadzono specjalne regulacje prawne zwalniające ich od odpowiedzialności za działania podejmowane w czasie epidemii. Niepojęte jest więc dla nas, dlaczego w okresie tak trudnym dla lekarzy i całego społeczeństwa zaostrza się odpowiedzialność karną za ewentualne błędy medyczne.

Nowelizacja art. 37a Kodeksu karnego budzi olbrzymi sprzeciw całego środowiska lekarskiego, ponieważ przepis ten może znaleźć zastosowanie także w sprawach dotyczących tzw. błędów medycznych. Z uwagi na charakter podejmowanych czynności zawodowych podejmowanych w celu ratowania życia i zdrowia swoich pacjentów lekarze są grupą zawodową, która nie jest wolna od ryzyka ponoszenia odpowiedzialności karnej. Lekarz, który dopuścił się błędu medycznego, musi wprawdzie liczyć się z poniesieniem



konsekwencji swego czynu, wymierzana sankcja powinna być jednak sprawiedliwa, adekwatna do stopnia zawinienia, okoliczności, w jakich doszło do popełnienia czynu i postawy lekarza. Sąd orzekający musi mieć zatem pozostawioną szerszą swobodę wymiaru kary wolnościowej”.

23 czerwca 2020 r. ustawa zwana Tarczą antykrzysową 4.0, już po podpisaniu jej przez Prezydenta RP, twardo stała na nadzwyczajnym posiedzeniu Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich. Tamże samorząd lekarski ponownie wyraził swój zdecydowany sprzeciw wobec kolejnej próby zaostrzenia odpowiedzialności karnej obejmującej lekarzy i lekarzy dentyków za tzw. błędy medyczne. Ta zmiana wpłynie bowiem na zasady wymierzania przez sądy kar za przestępstwa zagrożone karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 8 lat, obejmując m.in. przestępstwa, które mogą być przypisane lekarzom w związku z wykonywaniem zawodu. Na stronie www.nil.org.pl wymienia się np.: nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 kk), nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 par. 2 kk), narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia czy ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 par. 1 i 2 kk), nieumyślne sporządzenie fałszywej opinii przez biegłego lub eksperta w postępowaniu karnym lub cywilnym (art. 233 par. 4a kk).

„Wprowadzone zmiany – czytamy w komunikacie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i prezesów Okręgowych Rad Lekarskich – doprowadzą do sytuacji, w której lekarze ze strachu przed wymierzeniem im bezwzględnej kary pozbawienia wolności, bądź nierównomiernego do występków środka karnego, będą obawiali się podjęcia jakiegokolwiek ryzyka, jakie przecież wpisane jest w wykonywany przez nich zawód. Nie trzeba bowiem przypominać, iż każdy, nawet najmniej inwazyjny zabieg, obarczony jest jakimś ryzykiem błędu. Przy takich zasadach odpowiedzialności karnej swoich członków Samorząd będzie do nich apelował o niepodejmowanie się czynności i zabiegów obarczonych ryzykiem stopnia większego niż znikomy”.

Oburzenie lekarzy jest ogromne, wzmaga je dodatkowo sposób, w jaki zmiany zostały wprowadzone. Grożące od tego momentu widmo więzienia w krótkim czasie może przynieść wielorakie skutki, także i te paralizujące codzienną pracę medyków. Można przecież wyobrazić sobie, że ktoś będzie powstrzymywał się przed niepewną diagnozą, jakimś zabiegiem, zastosowaniem innowacyjnej terapii, przepisaniem jakiegoś nowego leku. Dotychczasowa stanowczość, determinacja samorządu lekarskiego i jej prezesa, kolejne listy protestacyjne mają na uwadze także pozyskiwanie sprzymierzeńców. W tej sprawie lekarze nie powinni pozostać sami na polu walki. Ze wszech miar słuszną jest zatem decyzja, aby rozpocząć akcję informacyjną kierowaną z jednej strony do lekarzy i lekarzy stomatologów, z drugiej – do pacjentów. #NieDlaZmianArt37aKK ma już swoją wizualizację. Grafiki dotyczące sprzeciwu wobec zmian w art. 37a kk, do rozpowszechnienia, dostępne są na stronie www.nil.org.pl. Jedną z nich publikujemy. (ap)

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

E-sąd lekarski?

To już czwarta odsłona rozważań dotyczących wpływu pandemii na funkcjonowanie sądów lekarskich. I chyba niestety nie ostatnia. Poznański Sąd Lekarski, inaczej jednak niż sądy powszechne, których działalność została formalnie zawieszona, funkcjonował w tym okresie, choć w ograniczonym zakresie. Działa Kancelaria Sądu, biuro podawcze, zapewniono obieg korespondencji. Pomiędzy 20 marca 2020 r. a końcem kwietnia terminy rozpraw i posiedzeń zamrożono. Ale już od pewnego czasu wszystko staramy się przywracać do stanu sprzed epidemii, przy zachowaniu jednak wszelkich możliwych reguł bezpieczeństwa epidemicznego. Początkowo zdecydowano o odbywaniu posiedzeń z udziałem tylko stron postępowania, ale od miesiąca wyznaczamy już rozprawy z udziałem nie tylko stron postępowania, ale i świadków, z zachowaniem wszakże niezbędnego reżimu sanitarnego.



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

Pojawia się jednak pytanie, czy sąd lekarski mógłby działać całkowicie zdalnie jako e-sąd? Trzeba tu wyjaśnić, że w przypadku sądów powszechnych to się już odbywa i to już od dłuższego czasu, bo od 2010 r., ale dodajmy – tylko w bardzo ograniczonym zakresie. Dotyczy to jednak tylko tzw. elektronicznego postępowania upominawczego regulowanego przepisami art. 505(28) do 505(37) Kodeksu postępowania cywilnego. Jest to odrębne postępowanie, polegające na wezwaniu do zapłaty w bardzo prostych sprawach, w których stan faktyczny, tj. dług pozwanego (np. z tytułu niezapłaconej faktury) nie budzi zasadniczo wątpliwości, udokumentowany jest np. fakturami. Ma ono charakter dobrowolny, tzn. powód może skorzystać z tej możliwości, ale może też wytoczyć tradycyjny proces. W rolę takiego e-sądu wciela się Sąd Rejonowy w Lublinie w XVI Wydziale. Nie ma tu jednak klasycznych rozpraw, ale wyrok takiego sądu ma rangę „normalnego”. Jak widać jednak zakres takiego e-postępowania jest bardzo wąski, choć zapewne spraw rozpatrywanych w tym trybie jest wiele. Z pewnością nie nadaje się do postępowania przed sądem lekarskim, które jest zbliżone do postępowania karnego. W postępowaniu karnym powyższe rozwiązanie (a więc klasyczny e-sąd) nie jest znane, choć przepisy przewidują możliwość przeprowadzenia pewnych czynności (np. przesłuchania świadka, biegłego czy nawet oskarżonego) poprzez internet. Ale czy nie można jednak skorzystać z dobrodziejstw i efektów rewolucji cyfrowej w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy?

Jeżeli chodzi o przesłuchanie świadków, to wprawdzie ustawa o izbach lekarskich, która reguluje sprawy przed OSL-ami, milczy na ten temat, jednocześnie zezwala w art. 112 pkt 1, aby w sprawach nieuregulowanych w tym akcie normatywnym stosować subsydiarnie przepisy Kodeksu postępowania karnego. A skoro tak, uznając, że kwestia ta nie została uregulowana w ustawie lekarskiej, to – jak się wydaje – można np. zastosować art. 177 par. 1a kpk i przeprowadzić przesłuchanie w świadków na odległość. Taka czynność procesowa miałaby polegać zatem na tym, iż przesłuchanie mogłoby odbyć się w siedzibie innego okręgowego sądu lekarskiego, przy użyciu urządzeń technicznych umożliwiających przeprowadzenie tej czynności na odległość z jednoczesnym bezpośrednim przekazem obrazu i dźwięku. To jest jeden z warunków koniecznych. Nie ma tu żadnych wskazań, jaka to powinna być platforma. Ważne jest, aby zapewnić bezpieczeństwo takiego przekazu. Nie wszystkie aplikacje zatem się do tego nadają. Technicznie powinno to odbywać się w taki sposób, iż sąd i strony postępowania (obwiniony lekarz, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i pokrzywdzony) przebywają w siedzibie OSL WIL na sali

rozpraw, a świadek znajduje się np. w OSL w Gdańsku. Co ważne, świadek powinien przebywać w siedzibie tamtego OSL, a nie np. u siebie w domu i to obecności pracownika tej izby lekarskiej. Nie musi to być członek sądu (czyli lekarz), ale pracownik organu. Czynność procesowa może zostać przeprowadzona w dowolnym pomieszczeniu izby, a nie na sali rozpraw. Zobaczymy, jak to zadziała w praktyce, bowiem OSL WIL właśnie mierzy się z takim przypadkiem. Wątpliwości jest sporo, zwłaszcza co do technicznych aspektów, ale miejmy nadzieję, że od tej strony wszystko się uda. Oznacza to przecież olbrzymią oszczędność kosztów społecznych (nie ma konieczności wzywania świadka do siedziby sądu, np. ciężarnej kobiety z drugiego końca Polski) i materialnych (pokrycie kosztów stawiennictwa w OSL). Ponadto jest to czynność przeprowadzona przez sąd właściwy w danej sprawie, a nie w trybie tzw. pomocy prawnej. To też duża zaleta takiej opcji. Podobne rozwiązanie można – jak się wydaje – zastosować w przypadku przesłuchania biegłego (art. 197 par. 3 w zw. z art. 177 par. 1a kpk).

A czy jest możliwe przesłuchanie obwinionego w takim trybie? W art. 377 par. 4 kpk przesądzone, że przesłuchania oskarżonego można dokonać z wykorzystaniem środków, o których mowa w art. 177 par. 1a. A zatem teoretycznie można to zrobić, choć przyznajmy, że nawet sądy powszechne stosują to niezmiernie rzadko, chcą bowiem zwykle, aby oskarżony stanął przed ich obliczem. Tym bardziej że przepis ten zastrzega możliwość podjęcia takiej decyzji do wyłącznej kompetencji sądu, ten zatem może, a nie musi. W przypadku sądów lekarskich nie słyszeliśmy jeszcze o zastosowaniu takiego rozwiązania, ale kwestia ta wyglądać powinna podobnie. A zatem wszystko przed nami.

Trzeba tu jednak przypomnieć, że od wieków funkcjonuje instytucja pomocy prawnej. Otóż wspomniany powyżej przepis (art. 377 kpk) stanowi, że jeżeli oskarżony nie złożył jeszcze wyjaśnień przed sądem, można zastosować art. 396 par. 2 (a więc sąd może zlecić przesłuchanie sędziemu wyznaczonemu ze swego składu lub poprosić o to tzw. sąd wezwany, czyli ten, który wykona taką czynność, w którego okręgu ta osoba przebywa, jeżeli nie stawił się z powodu przeszkód zbyt trudnych do usunięcia) lub uznać za wystarczające odczytanie jego poprzednio złożonych wyjaśnień. No, ale to nie wpisuje się w koncepcje tzw. e-sądu.

Jak widać przepisy prawne starają się nadążyć za zmianami technologii. Choć pewnie zawsze osobiste stawiennictwo na rozprawie jest lepszym rozwiązaniem dla jakości postępowania. Chodzi o to, żeby ewentualnie był to e-sąd, a nie eeeee sąd ;-) Ale skoro są takie możliwości, to chyba należy je wykorzystać. ■

PERYSKOP OKM-WIL

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

Pierwszy w Polsce zabieg wszczepienia najmniejszego stymulatora serca

Najmniejszy na świecie stymulator serca po raz pierwszy w Polsce wszczepili specjaliści Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. To zarazem pierwszy taki zabieg w Europie Środkowo-Wschodniej. Przeprowadzono go u 95-letniej pacjentki.

Ministymulator o rozmiarach kapsułki witaminowej wszczepił prof. Przemysław Mitekowski (wraz z zespołem), kierownik Pracowni Elektroterapii Serca Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W zabiegu uczestniczył również dr hab. n. med. Oskar Kowalski ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Aparat nowego typu otrzymała 95-letnia pacjentka, która cierpiała z powodu bloku przedsionkowo-komorowego III stopnia (blok całkowity), czyli zaburzenia przewodzenia bodźców elektrycznych z węzła zatokowo-przedsionkowego do mięśni komór serca. Chora w przeszłości przeszła zapalenie wsierdza i jest całkowicie zależna od stymulacji serca. W informacji przekazanej PAP lekarze zapewniają, że po zabiegu czuje się dobrze. (pap.pl)

Naukowcy: COVID-19 zagraża całemu układowi nerwowemu

Nowy przegląd objawów neurologicznych pacjentów z COVID-19 w aktualnej literaturze naukowej ujawnia, że choroba stanowi zagrożenie dla całego układu nerwowego, donosi badanie Northwestern Medicine opublikowane w „Annals of Neurology”. Choroba może wpływać na cały układ nerwowy, w tym mózg, rdzeń kręgowy i nerwy oraz mięśnie. Naukowcy wykazali, że istnieje wiele różnych sposobów wywoływania przez COVID-19 zaburzeń neurologicznych. Ponieważ choroba ta może wpływać na wiele narządów (płuca, nerki, serce), mózg może również cierpieć z powodu braku natlenienia lub zaburzeń krzepnięcia, które mogą prowadzić do udarów niedokrwiennych lub krwotocznych. Ponadto wirus może powodować bezpośrednią infekcję mózgu i opon mózgowych. Wreszcie

Kandydaci a zdrowie

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie ogłosiła 4 czerwca br. debatę kandydatów na prezydenta pt. „Z sercem po stronie zdrowia”. I choć patrząc na obecną sytuację ochrony zdrowia, temat zdrowia powinien znaleźć się w programie każdego z kandydatów – tak się jednak nie stało, a na debatę przybył tylko jeden kandydat. Opisujemy, według nazwisk w kolejności alfabetycznej, jak kandydaci traktują tę najważniejszą dla środowiska lekarskiego dziedzinę.

Jako głowa państwa będę walczył o naprawę systemu opieki zdrowotnej. O dofinansowanie jej na europejskim poziomie – do 7,2% PKB. Za te pieniądze skrócimy kolejki, zapewnimy więcej lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych. Ktoś powie, że to rola ministra zdrowia, a nie Prezydenta – ale skoro ani ten minister, ani jego poprzednicy nie potrafili tego załatwić, to musi zrobić to za nich Prezydent” – podkreśla w swoim programie opublikowanym na stronie robertbiedron.pl Robert Biedroń, kandydat Lewicy. Dodaje także, że wydatki przeznaczone zostaną przede wszystkim na finansowanie większej liczby świadczeń, inwestycje w infrastrukturę, usprawnienie zarządzania, cyfryzację, godne wynagrodzenia we wszystkich zawodach medycznych. Priorytetem ma być onkologia, geriatria i psychiatria, zwłaszcza dziecięca. Kandydat Lewicy odnosi się także do polityki lekowej. Zamierza walczyć o ustawową gwarancję, że żaden lek na receptę nie będzie kosztował więcej niż 5 zł. Taka sama zasada ma dotyczyć wyrobów medycznych, takich jak pompy insulinowe, aparaty słuchowe, inhalatory.

Andrzej Duda, kandydat PiS, o służbie zdrowia mówi w kontekście dotychczasowej prezydentury. „Odkąd zostałem prezydentem, nakłady na służbę zdrowia urosły z 77 mld zł w 2015 r. do 104 mld zł w ubiegłym roku. Podpisałem ustawę, która zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia do co najmniej poziomu 6% PKB w 2024 roku. Niemniej zamierzam podejmować działania mobilizujące rząd do przyspieszenia realizacji tego celu w krótszym terminie. Jednak system wciąż wymaga poprawy...” – pisze Andrzej Duda w swoim programie na stronie andrzejduda.pl.

Kandydat PiS proponuje dodatkowe 3 mld zł na Fundusz Medyczny. Pieniądze te mają być przeznaczone na leczenie onkologiczne i leczenie chorób rzadkich, w tym możliwe leczenie specjalistyczne w przeznaczonych do tego placówkach na całym świecie. „Realizowane są programy, które przeniosą naszą służbę zdrowia na jeszcze wyższy poziom. Wynagrodzenia lekarzy, rezydentów, ratowników, pielęgniarek i położnych zwiększyły się, a w Akademiach Medycznych uczy się więcej przyszłych specjalistów. Rodzice nie płacą już za przebywanie z dzieckiem w szpitalu. Wzrastają nakłady na Szpitalne Oddziały Ratunkowe, a system ich funkcjonowania jest w trakcie przebudowy. W końcu mojej drugiej kadencji liczę na znaczną poprawę satysfakcji pacjentów” – można przeczytać w programie. Obecnie urzędujący prezydent podkreśla, że publiczna służba zdrowia radzi sobie dużo lepiej niż prywatna, a sytuacja w Polsce wygląda dużo lepiej niż w wielu znacznie zamożniejszych krajach.

Bezpartyjny kandydat Szymon Hołownia w swoim programie na stronie hołownia2020.pl nie podaje zbyt wielu szczegółów. Program podzielony jest na trzy części – Polska Solidarna, Polska Zielona i Polska Demokratyczna. „Powszechny i efektywny system ochrony zdrowia. Uznajmy go za fundament naszego bezpieczeństwa. Cóż może być ważniejszego niż dostęp do leczenia w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia” – pisze w części Polska Solidarna.

Władysław Kosiniak-Kamysz, kandydat PSL, z wykształcenia lekarz, był tym jedynym, który przybył na debatę 4 czerwca. Jak podaje informacja prasowa przekazana przez OIL w Warszawie, na debacie stwierdził, że żałuje nieobecności innych kandydatów. Myślę, że się po prostu bali. Bali się trudnych merytorycznych pytań. Nie mają pomysłu na ochronę zdrowia, mówią o tym, że to jest priorytet, ale tylko na konferencji prasowej, gdzie powiedzą, że było to 6% czy 6,8%, czy 6,7% dla niektórych. Tylko że nic za tym nie idzie – ocenił. Dziękuję tym wszystkim, którzy nas też mobilizują, choćby lekarzom za ich heroiczną

walkę. Na swojej stronie internetowej kosiniakkamysz.pl zaznacza, że system ochrony zdrowia jest w kryzysie, a reforma potrzebna jest natychmiast. Zapowiada powołanie konsylium do spraw kompleksowej reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Na czele konsylium stanąć miałby sam prezydent, a zespół miałby się składać z ekspertów, przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych, organizacji pacjentów i polityków wszystkich partii reprezentowanych w parlamencie. Efektem pracy konsylium miałoby być przygotowanie i wdrożenie kompleksowej reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Oprócz tego kandydat proponuje konkretne zmiany w ochronie zdrowia, w tym zwiększenie wydatków na służbę zdrowia do 6,8% PKB bez dodatkowych obciążeń podatkowych pracowników i pracodawców, zwiększenie o co najmniej 30% wynagrodzenia pracowników placówek medycznych, zniesienie limitów przyjęć na studia na kierunkach medycznych oraz specjalizacjach lekarskich, a także stworzenie systemu stypendialnego dla studentów i absolwentów tych kierunków, wdrożenie Europejskiego Programu Onkologicznego zaproponowanego w maju 2019 r., przywrócenie finansowania *in vitro* z budżetu państwa, a także zmianę podejścia do problemów profilaktyki zdrowotnej poprzez edukację dzieci i młodzieży czy wprowadzenie bezpłatnych badań profilaktycznych, darmowe leki, szczepienia i leczenie stomatologiczne dla dzieci. Zapowiada także utworzenie Polskiej Fundacji Zdrowia zamiast Polskiej Fundacji Narodowej. Fundacja miałaby zostać utworzona w Kancelarii Prezydenta pod patronatem Pierwszej Damy i zajmować się znalezieniem odpowiedniej placówki medycznej, zbieraniem środków i dofinansowaniem skomplikowanych operacji dla polskich pacjentów za granicą, w każdym przypadku, gdy nasze szpitale nie będą w stanie wykonać takiego zabiegu.

Mirosław Piotrowski, kandydat Ruchu Prawdziwa Europa, w swoich tezach programowych przedstawionych na filmie na stronie internetowej piotrowski.org.pl „gwarantuje bezpieczne jutro ze sprawną służbą zdrowia”. Na stronie kandydata nie ma jednak programu, który w sposób bezpośredni przedstawia, w jaki sposób chce to uczynić.

Krzysztof Bosak, kandydat Konfederacji, na stronie internetowej bosak2020.pl, Marek Jakubiak z Federacji dla Rzeczypospolitej na stronie marekjakubiak2020.pl oraz bezpartyjny Paweł Tanajno na stronie tanajno2020.pl tematu zdrowia nie poruszają.

Rafał Trzaskowski, kandydat Koalicji Obywatelskiej, na stronie trzaskowski2020.pl również tematu zdrowia nie porusza, choć na opublikowanej na kanale YouTube konferencji prasowej, po wybraniu go przez Koalicję Obywatelską na kandydata (zamiast Małgorzaty Kidawy-Błońskiej), 17 maja br. podkreśla, że „Polska musi być zdrowa”, więc pierwsza inicjatywa ustawodawcza, jaką podejmie będzie dotyczyła zwiększenia finansowania do 6% PKB na zdrowie. Pieniądze na zdrowie i na szpitale powinny jego zdaniem popłynąć ze środków przeznaczonych na obecną telewizję publiczną, którą trzeba zastąpić nową publiczną telewizją.

W programie wyborczym Waldemara Witkowskiego, kandydata Unii Pracy, na stronie internetowej witkowski2020.pl również temat zdrowia się nie pojawia.

Stanisław Żółtek, kandydat Kongresu Nowej Prawicy, do tematu ochrony zdrowia odnosi się jedynie w kontekście społecznym. W swoim programie uznaje wolność osobistą rozumianą jako brak nakazów stosowania wszelkich zabezpieczeń dla jego zdrowia, brak nakazów/zakazów trybu życia, sposobu leczenia czy stosowania używek. Kandydat stawia także na prywatyzację opieki zdrowotnej, tak by każdy obywatel mógł sam decydować, czy wykupić prywatne ubezpieczenie medyczne, czy odkładać na wypadek choroby.

Kandydat Kongresu Nowej Prawicy odnosi się także do kwestii aborcji, dopuszczając ją jedynie w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia matki i jednocześnie zakazując jej w przypadku gwałtu, a także do kwestii metody *in vitro*, która jego zdaniem nie powinna być finansowana ze środków publicznych.



reakcja układu odpornościowego na infekcję może powodować zapalenie, które może uszkodzić mózg i nerwy.

Główny autor przeglądu, dr Igor Koralnik z Northwestern University Feinberg School of Medicine, i współpracownicy utworzyli zespół badawczy Neuro-COVID i rozpoczęli retrospektywną analizę wszystkich pacjentów z COVID-19 hospitalizowanych w Northwestern Medicine w celu ustalenia częstotliwości i rodzaju powikłań neurologicznych, a także odpowiedzi na leczenie.

Ponieważ wiedza na temat długoterminowego wyniku neurologicznych objawów COVID-19 jest ograniczona, Koralnik będzie również prospektywnie obserwował niektórych z tych pacjentów w swojej nowej ambulatoryjnej klinice Neuro-COVID, aby ustalić, czy problemy neurologiczne są tymczasowe czy trwałe. Te badania zapewnią podstawy do diagnozowania, zarządzania i leczenia wielu neurologicznych objawów COVID-19.

(wprost.pl za EurekAlert,
Alicja Kowalczyk)

Bierz urlop! Naukowcy: wakacje przedłużają życie

Na urlopie spędzasz mniej niż trzy tygodnie w ciągu roku? To grozi przedwczesną śmiercią. Potwierdza to 40 lat badań fińskich naukowców. Badani mężczyźni (biznesmeni) zostali losowo podzieleni na dwie grupy: 610 znalazło się w grupie kontrolnej, 612 uczestniczyło w programie pięcioletniej interwencji. Grupa interwencyjna otrzymała wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia: spożywania nieprzetworzonej żywności, aktywności fizycznej, utrzymywania prawidłowej masy ciała. Gdy te wskazówki nie dawały efektów, jeśli chodzi o obniżenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, badanym przepisywano leki na obniżenie ciśnienia krwi. Czas spędzony na urlopie nie miał wpływu na wskaźnik śmiertelności w grupie kontrolnej, ale w grupie interwencyjnej różnica była kolosalna! Wśród biznesmenów, którzy brali mniej niż trzy tygodnie urlopu w ciągu roku, ryzyko śmierci wzrastało o 37 proc. w porównaniu z badanymi, którzy na urlopie spędzali więcej niż trzy tygodnie.

(national-geographic.pl
za Science Alert, Hanna Gadomska)

Zdobywcy Statuetki Wielkopolskiej

W majowym numerze przypomnieliśmy ideę konkursu i nazwiska 12 wybitnych Nauczycieli Wielkopolski, czyli osób, które młodzi lekarze wyróżnili tytułem Mentora. W numerze majowym i czerwcowym przeprowadziliśmy rozmowy z czterema zdobywcami statuetki. W tym numerze rozmawiamy z Mentorami roku 2016 – Pawłem Staszewskim i Szczepanem Coftą.

Paweł Staszewski – onkolog kliniczny, specjalista medycyny paliatywnej. Jak sam podkreśla, lekarzem chciał zostać od kiedy pamięta. Akademię Medyczną im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszcy ukończył w 2001 r. Swoją pracę zawodową związał od samego początku z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im. Romana Ostrzyckiego w Koninie, a od 2003 r., od momentu jego powstania, pracuje na Oddziale Onkologicznym z Pododdziałem Hematologicznym. Ponadto pracuje w Hospicjum Domowym, gdzie opiekuje się chorymi u schyłku ich życia. Bierze udział w badaniach klinicznych. Przez wiele lat był również biegłym sądowym do spraw onkologii klinicznej przy Rejonowym Sądzie w Koninie oraz Okręgowym Sądzie w Koninie. Przez dwie kadencje był też delegatem konińskiej Delegatury WIL. Jak sam podkreśla, w pracy najważniejszy jest szacunek do pacjenta, zrozumienie jego problemów, właściwa diagnoza i pomoc psychologiczna.



Rozmowa z Pawłem Staszewskim

■ **Anna Grzesiak: Mentor to tytuł przyznawany raz w roku wybitnym nauczycielom, którzy swoją wiedzą i postawą kształcą studentów oraz młodych lekarzy. To nagroda za Pana trud i poświęcenie. Jakie znaczenie ma dla Pana przyznana przez WIL i studentów nagroda?**

Paweł Staszewski: Otrzymanie statuetki było dla mnie niesamowitym zaskoczeniem. To dla mnie zaszczyt być w gronie tak ważnych osobowości świata medycyny. Jestem szczęśliwy, że kapituła doceniła moją pracę. Wyróżnienie to daje mi dużą satysfakcję i motywację do dalszej pracy.

■ **AG: Co Pana skłoniło do wybrania medycyny? Czy to rodzinna tradycja?**

PS: Od kiedy pamiętam zawsze chciałem zostać lekarzem. Już w szkole podstawowej opiekowałem się chorą ciocią i babcią. Ta relacja nauczyła mnie cierpliwości i empatii. Wybrałem kierunek biologiczno-chemiczny w I Liceum Ogólnokształcącym im. Tadeusza Kościuszki w Koninie. Po maturze zdałem egzamin wstępny na akademię medyczną i rozpocząłem długą drogę edukacji zawodowej. Po skończonych studiach wróciłem na staż poddyplomowy do Konina. Tu spotkałem panią doktor Bogusławę Karaszewską,

która tworzyła nowy oddział onkologiczny w wielospecjalistycznym szpitalu konińskim. Zafascynowany onkologią zacząłem specjalizację w Centrum Onkologii w Bydgoszcy.

■ **AG: Jak to się stało, że został Pan nauczycielem? Co Panu daje praca ze studentami?**

PS: Praca z młodymi ludźmi zawsze sprawiała mi wiele satysfakcji, a przekazując im swoją wiedzę i umiejętności, zawsze starałem się mieć z nimi przede wszystkim dobry kontakt. Nie oceniam ich, szanuję, wspieram i nagradzam dobrym słowem. Nie oczekuję wdzięczności. Doceniam młodych lekarzy, z którymi pracuję, rezydentów – Magdalenę Jakubowską i Piotra Witasika. Przekazuję im to, czego się sam nauczyłem, a także ideę godnego i sumiennego wykonywania swojej profesji w służbie człowiekowi.

Ważną częścią mojej pracy zawodowej są badania kliniczne. Onkologia to dziedzina medycyny, która bardzo szybko się rozwija. Nowe terapie dają nadzieję na przezwyciężenie w wielu przypadkach śmiertelnej choroby.

■ **AG: Czy spotkał Pan w swoim życiu zawodowym mentora? Jaki wpływ wywarła ta postać na życiowe postawy, wybory?**

PS: Dla mnie mentor to osoba, która daje życiowe drogowskazy, jest nauczycielem, ale też przyjacielem. Ma pasję i potrafi przekazać ją innym. Na pewno było ich wielu. Pierwszym życiowym mentorem była wychowawczyni z liceum Pani Zofia Gielniak. Nauczyła mnie godności i odpowiedzialności. Umacniała mnie w przekonaniu o słuszności wybranej drogi zawodowej. Gdy rozpoczynałem specjalizację z onkologii klinicznej, poznałem doktora Jerzego Tujakowskiego – konsultanta wojewódzkiego ds. onkologii klinicznej w Województwie Kujawsko-Pomorskim i kierownika Oddziału Onkologii w Centrum Onkologii w Bydgoszcy. Jego wsparcie, rady i przekazana w nietuzinkowy sposób wiedzę medyczną będę pamiętał zawsze.

■ **AG: Czym się Pan kieruje w swojej pracy zawodowej? Co jest istotne w leczeniu osób tak ciężko chorych?**

PS: Ważny jest szacunek do pacjenta, zrozumienie jego problemów, właściwa diagnoza i pomoc psychologiczna. Ta ostatnia jest niezwykle istotna i ważna szczególnie dla pacjentów onkologicz-

Izby Lekarskiej Mentor

nych. Ciepłe słowa otuchy i wsparcia pomagają przetrwać trudne chwile i ulżyć w bólu i cierpieniu. Ważną czę-

ścią mojej pracy zawodowej są badania kliniczne. Onkologia to dziedzina medycyny, która bardzo szybko się

rozвивa. Nowe terapie dają nadzieję na przezwyciężenie w wielu przypadkach śmiertelnej choroby. ■

Prof. dr hab. n. med. Szczepan Cofta jest internistą i pulmonologiem, mówiącym o diagnozowaniu i leczeniu schorzeń układu oddechowego jako o fascynacji. Dziedzina ta, jak mówi, porywa go, jest niezwykle pojemna i daje mnóstwo przestrzeni do wypełnienia. Przedmiotem jego zainteresowań klinicznych w zakresie pulmonologii są: przewlekła niewydolność oddechowa, zaburzenia oddychania podczas snu oraz mukowiscydoza dorosłych. Swoją pracę zawodową rozpoczął od biochemii, potem zajął się leczeniem chorób wewnętrznych i płuc w klinice. Od sierpnia 2001 r. piastował stanowisko Naczelnego Lekarza Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Od kwietnia 2019 r. jest dyrektorem naczelnym. Pracę administracyjną łączy z pracą w Katedrze i Klinice Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Jak podkreśla, stara się działać w harmonii szpitala i uczelni. Był dwukrotnym stypendystą Rządu Francuskiego, przebywał na stażu naukowym w Niemczech i w Zambii. Ukończył też studia podyplomowe w zakresie zarządzania zakładami opieki zdrowotnej.



Rozmowa z prof. Szczepanem Coftą

■ **Anna Grzesiak:** Jakie znaczenie ma dla Pana przyznanie statuetki Mentora?

Szczepan Cofta: Nagrody przyznawane przez młodych ludzi, będące dostrzeżeniem chęci twórczego wkładu w kształcenie kolejnych pokoleń lekarzy, są najcenniejsze, potwierdzają wartość postaw, którymi chcielibyśmy żyć, ale w codziennym życiu – jako lekarz – chcę przede wszystkim mówić sobą, swoją osobą, pokornie dzień po dniu.

■ **AG:** Dlaczego został Pan lekarzem?

SC: Chciałem w życiu w prosty sposób mieć okazję czynienia jakiegoś dobra. Praca w charakterze lekarza jest najlepszą do tego okazją. Istotą jej jest wyłącznie czynienie dobra – troska o drugiego człowieka, opieka. Jeśli czynimy coś innego, to jest rzeczywistością zbędną, balastem. Pacjent prosi prosto: „Pomóż mi. Zaopiekuj się mną”.

■ **AG:** Co dla Pana dziś znaczy mistrz/mentor?

SC: Wiem, że kluczem do nabycia właściwych postaw lekarskich jest spotkanie mistrza. Kogoś, kto zachęci, zapali do dobrych dzieł. Mój dziadek był lekarzem, niezwykłym, żyjącym i pracującym niemalże do setnego roku życia. Skończył w Poznaniu uczelnię medyczną przed wojną, był asystentem na histo-

logii. Pod koniec życia osiadł jako lekarz rodzinny na oddalonej od większych skupisk wsi. Tam tworzył medycynę rodzinną w najpełniejszym jej wymiarze. Byłem tego świadkiem. Od młodości byłem w jego cieniu... Siedziałem w gabinecie, gdy przyjmował chorych, pomagałem mu, chodziłem na wizyty patronażowe. Dużo rozmawialiśmy. W impulsie wyboru drogi życia chciałem czynić to, co on sobą zawodowo okazywał. Odnośnie do dydaktyki natomiast od razu zrozumiałem – kierując się postawami moich mistrzów, przede wszystkim prof. Lecha Torlińskiego oraz śp. prof. Mieczysława Firlika, ale także nieznacznie starszych ode mnie kolegów, z którymi pracowałem po studiach, dr. Andrzeja Czecha, dr. Włodzimierza Pawłowskiego oraz obecnego prof. Sławomira Michalaka, że dobre kształcenie lekarzy jest szansą na przedłużenie i rozwój szlachetnej misji zawodu.

■ **AG:** Czym się Pan kieruje w swojej pracy zawodowej?

SC: Postępowanie medyczne staje się coraz bardziej dziełem zespołowym. Najważniejszym wyzwaniem jest stałe utrzymanie optymalnych kompetencji oraz wrażliwość w stosunku do tych, których spotykamy dzień po dniu, pacjentów,

Na początku lekarskiej drogi powinniśmy szukać lekarzy, których moglibyśmy być cieniem. Młodych ludzi nie trzeba szczególnie zachęcać – mają kapitalny potencjał i możliwości. Trzeba ich zwyczajnie porywać i zapalać. Inspirować.

ale i współpracowników. Chciałbym, by szpital, który prowadzę przeciwstawiał się tendencjom korporacyjnym.

■ **AG:** Dlaczego warto kierować się w życiu wartościami, naśladować autorytety?

SC: Wartości są nieocenionymi punktami odniesienia, drogowskazami. Świat medycyny jest światem wartości. Świadczymy przede wszystkim sobą, swoimi postawami. Na początku lekarskiej drogi powinniśmy szukać lekarzy, których moglibyśmy być cieniem. Młodych ludzi nie trzeba szczególnie zachęcać – mają kapitalny potencjał i możliwości. Trzeba ich zwyczajnie porywać i zapalać. Inspirować. Na każdym kroku spotykamy też niezwykle merytorycznie dojrzałe i piękne postawy lekarskie. Do tego niezbędny jest oczywiście pewien charyzmat. Cieszę się, że dziekanem naszego Wydziału Lekarskiego jest prof. Jacek Wysocki, a będzie nim już niedługo doc. Maciej Cymerys. Ale za nimi musi iść wysiłek setek oddanych nauczycieli akademickich. ■

Skrining retinopatii cukrzycowej w Wielkopolsce



PROF. DR HAB. MED. ANDRZEJ GRZYBOWSKI,
FUNDACJA OKULISTYKA 21, INSTYTUT
OKULISTYCZNYCH BADAŃ NAUKOWYCH, POZNAŃ

MGR INŻ. ALEKSANDRA LEMANIK,
FUNDACJA OKULISTYKA 21, POZNAŃ

Fot. AG

Według danych WHO z 2016 r. co dziesiąty Polak choruje na cukrzycę. W całym województwie wielkopolskim, według danych Ministerstwa Zdrowia z 2014 r., na cukrzycę chorowało ok. 110 tys. osób. Jednym z powikłań cukrzycy jest retinopatia cukrzycowa, która prowadzi do nieodwracalnych zmian na dnie oka. Często przez długi czas nie ma objawów, przez co choroba jest późno diagnozowana. Jest ona najczęstszą przyczyną utraty widzenia u osób w wieku produkcyjnym, czynnych zawodowo, w krajach wysoko rozwiniętych. Wprowadzenie ok. 20 lat temu narodowego programu skriningu retinopatii cukrzycowej w Wielkiej Brytanii udowodniło ogromną skuteczność tego typu programów. Niestety znaczące koszty ludzkiej „obsługi” programu ograniczyły możliwość zastosowania tego modelu w innych krajach. Wprowadzenie niedawno algorytmów sztucznej inteligencji do oceny zdjęć dna oka stanowi przełom, ponieważ znacząco obniża koszty skriningu i czyni go dostępnym również w Polsce.

„Program profilaktyki retinopatii cukrzycowej w województwie wielkopolskim”

Od początku października 2019 r. w 15 poradniach na terenie całego województwa wielkopolskiego prowadzone są badania przesiewowe retinopatii cukrzycowej. Są one skierowane do wszystkich dorosłych mieszkańców Wielkopolski chorujących na cukrzycę. Projekt prowadzony przez Fundację Wspierania Rozwoju Okulistyki Okulistyka 21 w partnerstwie z Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu, w ramach którego realizowane są badania, otrzymał dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej. W ciągu trzech lat celem projektu jest przebadanie ponad 43 tys. osób.

Badanie odbywa się przy użyciu funduskamery, czyli profesjonalnego urządzenia do wykonywania zdjęć dna oka. Nie wymaga ono zakraplania oczu, jest bezbolesne, bezinwazyjne i, co bardzo istotne, bezpłatne. Zdjęcia dna oka są analizowane za pomocą algorytmu sztucznej inteligencji. W ciągu kilku minut pacjent otrzymuje wynik informujący, czy występuje u niego retinopatia cukrzycowa, a jeśli tak, to określany jest stopień jej zaawansowania.

Prowadzony obecnie w Wielkopolsce program to największy tego typu projekt w Europie. Jest on niezwykle innowacyjny, ponieważ łączy skrining przedokulistyczny z analizą zdjęć algorytmem sztucznej inteligencji. Oprogramowanie wykorzystywane w projekcie ma klasę IIB w systemie certyfikacji urządzeń medycznych w Unii Europejskiej, co oznacza, że może być wykorzystywane autonomicznie, czyli bez nad-



zoru lekarza. Czułość oprogramowania IDx-DR według opinii AOTMIT mieści się w przedziale 91–97%, natomiast swoistość w przedziale 84–87%. Jest to jedyne obecnie oprogramowanie mające certyfikat FDA i dopuszczone w USA. Zatem jest to jedno z najbardziej wiarygodnych oprogramowań do skriningu retinopatii dostępnych w tej chwili na świecie.

33% osób z cukrzycą ma retinopatię cukrzycową, co piąta z nich może w najbliższym czasie stracić wzrok.

W okresie pierwszych pięciu miesięcy realizacji projektu poradnie diabetologiczne współpracujące z fundacją przebadaly w ramach projektu 3792 osoby chore na cukrzycę. We wskazanej grupie u 1342 osób nie stwierdzono zmian związanych z retinopatią cukrzycową (osoby te uniknęły niepotrzebnego badania okulistycznego, a system ochrony zdrowia uniknął niepotrzebnych wizyt lekarskich). W przypadku 1244 pacjentów wykryto retinopatię, co stanowi 33% przebadanej populacji, a u aż 260 osób zdiagnozowano retinopatię cukrzycową zagrażającą utratą wzroku (21% wszystkich osób z retinopatią). Oznacza to, że co piąta osoba z retinopatią może w najbliższym czasie stracić wzrok. Dzięki projektowi osoby te mogą poddać się leczeniu, a co za tym idzie – zahamować postęp choroby.

Pozytywną informacją jest jednak fakt, że aż u 984 osób, czyli 26% przebadanych, wykryta retinopatia cukrzycowa ma charakter łagodny lub umiarkowany. Aby zminimalizować ryzyko zachorowania na retinopatię cukrzycową, należy szczególnie dbać o prawidłowe leczenie cukrzycy, czyli monitorowanie stężenia glukozy i lipidów we krwi oraz ciśnienia tętniczego. Może to w znaczący sposób zahamować rozwój choroby. Zauważono, że retinopatia cukrzycowa postępuje szczególnie szybko u osób w wieku 50–80 lat, czyli tych, które najczęściej są pacjentami poradni diabetologicznych.

Jednym z istotnych celów projektu jest również aspekt edukacyjny. Każdy pacjent przed wykonaniem zdjęć dna oka wypełnia krótką ankietę sprawdzającą jego wiedzę na temat retinopatii cukrzycowej. Po badaniu ogląda film edukacyjny dotyczący niepokojących objawów okulistycznych i profilaktyki, która może zapobiec rozwojowi retinopatii, a także otrzymuje materiały edukacyjne dotyczące retinopatii. Po zakończonym badaniu pacjent wypełnia ankietę po raz drugi w celu weryfikacji wzrostu wiedzy dotyczącej retinopatii cu-

krzycowej. Z przeprowadzonej analizy udzielonych odpowiedzi wynika, że ponad 65% badanych zdobyło nową wiedzę na temat retinopatii cukrzycowej. Oznacza to, że wiedza pacjentów na temat retinopatii cukrzycowej i konieczności regularnych badań dna oka u chorych na cukrzycę jest obecnie bardzo niska. Niezwykle ważne jest, by o regularnych badaniach wzroku przypominali osobom z cukrzycą nie tylko okuliści, ale także diabetolodzy, lekarze rodzinni i ginekolodzy.

Zaproszenie do współpracy dla poradni diabetologicznych

Aktualnie Fundacja Wspierania Rozwoju Okulistyki Okulistyka 21 zaprasza do współpracy poradnie diabetologiczne

posiadające kontrakt z NFZ na terenie całej Wielkopolski. Poradnia diabetologiczna, która dołącza do projektu, otrzymuje wynagrodzenie za udział w projekcie i nie ponosi żadnych kosztów z tego tytułu. Fundacja wyposaża poradnię we wszelkie potrzebne materiały i urządzenia. Badania są przeprowadzane przez pielęgniarkę z poradni, dla której w ramach projektu przewidziano wynagrodzenie za każde wykonane badanie.

Fundacja zapewnia pielęgniarkom realizującym badania przed rozpoczęciem projektu szkolenie z zakresu obsługi funduskamery. Więcej informacji i możliwość kontaktu na stronie www.retinopatiacukrzycowa.pl. ■

Szanujmy się wzajemnie, a wtedy możemy oczekiwać poszanowania nas (cz. II)

W dniu 24 września 2019 r. obradowała Komisja ds. Etyki WIL, analizując sytuację wynikłą z nieobecności delegatów na ostatnim OZL. Sprawa była wywołana wystąpieniem OKR WIL i realizacją postanowień ORL. W związku z tym przeanalizowano wielkość strat i kosztów wynikających z niefrasobliwości części delegatów, którzy nie przybyli na zjazd w marcu oraz na ponowny zjazd w kwietniu 2019 r., w dodatku nie byli łaskawi poinformować o swej nieobecności ani w innej formie nie usprawiedliwili się.

Skutki tych nieobecności są następujące:

1. Finansowe (koszty).
2. Osobowe (stracony czas pracowników WIL i zmarnowany czas pobytu na niedokończonym zjeździe przez obecnych delegatów).
3. Moralne (kompromitacja samorządu).

Konkretne wyliczenia strat, które zostały poniesione przez WIL są następujące:

1. Łączne koszty obu zjazdów uregulowane w oparciu o faktury wyniosły 111 793,36 zł (planowane były na 90 tys. zł).
2. Dwukrotne opłaty wysyłki materiałów.
3. Straty obejmują dodatkowo:
 - 254 nadgodziny pracowników z tytułu zjazdu 9 marca 2019 r. oraz
 - 164,5 nadgodziny pracowników z tytułu zjazdu 6 kwietnia 2019 r.

W czasie pierwszego zjazdu nieobecnych i nieusprawiedliwionych było 96 delegatów, a po przerwie obiadowej zjazd opuściło 45 osób. Przeliczenie quorum doprowadziło do konieczności zorganizowania ponownego zjazdu.

W czasie ponownego zjazdu, 6 kwietnia 2019 r., znowu było 123 delegatów nieobecnych i nieusprawiedliwionych. Porównując listy nieobecnych na pierwszym i drugim zjeździe, nieusprawiedliwionych delegatów na obu zjazdach było 68 (dwukrotna nieusprawiedliwiona nieobecność). Wszystkie te listy są do wglądu w sekretariacie WIL.

Nieobecni i nieusprawiedliwieni naruszają art. 1 ust. 3, art. 5, art. 59 Kodeksu etyki lekarskiej.

Komisja Etyki rozpatrzyła również kwestię powtarzających się nieusprawiedliwionych nieobecności na posiedzeniach komisji WIL.

W związku z powtarzającymi się sytuacjami Komisja Etyki zwróciła się do prezesa ORL z sugestią podjęcia działań organizacyjnych, które urealnią składy osobowe. W kwestii nieobecności na obu zjazdach WIL wnosimy o wystąpienie do 68 delegatów (dwukrotnie nieobecnych i nieusprawiedliwionych) z prośbą o pisemne oświadczenie w dwóch różnych wariantach, które należy odesłać do sekretariatu WIL w ciągu 14 dni. Wzory oświadczeń są następujące:

- a) oświadczenie wyrażające chęć dalszej działalności w samorządzie, albo
- b) pisemna rezygnacja z dalszej działalności w samorządzie.

Należy też poinformować, że brak takiego pisemnego oświadczenia będzie skutkowało skierowaniem sprawy do ORZOZ w związku z naruszeniem KEL.

W kwestii nieobecności dwukrotnie nieusprawiedliwionej na posiedzeniach komisji WIL należy zobowiązać przewodniczącego do składania wniosku do ORL o skreślenie tej osoby ze składu komisji.

Niezbędne jest zdyscyplinowanie osób, które ochotniczo chcą działać w samorządzie, a następnie lekceważą swoje obowiązki, powodując określone straty finansowe i trudności w działaniu WIL.

Musimy pamiętać, że straty finansowe dotyczą naszych składek.

Należy też pamiętać, że niefrasobliwość i naruszanie zasad *savoir-vivre*'u przez lekarzy powinno spotkać się z krytyką i koleżeńskim ostracyzmem.

Postępując inaczej, kompromitujemy siebie indywidualnie, ale również kompromitujemy nasze środowisko.

DAWKA INFORMACJI

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

Projekt w Sejmie

Zapowiadany od jakiegoś czasu projekt ustawy o Funduszu Medycznym został dzisiaj przeze mnie złożony w Sejmie – powiedział prezydent Andrzej Duda. Przed wylotem do USA, na lotnisku w podkrakowskich Balicach, prezydent poinformował jeszcze, że fundusz będzie opiewał na kwotę 4 mld zł rocznie, przy czym w tym roku, ponieważ mamy już pół roku za nami, fundusz będzie dysponował 2 mld. Projekt przewiduje, że fundusz będzie podlegał ministrowi zdrowia, ale powoła się także „ciało, które będzie służyło ministrowi opinią, jeżeli chodzi o wydatkowanie środków, tzw. Radę Funduszu”. Prezydent podkreślił, że fundusz będzie podzielony na trzy segmenty.

WWW.TVPINFO.PL

Przeniesie w nowy wymiar

Prof. dr hab. Andrzej Tykarski i Marszałek Województwa Wielkopolskiego Marek Woźniak podpisali 17 czerwca umowę na dofinansowanie projektu pn. „Poprawa jakości opieki nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w województwie wielkopolskim poprzez przebudowę i rozbudowę budynku Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu oraz zakup niezbędnego wyposażenia”. Cała inwestycja kosztować będzie blisko 32 mln zł, z czego kwota dofinansowania wynosi ponad 30 mln. Przedsięwzięcie wpisane zostało w ramy Poddziałania 9.1.1: „Infrastruktura ochrony zdrowia” Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020.

Ponad 21 mln zł z przyznanego uczelni przez Zarząd Województwa Wielkopolskiego dofinansowania przeznaczone będzie na rozbudowę budynku Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera w Poznaniu o nową część, o powierzchni użytkowej ponad 3 tys. m². Zakupione zostanie także niezbędne wyposażenie i aparatura medyczna. *Szpital im. K. Jonschera ma kluczowe znaczenie w leczeniu nowotworów u dzieci. To dobrze, że tam trafią te środki, zwłaszcza że w czasach pandemii widzimy, jak ważna jest infrastruktura opieki zdrowotnej – podkreśla prof. Andrzej Tykarski, rektor UMP.*

Pragnę podkreślić, że znaczenie podpisanej dziś umowy jest nie do przecenienia – mówi prof. Jacek Wachowiak, szef Kliniki Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatrycznej w Poznaniu. – Inwestycja ta przeniesie warunki hospitalizacji i diagnostyki w nowy, niedostępny dotychczas dla nas wymiar. Spełnione będą standardy, o których dotąd mogliśmy tylko marzyć. Dzieci przez kilka kolejnych dekad zyskają warunki najlepszego leczenia przy mamie i tacie.

WWW.UMPEU.PL

Innowacyjna operacja

27 maja po raz pierwszy w Wielkopolsce w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu odbyła się innowacyjna operacja korekcji skoliozy polegająca na wszczepieniu magnetycznych prętów rosnących MAGEC, które są wykorzystywane do chirurgicznego lecze-

nia dzieci z ciężkimi deformacjami kręgosłupa. Zastosowany podczas operacji nowoczesny system obejmuje implantowane pręty i zewnętrzny pilot zdalnego sterowania, używane do stabilizacji kręgosłupa. Ma to na celu zminimalizowania postępu skoliozy w sytuacji, gdy dziecko wciąż rośnie.



Fot. udostępnione przez Szpital im. Degi

Operację 10-letniego pacjenta z bardzo rzadkim zespołem genetycznym i ciężką, postępującą skoliozą, przeprowadził dr n. med. Piotr Harasymczuk w asyście prof. dr hab. med. Macieja Głowackiego oraz lek. Magdaleny Dziurdy z Kliniki Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej, kierowanej przez prof. dr hab. med. Marka Józwiaka.

Nowoczesna operacja została sfinansowana przez NFZ, w ramach grupy świadczeń objętych ryczałtem. Całkowity koszt wyniósł 115 tys. zł, z czego 94 tys. zł przeznaczono na zakup magnetycznych prętów rosnących MAGEC, a 21 tys. zł wyniosły koszty badań diagnostycznych oraz koszty związane z pobytem pacjenta na bloku operacyjnym i na oddziale szpitalnym.

JUSTYNA DOPIERAŁA, WWW.GLOSWIELKOPOLSKI.PL

Rozważają rezygnację

16 czerwca 2020 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie odbyła się konferencja prasowa poświęcona aktualnym problemom w ochronie zdrowia. Przedstawiciele samorządu lekarskiego m.in. zwrócili uwagę na trudną sytuację w stomatologii. Przyczyną jest niskie finansowanie w ramach NFZ przy ogromnym wzroście kosztów udzielania tych świadczeń z powodu pandemii koronawirusa.

Brakuje jasnych wytycznych i zaleceń dotyczących udzielania świadczeń z zakresu stomatologii w dobie obecnego kryzysu oraz aktualnych zaleceń, które są już nieadekwatne w porównaniu do początku pandemii. Dodatkowo w projekcie nowego zarządzenia NFZ z 2 czerwca 2020 r. pozostał zapis, aby przyjmować jednego pacjenta na godzinę, dochodzą koszty środków ochrony indywidualnej i dezynfekcji. To wszystko nie gwarantuje gabinetom rentowności. Trzeba również zwrócić uwagę, że zaproponowana przez NFZ podwyżka wyceny świadczeń w stomatologii dotyczy tylko 2 z 7 zakresów stomatologii i to tych, które były najgorzej wycenione. Zwiększono wycenę świadczeń endodontycznych, ale nie rozwiązuje to problemu, czy większość praktyk stomatologicznych przetrwa

do przyszłego roku. Jest coraz więcej sygnałów, że gabinety rozważają w perspektywie rezygnację z realizacji świadczeń dla NFZ ze względu na ich nieopłacalność, a to z kolei może ograniczyć dostęp pacjentów do leczenia – mówił wiceprezes NRL Andrzej Cisko. WWW.NIL.ORG.PL

Dofinansowane z funduszy UE

„Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego w Swarzędzu. Bliżej Ciebie!” i „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego DREWS w Poznaniu” – pod tymi nazwami kryją się dwa, warte niemal 15 mln zł, projekty dofinansowane ze środków Unii Europejskiej. Wsparcie z Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego 2014–2020 to 95 proc. wartości tych projektów. Wicemarszałek Wojciech Jankowiak podpisał umowy na ich realizację. *Są to pieniądze przeznaczone na szeroko rozumianą pomoc na rzecz rodziny i naszego zdrowia, a w perspektywie – efektywnego funkcjonowania na rynku pracy. Chodzi po prostu o to, aby dziś osoby wykluczone z tego rynku z powodu zdrowia, mogły wrócić i efektywnie pracować. Jest to możliwe, tylko trzeba ludziom w tym pomóc* – powiedział wicemarszałek. Taką pomoc będą właśnie świadczyć Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego, na których tworzenie i funkcjonowanie zostaną przeznaczone przyznane dziś miliony dla poznańskiej i swarzędzkiej placówki. To nie tylko szansa na poprawę stanu zdrowia 710 osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, to również szansa na stworzenie w Wielkopolsce sieci wsparcia dla tych osób. Do dziś Wielkopolanie mogli korzystać z dwóch placówek uruchomionych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego – Centrum Medycznego HCP w Poznaniu i Centrum Opieki Zdrowotnej Sanitatis Sp. z o.o. w Obornikach. WWW.UMWW.PL

Dwa różne zdania

Jedna z największych sieci aptecznych zaczęła masowo profilować pacjentów. Zbierane dane medyczne przekazuje zaś Microsoftowi i Amazonowi. Sieć Gemini, mająca prawie 200 placówek w całej Polsce, chce przetwarzać dane medyczne z e-recept dzięki specjalnej aplikacji. Samorząd aptekarski (Naczelna Izba Aptekarska) i eksperci od ochrony danych osobowych są oburzeni. Ich zdaniem firma będzie

mogła bowiem dowiedzieć się na przykład, kto leczy się na depresję, ma demencję, problemy z potencją, niedawno poronił albo jest śmiertelnie chory. Na podstawie danych z wielu recept stworzy zaś wirtualną kopię pacjenta, która na rynku jest bezcenna dla firm ubezpieczeniowych czy banków. Dowiedzieliśmy się, że wniosek samorządu aptekarskiego o wszczęcie kontroli analizuje właśnie Urząd Ochrony Danych Osobowych. Gemini jednak nie ma sobie nic do zarzucenia. „Profilowanie w ramach aplikacji ma charakter absolutnie dobrowolny. Każdy użytkownik ma możliwość wyrażenia dobrowolnej, swobodnej, konkretnej i jednoznacznej zgody na profilowanie. W ramach swojego konta może również w każdej chwili samodzielnie taką zgodę wycofać. Obecnie dzięki analizie zachowań użytkowników (którzy wyrazili zgodę), nasz zespół może stale poprawiać jakość serwisu receptagemini.pl i dostosowywać go do potrzeb użytkowników” – uzyskaliśmy odpowiedź na pytanie, czy sieć aptek właściwie przetwarza wrażliwe dane klientów. WWW.GAZETAPRAWNA.PL

Zrealizujemy postulat

O ponad 300 mln zł zwiększy się finansowania świadczeń szpitalnych rozliczanych w ramach ryczałtu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia w 2020 r. – to wynik zmian, jakie wprowadza pakiet przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zrealizujemy postulat dyrektorów szpitali powiatowych o wzrost wyceny świadczeń w ramach leczenia szpitalnego – zapewnił we wtorek podczas briefingu prasowego wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński. Przekazał, że do szpitali trafi w tym roku dodatkowe 300 mln zł. Poinformował, że w związku ze wzrostem od 1 lipca kwoty bazowej wynikającej z ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w podmiotach leczniczych dojdzie do wzrostu o 3 proc. wyceny świadczeń w ramach leczenia szpitalnego. *Dziś (16 czerwca 2020 r. – przyp. red.) zostaną skierowane do podpisu ministra zdrowia, później prezesa NFZ rozporządzenia i zarządzenia, które doprowadzą do tego, że taki wzrost o 3 proc. od 1 lipca będzie zrealizowany* – zapewnił. Dodał, że zgodnie z postulatami pieniądze na to, by wypłacić ustawowe podwyżki, znajdują się na kontach szpitali. WWW.MZ.GOV.PL

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

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

DEZYNFEKCJA PIENIĘDZY PAPIEROWYCH. Na granicy rumuńskiej w myśl rozporządzenia dezynfekowano banknoty przychodzące do Rumunii z okolic dotkniętych cholera. Okazało się, że ruskie, niemieckie, francuskie i serbskie banknoty doskonale przenoszą 10% roztwór kwasu karbolowego, podczas gdy papiery austriackie i włoskie już przy stosowaniu 6% fenolu tracą szybko kolor. *„Zdrowie” 1892, VIII, 473*

MNIEJ WIĘCEJ OD ROKU istnieje w Berlinie instytut Medizinisch-literalische Zentrallstelle (Berlin - Friedenau, Kraustr. 12), pozostający pod kierownictwem dra Bergera, a którego celem jest ułatwienie, za niewielką opłatą, pracującym naukowo, korzystania z piśmiennictwa lekarskiego światowego, a więc dostarczanie streszczeń lub też prac w całości, tłumaczeń, zestawień piśmiennictwa, statystyk i wogóle potrzebnych z zakresu piśmiennictwa lekarskiego informacji. *„Lwowski Tygodnik Lekarski” 1912, VII, 207*



Praca w czasach zarazy

SHORT CUTS

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



Sport w czasach zarazy

Jeszcze bardziej tajemniczy pacjent

Od czasu wprowadzenia RODO w placówkach ochrony zdrowia mamy epidemię Tajemniczych Pacjentów – TP. Zarządzający tymi ośrodkami, działając profilaktycznie – bowiem jak powszechnie wiadomo, profilaktyka jest podstawą wszelkich działań medycznych – wydali zalecenia, by pacjenci przestali posiadać osobowość. Wszystko to po to, żeby nie narażać się na hipotetyczne, horrendalne kary nakładane przez stosowne instytucje dbające o ochronę danych osobowych. I tak przysłowiowy Jan Kowalski lub Genowefa Kociubińska stali się w najlepszym przypadku „Panem Janem” lub „Panią Genowefą”, w nieco gorszym numerem nadawanym w recepcji lub rejestracji. Niektórzy poszli jeszcze dalej i nadawali pacjentom pseudonimy. Niestety system ten nie jest idealny. Problem pojawia się, gdy na wizytę czeka większa liczba „Panów Janów”. Wtedy zaczyna być „zabawnie”, podczas gdy rozwiązanie jest proste – powrót do tradycji określania pacjenta imieniem i nazwiskiem, bowiem te dane nie są jeszcze danymi osobowymi określającymi konkretną osobę. Stają się nimi dopiero po połączeniu z numerem PESEL. Wydawało się, że gorzej już być nie może, ale jak wiadomo, gdy myślimy, że to już dno, okazuje się, że słyszymy pukanie od spodu. Tym „pukaniem” jest pojawienie się tzw. epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 i wywoływanej przez ten wirus choroby określanej jako COVID-19. W ramach działań profilaktycznych, mających zapobiegać szerzeniu się wirusa, uznano, że oprócz zachowywania dystansu społecznego od 1 do 2 metrów (według różnych zaleceń), ludzie powinni stosować tzw. ŚOI, czyli Środki Ochrony Indywidualnej. Na efekty tych zaleceń, wzmocnionych groźącymi sankcjami karnymi, już nie hipotetycznymi, tylko całkiem realnymi, za niestosowanie zalecanych ŚOI, nie trzeba było długo czekać. W szpitalach i gabinetach pojawili się Jeszcze Bardziej Tajemniczy Pacjenci – JBTP. W zależności od poziomu psychozy pacjenta pojawia się taki – odziany przynajmniej w maseczkę, czasami nawet twarzową. Pod pojęciem maseczki kryje się cała gama zasłon na twarz. Luzacy mają tylko szaliki lub kominy, większość maseczki chirurgiczne lub materiałowe. Te ostatnie są najbardziej barwne i różnorodne – pojawiła się nawet moda na noszenie maseczek oznaczonych logo znanych firm odzieżowych i nie tylko. Drugim biegunem w stosunku do luzaków są osoby używające profesjonalnych masek, zazwyczaj stosowanych przez różne służby lub w zakładach pracy, gdzie występuje zapylenie lub inne czynniki szkodliwe. Ale na maseczkach pomysłowość ludzi się nie kończy. Bardziej zaawansowani noszą rękawiczki, zazwyczaj nitrylowe, choć zdarzają się i lateksowe lub foliowe

(te są najmniej wygodne, ale zazwyczaj darmowe, gdyż zdobyte w sklepie lub na stacji benzynowej). Kolejnym etapem wtajemniczenia jest używanie przez pacjenta, obok wymienionych wcześniej maseczek i rękawiczek, także przyłbicy z tworzywa sztucznego, zakrywającej całą twarz. Jeśli ktoś myślałby, że to koniec pomysłowości pacjentów, to niestety byłby bardzo naiwny, bowiem parokrotnie miałem do czynienia z pacjentem odzianym albo w fartuch fizezlinowy lub nawet pełny kombinezon ochronny.

Zapewne w odpowiedzi na JBTP pojawił się również Tajemniczy Personel Medyczny. Nie mam oczywiście na myśli ratowników medycznych jeżdżących do osób chorych lub podejrzanych o COVID-19 albo personelu tzw. szpitali jednoimiennych (ciekawe, jaki geniusz językowy wymyślił tę nazwę). Na moją uwagę zasłużyli tajemniczy pracownicy medyczni pracujący w „zwykłych” szpitalach, przychodniach lub gabinetach. Otóż taki pracownik charakteryzuje się także odzieniem w maseczkę, rękawiczki, przyłbice, dodatkowo „jednorazowe” fartuchy. Ponadto, w wielu miejscach stosuje się odkażanie gabinetów po każdym pacjencie, okadanie, ozonowanie, śluzy wejściowe i całą masę różnych wynalazków. Pytanie o sens takich działań pozostawiam otwarte, bowiem trudno dyskutować z zaleceniami wydawanymi przez poważne instytucje (przynajmniej powinny takimi być). To, że u podstaw tych zaleceń nie leżą żadne wiarygodne badania, to szczególnie mało istotny, bowiem fundamentem wszystkich tych środków ochronnych personelu medycznego jest strach. Jednakże strach nie przed zakażeniem, tylko strach przed ewentualnymi roszczeniami pacjentów i ich prawników, żądających odszkodowań za hipotetyczne zakażenie koronawirusem. Mało kto ma ochotę włączyć się potem po sądach, tym bardziej... i tu przytoczę (po raz kolejny zresztą) starą anegdotę: Przy stoliku w kawiarni siedzi dwóch sędziów. Nagle do jednego podchodzi nieznajomy mężczyzna i mówi: „Podam Pana do sądu o odszkodowanie, ponieważ pies pańskiej żony podarł mi spodnie”. Na takie *dictum* indagowany sędzia zapytał nieznajomego, o jaką sumę mu chodzi i bez zwłoki zapłacił. Gdy nieznajomy odszedł, drugi sędzia odezwał się do pierwszego: „Słuchaj, dlaczego dałeś mu te pieniądze, skoro nie masz ani żony, ani psa?!” Na to pierwszy odpowiedział: „To kończy sprawę. Gdyby trafiła do sądu, to sam wiesz, różnie mogłoby się to skończyć”. I to by było na tyle. Tematu nie będę, no przynajmniej na razie, rozwijał, by nie psuć Państwu oczekiwanych wakacji i zasłużonych urlopów.

*KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

Słów parę zamiast relacji z majowego Przeglądu Śpiewających Lekarzy w Szczecinie

Czy sztuka myślenia jest sztuką bycia samym sobą?

To aktualne dzisiaj pytanie zadała nam polonistka w trzeciej klasie LO wiele lat temu, dając dwutygodniowy termin oddania pracy. Tylko dwie osoby zrozumiały temat i zostały ocenione pozytywnie.

Sytuacja, w jakiej znaleźliśmy się obecnie, powinna nas pobudzić do refleksji nad naszym życiem, co możemy w nim poprawić, w jaki sposób stawić czoło nowej rzeczywistości.

Jeśli chcesz coś zmienić, zacznij od siebie, znajdź siłę w sobie, jak radzi pani psycholog z telewizji. A więc wzmacniamy ciało poprzez gimnastykę, spacer, treningi, i ducha (czytanie książek, malowanie, rysowanie, granie na instrumentach, śpiewanie itp.).

Zatrzymajmy się przy muzyce i medycynie, a konkretnie przy związkach tenora lirycznego – José Carrerasa ze służbą zdrowia. Urodzony w Barcelonie w 1946 r., w wieku 8 lat wystąpił w radiu, śpiewając sopranem arię „La donna è mobile” G. Verdiego (dysponował już wtedy nienaganną, naturalną techniką). Zainspirowany filmem „Wielki Caruso” postanowił zostać profesjonalnym śpiewakiem. Po debiucie w Barcelonie w 1970 r. zaczął śpiewać na wielu renomowanych scenach operowych świata, wzbudzając zachwyt pięknem swojego głosu. W 1987 r. stwierdzono u niego ostrą białaczkę limfoblastyczną, dając mu 10% na przeżycie. Pierwszego dnia choroby José postanowił założyć fundację na rzecz zwalczania leukemii, gdyż choroba obudziła w nim wrażliwość na potrzeby innych, nauczyła współczucia i cieszenia się każdą chwilą („Jednych los niesie na swoich skrzydłach, innych ciągnie za sobą” – przysłowie hiszpańskie). Po zastosowaniu chemioterapii i radioterapii lekarze z kliniki onkologicznej w Seattle zdecydowali się na wykonanie przeszczepu jego własnego szpiku po raz pierwszy w historii z pomyślnym finałem. Zdrowy Katalończyk napisał autobiografię „Śpiewam całą duszą”, gdzie zawarł swoje przemyślenia dotyczące strategii walki z chorobą. Wiedział, że nie jest sam, że może liczyć na psychiczne wsparcie

rodziny, przyjaciół, fanów. Odnalazł w sobie wewnętrzną siłę, a najtrudniejsze chwile przetrwał, słuchając drugiego koncertu fortepianowego c-moll S. Rachmaninowa. Oczywiście bez pomocy lekarzy powyższy plan by się nie powiódł. „Więcej zrobię tym pistoletem i dobrym słowem niż samym dobrym słowem” – jak mawiał Al Capone. W 1988 r. José założył Międzynarodową Fundację do Walki z Białaczką i stworzył międzynarodowy rejestr dawców szpiku. W 1990 r. odbył się w rzymskich Termach Karakalli Koncert Trzech Tenorów (J. Carreras, P. Domingo, L. Pavarotti), najlepszy ze wszystkich koncertów z ich udziałem. Śpiewak z Barcelony docenił rolę służby zdrowia w życiu ludzi.

Jeśli chcesz coś zmienić, zacznij od siebie, znajdź siłę w sobie, jak radzi pani psycholog z telewizji. A więc wzmacniamy ciało poprzez gimnastykę, spacer, treningi, i ducha (czytanie książek, malowanie, rysowanie, granie na instrumentach, śpiewanie itp.).

Mam nadzieję, że po opanowaniu epidemii zmieni się w Polsce nastawienie do świata medycznego. W tym momencie przychodzi mi na myśl tekst ponadczasowej piosenki Niemena: „Dziwny jest ten świat”: „Lecz ludzi dobrej woli jest więcej i mocno wierzę w to, że ten świat nie zginie nigdy dzięki nim”. Muzyka jako jedna z abstrakcyjnych sztuk dostarczała pięknych przeżyć, które umożliwiały od zarania dziejów mieszkańcom naszej planety lepsze funkcjonowanie w rzeczywistości. W ramach skromnej muzykoterapii proponuję odszukać i odsłuchać w internecie następujące fragmenty muzyczne: „Alleluja” z Exsultate Jubi-



late W.A. Mozarta w wykonaniu Pretty Yende – czas 3 min. 15 sek. i III cz. finału-Allegro koncertu Es-dur na trąbkę J. Haydna w wykonaniu Alison Balsom (4 min. 15 sek.) oraz duetu „Pa-pa-pa” (Papageno/Papagena) z opery „Czarodziejski flet” W.A. Mozarta w wykonaniu Andreasa Schmidta i Catherine Pierard z 1991 r. (2 min. 22 sek.).

Z twórczością mojego ulubionego kompozytora – Haydna zetknąłem się w Podstawowej Szkole Muzycznej im. H. Wieniawskiego, grając w drugich skrzypcach w szkolnej orkiestrze m.in. Koncert fortepianowy D-dur ww. klasyka wiedeńskiego. Orkiestrą, z którą wyjeżdżaliśmy co roku na występy w okolice Cottbus, zamieszkałe przez zaprzyjaźnionych z Polakami Serbołużyczanami, dyrygował dyrektor PSM w Poznaniu – Henryk Duczmał (ojciec Agnieszki Duczmał). Natomiast utwory wokalne Mozarta są mi pomocne w pracy nad techniką wokalną. Na pytanie, któremu z dwóch klasyków wiedeńskich należy się pierwszeństwo, wybitny dyrygent Jerzy Semkow powiedział: „L. van Beethoven wdrapał się na sam Olimp, a W.A. Mozart zszedł z nieba”. Miejmy nadzieję, że w przyszłym roku odbędzie się zarówno Konkurs Chopinowski w Warszawie, jak i Przegląd Śpiewających Lekarzy w Szczecinie.

ANDRZEJ KALISZEWSKI

Wspomnienie o doc. Janie Bajońskim

Jeśli ja tego nie opiszę, już nikt tego nie zrobi...

Dziadek Jasiu urodził się 11 grudnia 1888 r. w Raszkowie koło Ostrowa Wielkopolskiego, gdzie jego ojciec, Józef Bajoński, był dyrektorem szkoły. Matką Jana, jego siostry Ireny (Iny) oraz Jarosia była zaś Aniela Zielewska. Babcię Anielcią ciepło wspominała moja mama. Aniela była drugą żoną Józefa – dyrektora. Jego pierwsza żona – Józefa Zielewska – siostra Anieli, zmarła przedwcześnie, a z tego pierwszego związku dziadek Jasiu miał starszego brata przyrodniego Kazimierza, który był znakomitym studentem i przed wojną zakładał w niepodległej Polsce Bank Polski i pracował przy wprowadzeniu nowej waluty – polskiego złotego. Jego żoną była Zofia Cegielska (z TYCH Cegielskich) – matka chrzestna mojej mamy. Dziadek Jasiu, podobnie jak Kazimierz i Jaroś, skończył męskie Królewskie Gimnazjum Humanistyczne w Ostrowie Wielkopolskim, które miało i ma ponoć nadal (jako liceum) bardzo dobrą renomę. Zachowało się świadectwo maturalne dziadka Jasia; dużo na nim „genugend” („dostateczny”), co miało być może związek z działalnością w polskiej tajnej organizacji patriotycznej. Nie przeszkodziło to dziadkowi w podjęciu studiów medycznych w Berlinie i Strasburgu, które skończył w 1914 r., oraz uzyskaniu w 1916 r., po napisaniu stosownej dysertacji, której promotorem był dr Artur Heffter, tytułu doktora medycyny ze specjalizacją w ginekologii i położnictwie. Podczas studiów należał do tajnej organizacji studentów (GN – Grupy Narodowej) i na koniec został jej prezesem. Podczas pierwszej wojny światowej dziadek służył w armii pruskiej na froncie francuskim, ale w 1918 r. ochotniczo wstąpił do Wojska Polskiego i brał udział w Powstaniu Wielkopolskim, podczas którego awansował do stopnia majora. W 1919 r. był szefem pociągu sanitarnego, później został przeniesiony do 16. Pułku Ułanów Wielkopolskich, a następnie podczas wojny bolszewickiej służył na froncie litewsko-białoruskim i jako lekarz batalionu w 14. Pułku Artylerii Ciężkiej. Za zasługi w tej wojnie został odznaczony Złotym Krzyżem „Zasłużony na Polu Chwały”, Krzyżem Walecznych i Orderem Virtuti Militari V klasy (nr 5348). W uzasadnieniu czytamy: „Odznaczony się walecznością, znajdując się zawsze w pierwszej linii bojowej pułku. Pełniąc służbę w 16. P.Uł. podczas odwrotu 5 Brygady Jazdy z Ukrainy w walkach pod Rohoźną, mjr Bajoński został, by zabrać rannych. Pod Szczurowicami, kiedy dowiedział się, że zostawiono ciężko rannego oficera w wiosce częściowo zajętej przez wroga, z kilkoma sanitariuszami pod ogniem wyniósł rannego”. Przez sześć lat dziadek był lekarzem wojskowym. Po zakończeniu wojny, w 1921 r., został bezterminowo urlopowany, a w następnym roku przeniesiony do rezerwy. Od 1 sierpnia 1921 r. podjął pracę w Ginekologiczno-Położniczej Klinice Uniwersyteckiej – Zakładzie Położniczo-Ginekologicznym Poznańskiego Samorządu Wojewódzkiego przy ul. Polnej w Poznaniu, gdzie od 1937 r. był dożywotnim prymariuszem (ordy-



Dziadek pierwszy od lewej w Klinice przy ul. Polnej

natem) i zastępcą ówczesnego dyrektora – prof. Kowalskiego. 21 czerwca 1928 r. decyzją Rady Wydziału Lekarskiego i Senatu Uniwersytetu Poznańskiego został habilitowany jako docent ginekologii i położnictwa na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Dziadek został też członkiem rzeczywistym (filistrem – kuratorem) konserwatywnego Konwentu Lechia – jednej z korporacji studentów Uniwersytetu Poznańskiego. Był też członkiem Komisji Lekarskiej Polskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, wiceprezesem Związku Lekarzy obwodu poznańskiego, sekretarzem obwodu poznańskiego Związku Lekarzy Słowiańskich oraz Rady Lekarzy Ubezpieczeniowych. Był też członkiem BBWR, ale generalnie polityką się nie zajmował. W zakresie swojej specjalizacji był autorem ponad 50 prac. Jego nazwisko zostało umieszczone w „Who’s Important in Medicine, a Division of Biographical Encyclopedia of the World” za 1945 rok, N.Y., USA. Niestety wtedy dziadek już nie żył.

W 1928 r. dziadek ożenił się z moją babcią – Józefą Preibisz z zacnej wielkopolskiej rodziny o długim rodowodzie. Babcia Józia urodziła się w 1901 r. w majątku swoich rodziców – Heleny i Zygmunta w Mokronosie koło Wągrowca. Pradziadek Zygmunt też uczestniczył w Powstaniu Wielkopolskim i poobsadzał opuszczone gospodarstwa niemieckie swoimi pracownikami. Niestety zmarł przedwcześnie, majątek został sprzedany, za co rodzina kupiła kamienicę przy ul. Konopnickiej 15, a resztę pieniędzy ulokowała w papierach wartościowych, które podczas wielkiego kryzysu przepadły. W tym domu, w którym wiele lat później się wychowałem, odnowionym przez Shella w latach 90., znajduje się obecnie siedziba Okręgowej Rady Adwokackiej w Poznaniu. Babcia bardzo się spodobała dziadkowi podczas jakiegoś balu, na którym wystąpiła w kupionej w Paryżu sukience. Do Paryża zaś wybrała się (może to był 1926 r.?) ze swoją o rok starszą siostrą, Hanką, która wtedy pracowała w szkole dla polskich dzieci we Francji. Ciotka Hanka była w ogóle ciekawą osobą. Obie siostry ukończyły te same szkoły, zdały maturę, ale Hanka, która była bardziej rzutka, ukończyła też kurs pielęgniarstwa i pracowała jako pielęgniarka w Szpitalu Wojskowym, później jako nauczy-

cielka w prywatnej szkole, następnie uczyła w Lille (stąd wyprawa z Józką do Paryża), a w 1939 r. była ponownie siostrą Czerwonego Krzyża w pociągu sanitarnym i tym sposobem trafiła ze swoim szwagrem – dziadkiem Jasiem do niewoli sowieckiej, do Ostaszkowa. Ale o tym dalej.

W 1929 r. urodziła się dziadkom córka Zosia, a w 1932 r. Irena – moja mama. Dziadkowie zamieszkali w ogromnym i ciemnym mieszkaniu przy ul. Patrona Jackowskiego 39 m. 4, gdzie dziadek prowadził również prywatną praktykę. Było to bardzo wygodne, bo blisko szpitala przy ul. Polnej. Doktorostwo znali się i spotykali z innymi poznańskimi lekarzami: dr. Żuralskim, dr. Suwalskim i młodszym od nich dr. Sarazinem.



4 sierpnia 1939 r. dziadek został zmobilizowany i otrzymał przydział do Wojskowego Szpitala Okręgowego nr 7 w Poznaniu. Po wybuchu wojny wraz ze szpitalem został ewakuowany do Wojskowego Szpitala Okręgowego nr 7 w Białowieży (jego komendantem był wspomniany wyżej dr Żuralski), gdzie dostał się ze wszystkimi do niewoli sowieckiej i został osadzony w Ostaszkuwce razem ze swoją szwagierką – siostrą babci – Hanką, o czym wspominałem wyżej. Hanka miała namawiać dziadka i swojego kuzyna dr. med. Słonimskiego

do ucieczki w mundurach prostych żołnierzy, na co przystał tylko dr Słonimski, który dzięki temu przeżył. Dziadek Jasiu zaś został przeniesiony w listopadzie do obozu w Kozielsku, a wiosną 1940 r. – jak wielu – rozstrzelany przez funkcjonariuszy NKWD w lesie katyńskim. W 1943 r. wysiedlona do Opatowa i Ostrowca Świętokrzyskiego rodzina dziadka dowiedziała się z „Gazety Krakowskiej” o odkrytych grobach katyńskich i jego śmierci. Nie trzeba mówić, że oznaczało to nie tylko wielką stratę osobistą dla całej rodziny, ale też katastrofę ekonomiczną.

Studentem dziadka był artysta skalpela – prof. Michałkiewicz, który w swoim czasie został szefem kliniki przy ul. Polnej. Dzięki niemu babcia Józia została na czas zoperowana, kiedy była chora, czym zapewne uratował jej życie, a ja przyszedłem na świat na prywatnej salce porodowej obok gabinetu prof. Michałkiewicza. Kiedy sam podjąłem pracę przy ul. Polnej jako młody anestezjolog, prof. Michałkiewicz jeszcze tam w pracował i zadziwiał swoją energią i kunsztem. Kiedyś, kiedy wpadł do dyżurki anestezjologów na herbatę w przerwie między zabiegami, nieśmiało zapytałem go, czy może przypomina sobie doc. Bajońskiego. Odpowiedział: „Ależ naturalnie, panie kolego!”. Tak to koło się domknęło. A dziadek został decyzją Ministra Obrony Narodowej w 2007 r. awansowany pośmiertnie na stopień podpułkownika. ■

Wspomnienie w 10. rocznicę śmierci Prof. dr hab. med. Andrzej Soboczyński (1924–2010)

Z Andrzejem Soboczyńskim (wówczas dr. med.) miałem szczęście współpracować od początku działalności II Kliniki Chorób Dzieci przy ul. Jackowskiego 42 w 1961 r., do której trafił jako doświadczony laryngolog, a w której byłem wówczas wolontariuszem specjalizującym się w pediatrii pod kierunkiem prof. Olecha Szczepkiego. Początkowe warunki jego pracy były bardzo prymitywne. Dysponował bowiem skromnie wyposażonym gabinetem zabiegowym, w którym konsultował przede wszystkim niemowlęta z rozpoznawanym wówczas często zespołem „uszno-jelitowym”. U niemowląt z ostrą biegunką (zwłaszcza wyniszczającą – toksyczną – *toxicosis*) często rozwijało się ostre zapalenie ucha środkowego, niekiedy ropne, wymagające paracentezy, czyli nakłucia błony bębenkowej. Ten stosunkowo prosty zabieg przynosił cierpiącym dzieciom wielką ulgę. Na kolejnym etapie antybiotykoterapia i usuwanie ropnej wydzieliny przez zakładanie sączków do przewodu słuchowego zewnętrznego przynosiły najczęściej trwałe efekty. Niekiedy zdarzały się ropne zapalenia komórek wyrostka sutkowatego (*mastoiditis*). Niejednokrotnie, z uwagi na pogarszający się stan ogólny dziecka, niezbędny wówczas zabieg chirurgiczny dr Andrzej Soboczyński musiał wykonać w swoim gabinecie na zaimprovizowanym stole operacyjnym w asyście przyuczonej pielęgniarki. Nie pamiętam, aby miał jakie-



kolwiek zakażenia pooperacyjne. Od wielu lat dzięki profilaktyce zakażeń u dzieci i wzrostowi ogólnej kultury zdrowotnej społeczeństwa nie spotyka się już takich powikłań.

Andrzej Soboczyński urodził się 9 lutego 1924 r. w Bydgoszczy. Pochodził z rodziny lekarskiej. Ojciec był dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy i ordynatorem Oddziału Otolaryngologii Dziecięcej tego szpitala. Z miastem tym był związany od lat szkolnych i do końca życia zachował do niego duży sentyment. W czasie wojny został wywieziony na przymusowe roboty do Niemiec.

W latach 1947–1951 studiował na Wydziale Lekarskim UP (od 1950 r. AM). W 1952 r. podjął pracę w Klinice Chorób Nosa, Gardła i Uszu AM w Poznaniu, gdzie uzyskał specjalizację z laryngologii pod kierunkiem prof. Aleksandra Zakrzewskiego. W 1960 r. nadano mu stopień naukowy doktora nauk medycznych na podstawie pracy pt. „Znaczenie antybiotyków w leczeniu brodawczaków krtani u dzieci” (promotor: prof. Aleksander Zakrzewski). W kwietniu 1967 r. habilitował się na podstawie dysertacji pt. „Występowanie przeciwciał adenoidalnych w przewlekłym zapaleniu migdałków podniebiennych u dzieci”.

Po otwarciu Instytutu Pediatrii w 1972 r. był samodzielnym pracownikiem naukowym i zastępcą kierownika w utworzonej Klinice Otolaryngologii Dziecięcej (KOLD), wówczas jednej z 4 takich klinik w Polsce. W tym czasie

klinika, kierowana przez doc. Romana Rafińskiego, była czołowym ośrodkiem bronchologii dziecięcej. Po jego śmierci w 1977 r. kierownictwo kliniki objął doc. Andrzej Soboczyński. Kontynuując zabiegi endoskopowe drzewa oskrzelowego, badania kliniczno-naukowe ukierunkował na problemy immunologii pierścienia chłonnego gardła, operacyjne leczenie zarośnięcia nozdrzy tylnych i brodawczaków krtani. Zawsze osobiście konsultował najtrudniejsze problemy laryngologiczne u dzieci.

Poznańska KOLD stała się jednym z czołowych ośrodków szkoleniowych w kraju. W uznaniu osiągnięć kliniki, na zlecenie CMKP w Warszawie, od 1978 r. systematycznie organizowano tu ogólnopolskie kursy szkoleniowe w ramach specjalizacji z otolaryngologii (m.in. „Endoskopia w laryngologii dziecięcej”).

Doc. Andrzej Soboczyński tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymał w 1982 r., a profesora zwyczajnego w 1992 r. W 1986 r. został przewodniczącym Krajowej Sekcji Otolaryngologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Przewodniczył również Komitetowi Organizacyjnemu VIII Dni Otolaryngologii Dziecięcej organizowanych w Poznaniu. W latach 1986–1995 przewodniczył komisjom egzaminacyjnym na egzaminach specjalizacyjnych z otolaryngologii dziecięcej. Opublikował około 150 artykułów naukowych w czasopiśmie polskich i zagranicznych. Był autorem rozdziału w podręczniku pediatrii na temat zagadnień otolaryngologicznych u dzieci.

W 1988 r., jako *visiting professor*, przebywał na stypendium DAAD w klinikach uniwersyteckich RFN (Getynga, Hamburg, Kolonia, Moguncja), gdzie m.in. wygłaszał referaty. Zapoznawał się również z pracą klinik laryngologii dziecięcej w Padwie i Magdeburgu. Wykazał wiele inicjatywy w pozyskiwaniu nowoczesnego sprzętu do prowadzonych zabiegów chirurgicznych i diagnostycznych. Nawiązał współpracę z kilkoma ośrodkami niemieckimi (Kolonia, Magdeburg). Kontakty te ułatwiała mu doskonała znajomość języka niemieckiego. Zawsze był również otwarty na interdyscyplinarną współpracę naukową z różnymi klinikami Instytutu Pediatrii.

Prof. Andrzej Soboczyński był promotorem 6 przewodów doktorskich i opiekunem jednej habilitacji – swojego następcy na stanowisku kierownika kliniki i później konsultanta krajowego – prof. Michała Grzegorowskiego. Obecnie kliniką kieruje prof. dr hab. Jarosław Szydłowski.

Andrzej Soboczyński należał do grona lekarzy o szczególnej sumienności i odpowiedzialności za powierzone jego opiece dzieci. Był inicjatorem wprowadzenia znieczulenia ogólnego do zabiegów adenotomii i tonsillektomii, co szybko zrealizowano w codziennej praktyce klinicznej. Było to możliwe dzięki dobrej współpracy z zespołem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pediatricznej, którą zorganizowała w Instytucie Pediatrii i przez wiele lat nią kierowała prof. Kazimiera Brodzińska (obecnie – dr hab. med. Alicja Bartkowska-Śniatkowska). Przy wydatnym udziale prof. Andrzeja Soboczyńskiego wyszkoliło się w Polsce kilkudziesięciu specjalistów w dziedzinie otolaryngologii dziecięcej. Wielu z nich zajmuje stanowiska ordynatorów i kierowników klinik. Bez-

pośrednio pod jego kierunkiem w klinice specjalizację z otolaryngologii dziecięcej uzyskało również kilkunastu lekarzy. Szczególną wagę przywiązywał do przekazania swym uczniom umiejętności operacyjnych. Z pewnością był twórcą poznańskiej szkoły otolaryngologii dziecięcej.

Szczególnie cenił sobie współpracę z pediatrami i brał pod uwagę ich opinię przed podejmowaniem decyzji o poważniejszych zabiegach chirurgicznych. Z dyrektora Instytutu Pediatrii współpraca ta zawsze układała się bardzo dobrze. U młodych lekarzy bardzo cenił dobre manieri i zwykłą grzeczność. W kontaktach z nimi często powtarzał, że „każdy musi znać swoje miejsce w szeregu”. Ubolewał nad obniżaniem się pozycji społecznej lekarza, szczególnie porównując ją do statusu tego zawodu z okresu międzywojennego. Był bardzo koleżeński. Dbał o dobrą atmosferę w zespole klinicznym i okazjonalne spotkania towarzyskie, np. z okazji świąt lub imienin. Na tego rodzaju uroczystości w klinice był zapraszany przez asystentów do końca swego życia, mimo że na emeryturę przeszedł w 1994 r.

Zawsze wykazywał troskę o rodzinę. Jeden z jego dwóch synów i córka również ukończyli medycynę. Często podkreślał, że syn Ryszard to już trzecie pokolenie laryngologów w rodzinie (niestety nieżyjący od 3 lat ordynator Oddziału Otolaryngologii Szpitala w Puszczykowie k. Poznania). Córka Maria jest dermatologiem i pracuje w Niemczech. Młodszy syn Edward jest prawnikiem.

Andrzej Soboczyński miał duże poczucie humoru. Często wspominał swoje niecodzienne zdarzenia, opowiadając ze swadą o zaistniałych sytuacjach. Głównym jego hobby były samochody i myślistwo. W czasach minionego ustroju wielu zazdrościło mu zmienianych co kilka lat modeli wartburga. W ostatnim okresie wybrał peugeota. Z racji zainteresowań łowieckich miał liczne przyjacielskie kontakty z leśnikami. Najbardziej cenił sobie wypoczynek w naturalnych warunkach polskiego lasu. W ostatnich latach miał problemy zdrowotne. Kilkakrotnie operowany, dzielnie znosił istniejące dolegliwości, m.in. dzięki troskliwej opiece żony Barbary.

Za wybitne zasługi dla rozwoju otolaryngologii dziecięcej w kraju otrzymał Złoty Krzyż Zasługi i Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski. Wyróżniono go również odznaczeniem „Za wzorową pracę w służbie zdrowia” i Honorową Odznaką Miasta Poznania.

Zmarł w Poznaniu 5 maja 2010 r. Został pochowany na poznańskim cmentarzu przy ul. Lutyckiej. Żegnało go wielu współpracowników, przyjaciół i pacjentów. W pożegnalnych słowach pozytywne cechy jego osobowości i zasługi dla otolaryngologii dziecięcej podkreślali JM Rektor UM w Poznaniu oraz profesorowie poznańskiej laryngologii.

W pamięci współpracowników pozostanie jako troskliwy i sumienny lekarz, sprawny operator, otwarty na interdyscyplinarną współpracę klinicysta, a przede wszystkim dobry i życzliwy wszystkim człowiek.

Marian Krawczyński
Poznań, kwiecień 2020 r.



Targi SALMED przełożone na marzec 2021 r.

Wnikliwa analiza rynku, konsultacje z kluczowymi partnerami i wystawcami, a także zaangażowanie służb medycznych w walkę z pandemią skłoniły Zarząd Grupy MTP do zmiany terminu targów SALMED. Wydarzenie odbędzie się 24–26 marca 2021 r.

Kilka miesięcy temu, kiedy została podjęta decyzja o przesunięciu Międzynarodowych Targów Sprzętu i Wyposażenia Medycznego SALMED z marca na wrzesień 2020 r., trudno było przewidzieć, jak będą wyglądały najbliższe miesiące i jak znacząco sytuacja pandemiczna wpłynie na sektor ochrony zdrowia.

Niestety utrzymujący się stan epidemiczny na świecie i w Polsce uniemożliwia w tym roku organizację tego wydarzenia na oczekiwanym poziomie. Dlatego Zarząd Grupy MTP, mając na uwadze aktualne priorytety branży medycznej, uznał, że nowy termin targów SALMED będzie bardziej odpowiednim czasem na realizację przedsięwzięcia angażującego tak liczne grono liderów medycyny i pracowników ochrony zdrowia.

To była wyjątkowo trudna decyzja, ale konieczna. Zanim została podjęta odbyliśmy wiele rozmów z naszymi partnerami i wystawcami. Ich opinie były dla nas kluczowe. Dlatego z szacunku dla niezwykle ciężkiej pracy wykonywanej przez służby medyczne, która w obecnej sytuacji jest szczególnie wymagająca i pełna nowych wyzwań, pragniemy dopasować termin targów do potrzeb naszych odbiorców. Jesteśmy przekonani, że energia włożona przez nasz zespół w tegoroczne przygotowania zapoczątkuje w przyszłym roku i nadchodząca edycja targów SALMED będzie obfitowała w jeszcze więcej wartościowych spotkań i cenną wiedzę. Z pewnością dołożymy wszelkich starań, aby wydarzenie spełniło oczekiwania przedstawicieli służb ochrony zdrowia oraz kadry menadżerskiej placówek medycznych – komentuje Paulina Pietrzak, dyrektor targów SALMED.

Targom SALMED patronują kluczowe organizacje branżowe, m.in.: Polska Federacja Szpitali, Wielkopolska Izba Lekarska, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, a także Europejskie Stowarzyszenie Czyste Leczenie. Międzynarodowe Targi Sprzętu i Wyposażenia Medycznego SALMED odbędą się 24–26 marca 2021 r. Bogatemu programowi wydarzeń towarzyszyć będzie wystawa oferty producentów oraz dostawców aparatury i instrumentów medycznych, wyposażenia szpitali, klinik i gabinetów medycznych, a także sprzętu laboratoryjnego i rehabilitacyjnego. Więcej na: www.salmed.pl.

KONTAKT DLA MEDIÓW:

Ewa Gosiewska – PR Manager, ewa.gosiewska@grupamtp.pl,
kom. 539 777 553

Czerwiec w izbie

- 06 czerwca posiedzenie Prezydium ORL WIL
- 15 czerwca posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej WIL
- 16 czerwca kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – I dzień
- 17 czerwca kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – II dzień
- 18 czerwca kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – III dzień
- 19 czerwca posiedzenie Komisji Bioetycznej
- 23 czerwca posiedzenie Komisji Socjalnej
- 25 czerwca kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – IV dzień
- 25 czerwca kurs specjalizacyjny z ratownictwa medycznego – V dzień
- wtorki, czwartki posiedzenie Prezydium ORL WIL
- środy wynajem sal na szkolenie zewnętrzne
- wtorki, czwartki posiedzenia komisji specjalnych
- środy próby Chóru Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
- wtorki, czwartki spotkania – Zespół Kameralny Operacja Muzyka

Z żalem zawiadamiamy, że w dniu 27 maja 2020

odeszła od nas

śp.



DARIA HENSCHKE

(z domu Bielerzewska)

specjalista medycyny rodzinnej, Dyplomate of the ABFP

Dobry i odpowiedzialny Człowiek

Mądry i życzliwy Lekarz

**W smutku pogrążona
Rodzina**

Panu

Dr. Wiesławowi Wawrzyniakowi

Wiceprezesowi Okręgowej Rady Lekarskiej

Przewodniczącemu Delegatury Ostrowsko-Krotoszyńskiej

Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

wyrazy głębokiego współczucia

w imieniu lekarzy i lekarzy dentyistów

oraz pracowników Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

z powodu śmierci

MATKI

składa

Artur de Rosier

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej



Z ogromnym żalem zawiadamiamy,

że odszedł od nas

nasz długoletni współpracownik i Przyjaciel,

doradca Okręgowego Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej,

prokurator w stanie spoczynku

ANDRZEJ JÓŹWIAK

W imieniu współpracowników z Kancelarii Okręgowego

Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,

Okręgowego Sądu Lekarskiego,

pracowników Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

oraz lekarzy i lekarzy dentyistów

Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Rodzinnie i Bliskim

składam wyrazy współczucia

Artur de Rosier

prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej



Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



JEDNYM TCHEM

(czyli pochwała kobiecości)

Idzie lato nie kryję radości
Pewnie bez masek wyjdziemy
Do parków oraz na ulice
I będzie można cieszyć oczy
Wdziękami kobiecości
Pań i dziewcząt które
Noszą sukienki lub spódnice



Tylko sukienka podkreśla
Kibić kobiety jak wiononczela
Kształt dając lędzwiom gibkim
A kiedy niżej okiem strzelasz
Jeśli natura była szczodra
Widzisz kuszące biodra
I zgrabne smukłe łydki

Do tego nareszcie będą
Bez maseczek twarze
Oczy uśmiech wykrój ust
Szyja dekolci i niżej (tu się odważę)
Kobiecy atrybut chust*-
-eczka lub apaszka

To ostry atak na męski gust
Może i jest trochę racji
Że niektóre panie spodnie
Noszą dla prowokacji
Mężczyzn albo im wygodniej
Opinia chyba każdego estety
Jest taka że to właśnie suknia
Wyraża atrakcyjność kobiety

*) można wpisać własny rym



BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.



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

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

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

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



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

WCM Remedium nawiąże współpracę z **LEKARZEM UROLOGIEM** i **GINEKOLOGIEM** w zakresie leczenia operacyjnego – chirurgii jednego dnia w ramach NFZ i zabiegów komercyjnych

Zapraszamy również do współpracy w ramach poradni: dermatologów, laryngologów, okulistów oraz pulmonologów
jstane@wcm-remedium.pl, tel. 604 565 283 lub 664 970 755

Centrum Medyczne MEDHEART w Kórniku

(20 minut z Poznania drogą ekspresową S11)

POSZUKUJE

do współpracy lekarzy, w specjalizacjach:

- **GINEKOLOG,**
- **GASTROENTEROLOG,**
- **KARDIOLOG,**
- **NEUROLOG,**
- **NEUROLOG DZIECIĘCY,**
- **DIABETOLOG,**
- **PSYCHIATRA DZIECIĘCY,**
- **ENDOKRYNOLOG,**
- **ONKOLOG,**
- **REUMATOLOG,**
- **LEKARZ CHOROÓB ZAKAŻNYCH**

na preferencyjnych warunkach finansowych

TEL. 501 271 860**PRZYCHODNIA LEKARSKA „MEDICUS” W SZAMOTUŁACH
PRZYJMIĘ DO PRACY LEKARZY:**

- **medycyny rodzinnej i internistę**
- **oraz lekarzy w trakcie specjalizacji**

Warunki finansowe i formy zatrudnienia do uzgodnienia
tel. 602 137 296; 604 421 363

SPRZEDAM NZOZ. AOS.

Pacjenci: NFZ, LUXMED, PZU, prywatni
Tel. 601 772 176

**Gabinet
stomatologiczny
w Poznaniu
współpracujący
z NFZ
zatrudni
LEKARZA
STOMATOLOGA**
tel. 505 979 531



ZATRUDNIMY

LEKARZY RODZINNYCH,
INTERNISTÓW, ANESTEZJOLOGÓW,
LEKARZY MEDYCYNY PRACY

rekrutacja@cmhpc.pl

tel. 61 227 41 04, +48 882 565 243

Prosimy o CV wraz ze zgodą na przetwarzanie danych osobowych.

**SKUP AUT**

Szanowni Państwo,
Odkupujemy samochody

używane, również te w leasingu lub kredycie.

Zapewniamy uczciwe ceny. Za Was załatwimy wszelkie formalności, spłacimy umowy i rozliczymy się z Wami.

Od kilkunastu lat cieszymy się zaufaniem
dużej grupy stałych klientów wśród Lekarzy.

Zapraszam do kontaktu.

Damian Narożny, tel. 884 800 278
narożny@polnar.pl

**Serwis prawny dla członków WIL**

Bezpłatny dostęp do aplikacji prawnej LEX Medica



- aktualne zmiany prawne
- komentarze do aktów prawnych
- interpretacje przepisów

Zarejestruj się już dziś! dyrektor@wil.org.pl, tel. 504 241 134

TOP MEDICAL TRENDS ODBĘDZIE SIĘ ONLINE!

E-KONGRES TOP MEDICAL TRENDS

2020

1-30
września

ORGANIZATOR

Wydawnictwo Termedia,
wydawca czasopism *Lekarz POZ*
i *Top Medical Trends – Przewodnik Lekarza*

PATRONAT NAUKOWY

Polskie Towarzystwo
Medycyny Rodzinnej
oraz
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu



BIURO ORGANIZACYJNE

Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2
61-615 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl



RADA NAUKOWA

PRZEWODNICZĄCY

prof. dr hab. Jacek WYSOCKI
zastępca przewodniczącego
Polskiego Towarzystwa Wakcynologii

SEKRETARZ

dr hab. Agnieszka MASTALERZ-MIGAS
kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,
prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

CZŁONKOWIE

dr hab. Jarosław DROBNIK, prof. PMWSZ
wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

prof. dr hab. Zbigniew GACIONG
kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych,
Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr hab. Anna POSADZY-MAŁACZYŃSKA
kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

prof. dr hab. Jacek SZEPIETOWSKI
kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

WIĘCEJ INFORMACJI NA
www.TOPMEDICALTRENDS.PL