

BIULETYN INFORMACYJNY NR 6 (317) • POZNAŃ, CZERWIEC 2021



# WIELKOPOLSKA

---

# IZBA LEKARSKA

# ORKIESTRA „OPERACJA MUZYKA” WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

zaprasza

na koncert charytatywny

dla Poznańskiego Hospicjum Perinatalnego RAZEM

w 90. rocznicę urodzin Krzysztofa Komedy



niedziela, 27 czerwca, godz. 17.00  
Poznań, Muszla Koncertowa  
w Parku Wilsona

## Diagnoza wstępna



## Smutna wiosna...

Słońce przygrzało i zaczęły pojawiać się coraz bujniejsze listki, dominuje zieleń i coraz liczniejsze są kwiatki. Lasek Marceliński pachnie i pełno w nim ptaków. Niech tylko nieco ustąpi noc i pojawi się trochę światła, a już zaczynają śpiewać. Po kilku tygodniach ucichną. Niektórzy mówią, że to dlatego, że połączyły się w pary i już im nie do śmiechu i śpiewu. Nie wiem... W każdym razie jest radośnie i pięknie.

Tylko ten koronawirus... Ludzie nadal umierają. Czy nie będzie temu końca?

Mówią, że gospodarka się odradza. Inni pukają się w czoło: co się odradza – że mogą iść do fryzjera i na kawkę do ogródka? Szykują się niespodzianki. Mają opodatkować trzymane w banku pieniądze. I jeszcze wszystko zrzucą na covid. Luźną się urzędy i urzędnicy. Ale tam zawsze dobrze się działo. Z ZUS-u przyszło wezwanie do zapłaty. Z tą instytucją należy obchodzić się ostrożnie, wszystkich nas ma w kieszeni. Dlatego kolega, który otrzymał dokument, odniósł się do niego z pełną powagą. Pracownicy ZUS-u są czujni i cięci na cwaniaków. Właśnie odkryli, że kolega zalega ze składkami zdrowotnymi w wysokości 0,45 zł, w tym składka 0,45 zł, łącznie 0,45 zł – tak napisali. Urzędnicy lojalnie ostrzegli, że mogą naliczyć odsetki za zwłokę, i podali numer Dziennika Ustaw, gdzie o wszystkim można sobie poczytać. Nadmienili też, „(...) że uchylenie się od obowiązku zapłaty przedmiotowych należności może skutkować wymierzeniem opłaty dodatkowej do wysokości 100% niezapłaconych składek (...) lub skierowaniem do właściwego sądu wniosku o ukaranie karą grzywny zgodnie z art. 98 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych”. Żartów nie ma. Nie podano tylko, w jaki sposób należy te grosze wpłacić: przekazem, przelewem czy dostarczyć wyliczoną kwotę osobiście. Zastanawiam się, jaki jest sens uruchamiania maszyny windykacji dla tak drobnej sumy, wynikłej z prostego gapiostwa. Czy nie sensowniej byłoby przeznaczyć w budżecie instytucji drobnej pozycji dla zaspokajania podobnych zdarzeń? Nie chodzi przecież o tysiące, tylko o grosze...

W związku z tym i z okolicznością, że akurat mija 40 lat pierwszego lotu człowieka na Księżyc – anegdota: podczas lotu jeden z astronautów przypomniał sobie, że nie zapłacił podatku. I co teraz? – pytał. Nikt w Centrum Kontroli Lotów nie potrafił mu odpowiedzieć, ale pocieszano go, że może jakoś da się załatwić wyjątkowe usprawiedliwienie. Zmartwionemu astronautce nie było wcale do śmiechu. W Ameryce takie zaniechanie to poważna sprawa i fiskus bywa w tych przypadkach bezwzględny. Nasz bohater o tym wiedział i nie zdziwiłbym się, gdyby nie rozważał w tej sytuacji nawet zasadności odwołania powrotu na Ziemię. Jakoś chyba sprawa przyschła, bo pisali potem o nim w książkach, ale nie w kontekście próby zachwiania systemem finansowym państwa, tylko że był bohaterem i zdobywcą kosmosu...

Nie chciałem dziś pisać o epidemii, ale nie da się. Wirus otacza nas ze wszystkich stron. W każdej rozmowie, przy każdym spotkaniu sprawa covidu wpływa automatycznie. Że coraz więcej go w wersjach egzotycznych, i tym samym groźniejszych, że ktoś dwa razy się zaszczepił, wyjechał daleko i już jest w szpitalu, i nawet jeśli go wyleczą, to nie od razu. No i te okrutne śmierci...

Niby wiosna radosna, ale jakaś taka smutna...

Andrzej Baszkowski

## Spis treści

<b>Jesteśmy dla Was</b>	<b>4</b>
<b>Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej</b>	<b>5</b>
<b>Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji WIL informuje...</b>	<b>5</b>
<b>Samorząd dla lekarzy – rola izby lekarskiej w zakresie ochrony godności zawodu lekarza</b>	<b>6</b>
<b>Zarzuty za zniesławianie i znieważanie lekarzy</b>	<b>7</b>
<b>Samorząd dla lekarzy – opieka prawna</b>	<b>7</b>
<b>Samorząd dla lekarzy – wsparcie dla członków izby lekarskiej</b>	<b>8</b>
<b>Byłem na targach...</b>	<b>9</b>
<b>Kontakt ze śmiercią stał się codziennością. Młodzi lekarze o pracy na oddziałach covidowych</b>	<b>12</b>
<b>Rehabilitacja postcovidowa</b>	<b>13</b>
<b>Gdy szczepionka czeka na pacjenta...</b>	<b>14</b>
<b>Udostępnianie danych osobowych przez podmiot leczniczy</b>	<b>17</b>
<b>Wirtualna rzeczywistość w służbie medycyny</b>	<b>19</b>
<b>Nowe druki recept od wakacji</b>	<b>19</b>
<b>Zmiany nie będzie – kasy online wymogiem od 1 lipca</b>	<b>19</b>
<b>Za wcześniej na pożegnanie z wirusem</b>	<b>21</b>
<b>Gdy gaśnie pamięć ludzka, kamienie wołać będą...</b>	<b>22</b>
<b>By dane osobowe były dobrze chronione</b>	<b>23</b>
<b>Z medycyny wokandy</b>	<b>24</b>
<b>Dawka informacji</b>	<b>26</b>
<b>SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM</b>	<b>27</b>
<b>Wspomnienie o Romanie Jankowskim</b>	<b>28</b>
<b>Wiersze</b>	<b>30</b>

Autorką pracy na okładce (z cyklu „A może to...”, akryl na papierze, 29 cm × 21 cm, 2021) jest Karolina Goździewicz.

Praca jest częścią projektu, do którego autorka wraca po kilkuletniej przerwie. Artystka nakłada niezliczone warstwy farb na płótno, by następnie odciskać na nim papier. W ten sposób uzyskuje finezyjną grę kolorów, form oraz rzeźbiarskich struktur, które mogą przywołać na myśl morską florę. Jednak artystka pozostawia dowolność interpretacji swoich prac, stąd nazwa cyklu „A może to...”, by każdy mógł samodzielnie określić, co dostrzeże w tych realizacjach.

Absolwentka Uniwersytetu Artystycznego w Poznaniu. W 2020 r. obroniła dyplom na Wydziale Rzeźby w pracowni profesora Sławomira Brzoski. W obszarze zainteresowań artystki znajdują się produkty spożywcze, których używa w rozmaity sposób; zazwyczaj jest to żelatyna wraz z innymi spożywczymi dodatkami, jak na przykład przyprawę. Interesuje ją zagadnienie „choroby medium” oraz przemijania i rozkładu w rzeźbie. Często w swoich pracach porusza autobiograficzne wątki choroby. Mieszka i tworzy w Poznaniu. [https://www.instagram.com/\\_kaja\\_g/](https://www.instagram.com/_kaja_g/)



**Artur de Rosier**  
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Okiem prezesa...

## Jesteśmy dla Was

**P**ewnie też to macie, że czas w Waszym życiu miarę swą zatracą i biegnie niczym szalony. Tekst do bieżącego wstępniaka piszę w czasie trwania zjazdu, tego innego, obiegowego, bo pandemicznego, i wspominam mój pierwszy zjazd, kiedy wybrano prezesa Sobczyńskiego, ale wspominam też zjazd, na którym obchodziłem czterdzieste urodziny, będąc OROZ. Rozpoczynając VIII kadencję, postanowiliśmy, że izba odmieni swój wizerunek, kierując się do podstawowych spraw lekarsko-dentystycznych. Mam nadzieję, że czujecie naszą obecność bliżej siebie. Kiedy lekarze z Piły poprosili nas o wsparcie, pojechaliśmy, protestowaliśmy i dziś toczy się postępowanie prokuratorskie przeciw staroście piłskiemu, który szkalował środowisko piłskich medyków. Toczy się, wszczęta z naszego działania, sprawa w sądzie przeciwko Jerzemu Ziębie, a także zgłosiliśmy w prokuraturze nasz protest w sprawie niesłusznych i nieprawdziwych doniesień medialnych o pracy w szpitalu na Szwajcarskiej. Nie można pozwolić na bezkarne niesprawiedliwe traktowanie naszego środowiska. W związku z pandemią w mediach rozkwitła retoryka wojenna: linia frontu, żołnierze, walka z wirusem, batalia, a próbuje się zapominać o bohaterach. Były też inne sprawy: nie chciano medyków w piekarni, kręcono oczerniające filmy, rzekomo obrazujące pracę z pacjentem covidowym, zwracali się do izby lekarze we własnych sprawach. Każdorazowo niezbędna była pomoc prawna i tu ogromne podziękowania za wsparcie dla Kancelarii Sowisło&Topolewski, Filipiak&Babic oraz Auctoritas. Nie zapominajcie, że od początku roku otrzymaliście narzędzie do samodzielnego rozwiązywania problemów prawnych (nie tylko prawno-medycznych) w postaci całodobowego wsparcia firmy Lex Secure. Miło mi donieść, że w pierwszych czterech miesiącach z poradnictwa prawnego skorzystało ponad półtora tysiąca lekarzy i lekarzy dentyistów i wcale nie dominowały kwestie stricte zawodowe (o czym piszemy więcej na s. 7). Pamiętajcie też o pomocy finansowej izby: zapomogach losowych, refundacji szczepień i refundacji kosztów kształcenia (te zagadnienia omawiamy na s. 8). W okresie pandemii wspólnie staraliśmy się zaopatrzyć personel w brakujące wówczas środki ochrony osobistej, a WIL stała się szwalnią i magazynem w jednym. Za każdym działaniem stoją ludzie – zarówno lekarze i lekarze dentyści, jak też profesjonalni w każdym calu pracownicy WIL, którzy nie szcędząc czasu i energii, organizują i realizują izbowe powinności, by być po prostu bliżej Was. A teraz usiądźcie i napiszcie do izby, napiszcie do mnie, gdzie są jeszcze niezasiane pola potrzeb. Bądźmy altruistyczni w zdrowym, etycznym rozumieniu altruizmu, czyli w działaniu na rzecz samorządu, w którym działanie determinowane jest przez możliwe do uzyskania korzyści.

*Jeśli jesteśmy w stanie zapobiec złym wydarzeniom, bez konieczności poświęcania czegoś mającego wartość moralną, powinniśmy, ze względu na zasady moralne, to zrobić – Peter Singer. ■*

## Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 8 maja 2021 r.

8 maja 2021 r. w Centrum Konferencyjnym w EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14 w Poznaniu odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Z uwagi na sytuację epidemiologiczną umożliwiono członkom ORL także udział w obradach za pomocą zdalnego systemu telekomunikacyjnego. Posiedzeniu przewodniczył prezes ORL WIL Artur de Rosier.

**P**o przyjęciu porządku obrad przystąpiono do realizacji programu. W pierwszej kolejności Okręgowa Rada Lekarska zatwierdziła przedstawione sprawozdanie finansowe podpisane przez członków Prezydium, zgodnie z uchwałą Naczelnej Izby Lekarskiej. W skład sprawozdania finansowego wchodzi – bilans za rok 2020 i rachunek zysków i strat. Rok 2020 zakończono zyskiem. Stosowana uchwała została podjęta.

W okresie pandemii lekarze odbywający staż podyplomowy są kierowani przez wojewodę lub przez pracodawcę do pracy przy zwalczaniu COVID-19. Okręgowa Rada Lekarska jako organ sprawujący nadzór nad wykonywaniem zawodu lekarza, w tym realizacją stażu podyplomowego, podjęła uchwały w sprawie uznania pracy stażysty w czasie trwania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii jako równoważnej ze zrealizowaniem stażu częściowego programu stażu podyplo-



ELŻBIETA MARCINKOWSKA  
SEKRETARZ ORL WIL

mowego. Podstawa prawna to art. 150 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.) w związku z art. 14 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Stosowny wniosek do

ORL w tej sprawie zostanie opracowany i niezwłocznie zamieszczony na stronie [www.wil.org.pl](http://www.wil.org.pl).

W związku z ogłoszeniem konkursu na pielęgniarkę oddziałową/pielęgniara oddziałowego Wielkopolskiego Centrum Onkologii Pododdziału Dziennego Chemioterapii Okręgowa Rada Lekarska wybrała przedstawiciela do komisji konkursowej zgodnie z rekomendacją przewodniczącego Komisji ds. Konkursów dr. Wojciecha Waliszewskiego. Będzie nim dr n. med. Bartosz Urbański.

Ostatni punkt obrad – wolne głosy i wnioski – zdominował temat wyborów do samorządu lekarskiego IX kadencji, a zwłaszcza rejonów wyborczych. Lista rejonów wyborczych jest dostępna na stronie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Zmiana rejonu wyborczego jest możliwa do 30 maja 2021 r.

Okręgowy Zjazd Lekarzy odbył się w trybie obiegowym w dniach 21–24 maja 2021 r.

## Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji WIL informuje...

Solidaryzując się z kolegami lekarzami ofiarnie walczącymi z SARS-CoV-2, Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji na czas pandemii zawiesiła wszelkie działania publiczne. Informujemy jednak, że nieprzerwanie trwa działalność przygotowawcza koncertów, wystaw i innych wydarzeń kulturalnych do czasu likwidacji wszystkich obostrzeń oraz względnej stabilizacji pandemicznej – podkreśla Katarzyna Bartz-Dylewicz, przewodnicząca komisji.

**J**edną z podjętych w tym czasie inicjatyw jest udział Koła Lekarzy Malujących WIL w Ogólnopolskiej Wystawie Lekarzy Malujących, która odbyła się w Łodzi w dniach od 30 maja do 8 czerwca. Nasi lekarze-artycy zaprezentowali się tam z wystawą „Miłość i życie w czasie pandemii”.

Z kolei orkiestra Operacja Muzyka 27 czerwca zaprasza na plenerowy, charytatywny koncert w Muszli Koncertowej w Parku Wilsona w Poznaniu. Początek o godz. 17.00. Podczas koncertu będzie można usłyszeć muzykę Krzysztofa Komedy-Trzczińskiego – światowej sławy

kompozytora i lekarza rodem z Poznania. Specjalnie dla Państwa trwają przygotowania do kolejnych dwóch wideoklipów Chóru Kameralnego WIL oraz orkiestry Operacja Muzyka.

Orkiestrę Operacja Muzyka będzie można także podziwiać w Ostrowie Wielkopolskim. We wnętrzach jednego z najstarszych w Polsce liceów – I Liceum Ogólnokształcącego im. ks. J. Kompały i W. Lipskiego zabrmi muzyka Krzysztofa Komedy-Trzczińskiego.

Koncertowi będzie towarzyszyć wystawa artystów z Koła Lekarzy Malujących inspirowana muzyką Komedy. Wszystko to w związku z 90. rocznicą urodzin kompozytora.

We wrześniu malujący lekarze wezmą udział w obchodach Europejskich Dni Dziedzictwa w Puszczykowie, wystawiając tam poplenerowe obrazy inspirowane profilaktyczno-leczniczymi tradycjami Puszczykowa i okolic.

Komisja przygotowuje ponadto materiał na wystawę związaną z 100. rocznicą urodzin Stanisława Lema – pisarza-medyka. ■

# Samorząd dla lekarzy – rola izby lekarskiej w zakresie ochrony godności zawodu lekarza

Zadaniem każdej izby lekarskiej jest ochrona lekarzy i lekarzy dentyistów będących członkami danej izby. Powyższe stwierdzenie, choć na pierwszy rzut oka wydaje się oczywistością, to jednak prowokuje do postawienia pytania, jak daleko ta ochrona ma sięgać i jakie w związku z tym zadania zostają postawione przed jej organami? Nie ulega przy tym wątpliwości, że szeroko rozumiana ochrona członków izb lekarskich jest podstawową konsekwencją obowiązywania konstytucyjnego prawa do zrzeszania się (art. 17 Konstytucji). Tak znaczące podkreślenie roli samorządu zawodowego w społeczeństwie musi stanowić punkt wyjścia do dalszych rozważań nad pozycją izb lekarskich w zakresie ochrony godności zawodu, ale także zakresu kompetencji służących do realizacji tego celu.

## Podstawa prawna działania izby lekarskiej

Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 965) samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów reprezentuje osoby wykonujące zawody lekarza i lekarza dentyisty, sprawuje pieczęć nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Powyższe stwierdzenie, choć niezwykle ogólne, wskazuje na podstawowy kierunek działań organów samorządu zawodowego, w tym także izb lekarskich. Kluczowe są tutaj dwa aspekty: po pierwsze – reprezentacja osób wykonujących zawody lekarza i lekarza dentyisty, a po drugie – ochrona tych zawodów. Ta druga kwestia zostaje następnie doprecyzowana w art. 5, który szczegółowo wymienia podstawowe zadania samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. W pkt. 14 wskazano, że należą do nich działania na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy. Biorąc pod uwagę strukturę izb lekarskich, kluczową pozycję w zakresie realizacji tych zadań będzie pełniła okręgowa rada lekarska wraz z stojącym na jej czele prezesem.

## Znieważenie lub zniesławienie jako przykład wymagający zaangażowania izby lekarskiej

Po tym krótkim wprowadzeniu prawnym warto zastanowić się nad przykładem konkretnego działania, które stanowiłoby emanację wskazanych uprawnień organu izby lekarskiej. Jak w każdym takim przypadku najlepiej zrobić to na konkretnym przykładzie, co pozwoli na lepsze uzmysłowanie sobie niektórych aspektów działania. Dlatego też na potrzeby niniejszego opracowania posłużę się przykładem dotyczącym zniesławienia lub znieważenia lekarza w związku z pełnionymi przez niego obowiązkami. Takie sytuacje nie są niczym nadzwyczajnym, jednakże w pewnych sytuacjach dochodzi do przekroczenia granicy tolerancji, zwłaszcza gdy zniesławienia lub znieważenia dopuszcza się osoba wpływowa, o ponadprzeciętnym zakresie oddziaływania. W związku z powyższym warto zastanowić się nad dopuszczalnymi środkami reakcji znajdującymi się po stronie izby lekarskiej.

## Działania pozaprawne izby lekarskiej

W pierwszej kolejności należy wskazać na działania, które nie mają charakteru prawnego, a które – jak się wydaje – są nawet ważniejsze. Dopiero bowiem dzięki nim możliwe będzie podjęcie następnych kroków, w tym przede wszystkim kroków prawnych. Chodzi tutaj o udzielenie pełnego wspar-

cia placówce, a także poszczególnym lekarzom z osobna. Powyższe wsparcie może przejawiać się rozmaicie, a realizacja zadań ustawowo przypisanych może polegać m.in. na wsparciu bezpośrednim, tj. spotkaniach przedstawicieli prezydium ORL izby lekarskiej z zainteresowanymi, zapewnieniu o podjęciu konkretnych działań prawnych, ale także, a być może przede wszystkim, na wysłuchaniu lekarzy. Takie postępowanie pozwala na zbudowanie atmosfery wzajemnego wsparcia i zaufania, które umożliwi podjęcie dalszych kroków.

Z drugiej strony izba lekarska może także pełnić funkcję pośrednika w sporze pomiędzy lekarzami a drugą stroną konfliktu. Jak już bowiem zostało wskazane, izba lekarska jest uprawniona do reprezentacji wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów. Wobec powyższego nie powinno również budzić wątpliwości, że może, za zgodą lekarzy, włączyć się w rozmowy z drugą stroną. Takie działanie niewątpliwie wzmacnia stanowisko poszczególnych lekarzy i umacnia ich jako stronę konfliktu.

## Działania prawne izby lekarskiej

Spotkania i wzajemne rozmowy pozwalają na ustalenie strategii działania prawnego, która w zamierzeniu ma rozwiązać problemową sytuację. Istotne w tym kontekście jest, że ORL izby lekarskiej, jako organ reprezentujący członków samorządu lekarskiego, występuje w charakterze podmiotu inicjującego działania prawne, zdejmując ten ciężar z poszczególnych lekarzy. Nie ulega przy tym wątpliwości, że w przypadku podjęcia konkretnych działań przez izbę lekarską znacząco wzrasta ciężar gatunkowy sprawy. W analizowanym kontekście działania prawne mogą być podejmowane zarówno na gruncie cywilnym, jak i karnym.

W przypadku działań cywilnych najważniejsze znaczenie ma doprowadzenie do zaprzestania naruszeń w zakresie dóbr osobistych. W tym celu niezbędne jest wytoczenie stosownego powództwa. Kluczowe jest tutaj jednak przyjęcie, że izba lekarska jest podmiotem uprawnionym do występowania przed organami ścigania i organami sądowymi. Zostało to wyraźnie podkreślone w orzecznictwie cywilnym, gdzie wskazano, że: „izba lekarska posiadająca osobowość prawną, jest podmiotem powołanym do ochrony dobrego imienia całego środowiska lekarskiego, jak i poszczególnych lekarzy, będących członkami izby, a zatem ma prawo przeciwdziałać naruszeniom ich dóbr osobistych również wytaczając powództwa”. W konsekwencji to izba lekarska bierze na siebie ciężar związany z reprezentowaniem interesu poszczegół-

nych lekarzy, zapewniając obsługę prawną oraz prowadzenie sporu.

Nieco inaczej sytuacja wygląda w przypadku postępowania karnego, które zdecydowanie bardziej koncentruje się na indywidualnym interesie pokrzywdzonych. W konsekwencji działania przedstawicieli izby lekarskiej mogą ograniczyć się wyłącznie do zainicjowania postępowania karnego przez złożenie pisemnego zawiadomienia o możliwości popełnienia przestępstwa. Dalsze działania w sprawie powinni jednak już podejmować poszczególni lekarze, co do których istnieje domniemanie bezpośredniości pokrzywdzenia. Kwestią całkowicie otwartą jest natomiast wstąpienie izby lekarskiej do trwającego postępowania w charakterze przedstawiciela społecznego.

## Podsumowanie

Widać zatem wyraźnie, że organy izby lekarskiej są nie tyle uprawnione, ile obowiązane do podejmowania działań w zakresie ochrony dobrego imienia lekarzy i lekarzy dentyistów. W ramach tego mogą przedsięwziąć czynności polegające na wsparciu psychologicznym lub prawnym. Ponadto organ izby lekarskiej uprawniony jest do inicjowania postępowania cywilnego i karnego, co nie tylko stanowi istotne wsparcie dla pojedynczych lekarzy, ale także istotnie podnosi znaczenie sprawy, nadając jej status odpowiedni do pozycji lekarzy i lekarzy dentyistów, jako osób wykonujących zawód zaufania publicznego.

ADW. DR PIOTR KARLIK  
KANCELARIA FILIPIAK BABICZ LEGAL SPK.

## Zarzuty za zniesławianie i znieważanie lekarzy

**S**tarosta piłski Eligiusz Komarowski usłyszał zarzuty zniesławiania i znieważania lekarzy ze Szpitala Specjalistycznego im. Stanisława Staszica w Pile. Zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez samorządowca w lipcu ubiegłego roku złożyła Wielkopolska Izba Lekarska. Wcześniej przedstawiciele WIL wspierali piłskich lekarzy w proteście przed lecznicą pod hasłem „NIE dla niszczenia, TAK dla leczenia”.

Dodatkowo WIL w imieniu lekarzy ze szpitala w Pile wystąpiła też do sądu na drodze cywilnej m.in. o zakazanie rozpowszechniania nieprawdziwych i naruszających dobra osobiste obraźliwych wypowiedzi o lekarzach – Sąd Okręgowy w Poznaniu w listopadzie ub.r. wydał postanowienie o zabezpieczeniu roszczenia.

Również na drodze sądowej WIL domaga się opublikowania przez pozwanego przeprosin. ■

## Samorząd dla lekarzy – opieka prawna

Z początkiem roku zmieniła się forma opieki prawnej dla lekarzy i lekarzy dentyistów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Pomoc jest teraz dostępna całodobowo za pośrednictwem infolinii, strony internetowej i skrzynki e-mail. Opiekę prawną realizuje firma Lex Secure, która współpracuje z adwokatami i radcami prawnymi specjalizującymi się w wielu dziedzinach prawa.

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

- INFOLINIA 24 H: przez 7 dni w tygodniu pod numerem telefonu: +48 501 538 539
- ADRES E-MAIL: [prawnik@opiekaprawna.pl](mailto:prawnik@opiekaprawna.pl)
- INTERNETOWA STREFA KLIENTA: na stronie [www.lexsecure.pl](http://www.lexsecure.pl)
- WIDEOKOMUNIKATOR: po telefonicznym umówieniu się na rozmowę wideo

Lekarze i lekarze dentyści mogą zwracać się nie tylko o poradę w sprawach zawodowych, ale również prywatnych, co jest zupełną nowością w zakresie opieki prawnej udostępnionej przez WIL dla swoich członków. Jedynym warunkiem jej uzyskania jest opłacenie składki na rzecz izby na dwa miesiące przed złożeniem zapytania. Obsługa prawna przysługuje też bliskim lekarzy i lekarzy dentyistów WIL: małżonkom, konkubentom i dzieciom do ukończenia przez nie 25. roku życia. **Do końca kwietnia prawnicy udzielili**

**już ponad 1635 porad, z czego 968 dotyczyło spraw prywatnych, a 667 problemów zawodowych.**

### Bez ograniczeń

Z odmową realizacji wsparcia prawnego można się spotkać tylko w przypadku, kiedy przedmiotem wniosku są treści obraźliwe, naruszające dobra osobiste osób trzecich albo w inny sposób bezprawne. Nie ma limitów czasowych ani ilościowych, z zastrzeżeniem, że w jednym czasie prawnicy kancelarii prawnej zajmują się jedną sprawą danego lekarza/lekarza dentyisty lub jego bliskich.

Zakres opinii prawnych sporządzonych dla członków WIL w ciągu ostatnich miesięcy jest bardzo szeroki. *Czy dodatek covidowy wlicza się do podstawy zasiłku chorobowego? Jakie jest obecnie minimalne wynagrodzenie lekarza odbywającego specjalizację w trybie pozarezydenckim? Gdzie powinna zostać przekazana dokumentacja medyczna po zamknięciu podmiotu medycznego?* To niektóre pytania kierowane do prawników, związane bezpośrednio z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyisty. Jak jednak wskazywaliśmy powyżej opieka prawna dotyczy również spraw prywatnych.

*W jaki sposób przeprowadzić postępowanie spadkowe? W jaki sposób uzyskać akt zgonu członka rodziny? Czy spółdzielnia mieszkaniowa ma obowiązek wypłacić udział członkowski (wplacony przed zmianą ustawy o spółdzielniach mieszkaniowych) po ustaniu członkostwa?* Te zagadnienia obejmują blisko dwie trzecie zapytań w ramach opieki prawnej. Koszty w całości pokrywa Wielkopolska Izba Lekarska. (cep)

# Samorząd dla lekarzy

## – wsparcie dla członków izby lekarskiej

Co jakiś czas na wielu forach branżowych pojawiają się dyskusje na temat narzędzi wsparcia lekarzy i lekarzy dentyistów przez ich samorząd. Najczęściej te rozmowy sprowadzają się do instrumentów finansowych, jednak należy zaznaczyć, że często wsparcie kierowane do swoich członków przez izby lekarskie ma postać wyrażoną nie tylko w środkach finansowych, ale też w innych formach.

**W**ielkopolska Izba Lekarska oferuje wsparcie, które można podzielić ze względu na różne kategorie osób, do których jest kierowane. Lekarzom i lekarzom dentyistom, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji losowej, przysługują bezzwrotne zapomogi. Refundowane są także koszty kształcenia, a dla dzieci lekarzy i lekarzy dentyistów refundowana jest część szczepień ochronnych. Można się też ubiegać o dofinansowanie imprez sportowych i rekreacyjnych.

### Pomoc materialna

Każdy lekarz i lekarz dentyista, który znalazł się w trudnej sytuacji losowej, zdrowotnej lub materialnej może wnioskować o zapomogę losową – koleżeńską. Zapomoga jest wypłacana do dwóch razy w roku w kwocie nieprzekraczającej rocznie 3000 zł. Dzieciom zmarłych lekarzy przysługuje zapomoga sieroca – 2000 zł rocznie – wypłacana do zakończenia nauki. Jednorazowe wsparcie finansowe należy się też współmałżonkowi zmarłego lekarza i lekarzowi po śmierci współmałżonka.

Samorząd lekarski wypłaca też „becikowe” – 1000 zł na pierwsze dziecko, 2000 zł na drugie i kolejne dziecko.

W ubiegłym roku kwota zapomóg wypłacanych z budżetu Komisji Socjalnej sięgnęła 612 tys. zł.

### Pieniądze na doskonalenie zawodowe

Kolejną formą wsparcia finansowego jest refundacja kosztów kształcenia. W trakcie odbywania stażu podyplomowego za dowolną formę kształcenia, nieobjętą programem stażu, przysługuje jednorazowe dofinansowanie do 250 zł.

Po stażu podyplomowym, a przed rozpoczęciem specjalizacji lekarz może otrzymać do 350 zł rocznie na szkolenia i kursy. Już w trakcie specjalizacji za obowiązkowe szkolenia i staże specjalizacyjne można otrzymać dofinansowanie do 800 zł rocznie.

Lekarze niebędący pracownikami Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ani słuchaczami studiów doktoranckich po uzyskaniu stopnia naukowego dr. n. med. lub dr. hab. n. med. mogą wnioskować o 2500 zł na cele szkoleniowe.

### Refundacja kosztów szczepienia

Z inicjatywy Komisji ds. Młodych Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej powstał program o nazwie „Pneumokoki+”, który został uruchomiony w czerwcu 2016 r. Kilka miesięcy później nazwa została zmieniona na „Szczepienia+”, a zakres programu został rozszerzony. Polega on m.in. na refundacji dwóch dawek szczepionki przeciwko pneumokokom lub meningokokom dla dzieci rodziców – członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, a od ponad dwóch lat refundacji podlega również szczepionka przeciwko ospie wietrznej. Z refundacji mogą skorzystać rodzice, których dziecko nie ukończyło 3 lat. Maksymalna zwracana kwota to 500 zł.

### Nie zapominamy o sporcie

Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji dofinansowuje zarówno organizację, jak i uczestnictwo w imprezach sportowych. Uczestnicy imprez rangi mistrzostw Polski lub igrzysk lekarzy mogą liczyć na pokrycie wpisowego. W imprezach zagranicznych refundowane są koszty udziału do wysokości 500 euro – na start indywidualny. W dyscyplinach drużynowych refundowane jest wpisowe

wspólnie wyłonionej reprezentacji do wysokości kosztów uczestnictwa minimalnej wymaganej liczby członków drużyny.

### Co jeszcze?

Przez cały czas istnieje również możliwość dofinansowywania wydarzeń szkoleniowych i konferencyjnych. Jeśli jest pomysł

na organizację kursów, warsztatów czy konferencji, pozostajemy do dyspozycji. Nasz Ośrodek Doskonalenia Zawodowego nie tylko organizuje przedsięwzięcia we własnym zakresie, ale może również stanowić wsparcie logistyczne i merytoryczne dla członków WIL, którzy chcieliby włączyć się w proces doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. W tych kwestiach zachęcamy do kontaktu – [odz@wil.org.pl](mailto:odz@wil.org.pl).

Od stycznia 2021 r. członkowie WIL mogą korzystać z szerokiej opieki prawnej obejmującej nie tylko sprawy zawodowe, ale także sprawy prywatne, i to nie tylko lekarzy, ale także swoich bliskich. Do dyspozycji jest 24-godzinna infolinia czynna przez 7 dni w tygodniu – przez cały rok! Te kwestie omówione są szczegółowo w odrębnym artykule niniejszego numeru Biuletynu Informacyjnego WIL.

\* \* \*

*Szczegółowe informacje dotyczące wsparcia finansowego i prawnego znajdują Państwo na stronie internetowej [wil.org.pl](http://wil.org.pl).*



Lek. Marcin Karolewski, członek Prezydium ORL WIL, pracował w szpitalu tymczasowym na Międzynarodowych Targach Poznańskich.

## Byłem na targach...

Szpitala tymczasowe od samego początku budziły kontrowersje. Nie ukrywam, że sam, podczas rozmów przedstawicieli WIL z Wojewodą Wielkopolskim, lansowałem pogląd, że dopóki można, należy otwierać oddziały covidowe przy już istniejących szpitalach, bazując na kadrze dostępnej w poszczególnych jednostkach, ponieważ dużo prościej pracuje się w znanym sobie środowisku, z personelem, który znamy, na znanym systemie komputerowym itd. Oliwy do ognia dołączyła jesienna relacja jednego z lekarzy, który miał okazję pracować na Stadionie Narodowym, a który to opisywał warunki pracy, wyselekcjonowanych pacjentów niskiego ryzyka, wysokie stawki i nocleg w pięciogwiazdkowym hotelu. Czy szpitale tymczasowe to była konieczność, ściana, za którą nie było już nic, czy drogie polityczne efekciarstwo? Na ten temat rozmowy będą prowadzone długo po pandemii. Jedno wiemy – działały, pracowały i w najgorętszym okresie trzeciej fali były buforem, który zapewnił leczenie wielu pacjentów. Ponieważ miałem okazję pracować w szpitalu tymczasowym na Międzynarodowych Targach Poznańskich, postanowiłem opowiedzieć moje osobiste wrażenia.

Będzie to relacja subiektywna. Wcześniej, jesienią, pracowałem w oddziale covidowym oraz dyżurowałem w szpitalu covidowym, dlatego mam porównanie pracy, warunków na oddziale i pacjentów. Dodam, że nie byłem do tego szpitala skierowany nakazem wojewody ani nie byłem ochotnikiem. Po prostu szpital, w którym pracuję, został poproszony o zapewnienie obsady lekarskiej na jednym z oddziałów i zgodziłem się. Dlatego też mam nadzieję, że moja relacja nie będzie skązona ani niechęcią przymuszonego do pracy, ani entuzjazmem ochotnika...

Oddział, który wraz z kolegami mieliśmy zabezpieczyć, był nowym oddziałem, na świeżo otwieranej hali. Na MTP były cztery duże hale. W momencie obejmowania przez nas oddziału, czyli w drugiej połowie marca, dwie pierwsze hale funkcjonowały już od ponad miesiąca. Były ze sobą połączone zabezpieczonym korytarzem. Mogę się mylić w szczegółach, ale każda z hal mogła pomieścić ok. 160 pacjentów, w tym na jednej z nich znajdował się dwudziestołóżkowy OIT i oddział pulmonologiczny przeznaczony dla najcięższych przypadków. Otwarcie mojej hali, czyli 7A, i oddziału było kilkakrotnie przesuwane z powodu braku personelu pielęgniarskiego. W większości pierwsze dwie hale były zabezpieczone przez personel Uniwersytetu Medycznego i kolegów ze szpitala średzkiego.

Plan grafików zrobiliśmy, znając nasze niewielkie możliwości kadrowe, ale jednocześnie nie znając jeszcze realiów pracy. Przez kilka dni oczekiwaliśmy na sygnał gotowości oddziału, a termin otwarcia był kilkakrotnie przesuwany, właśnie z powodu braków personelu średniego. Jak wszyscy pamiętamy, był to początek szczytu trzeciej fali. Zawsze dochodziły sygnały, że oddziały covidowe albo powstają, albo mają się otworzyć lada chwila. Pacjentów codziennie przybywało, a liczba łóżek covidowych i liczba zajętych łó-



Fot. Marcin Karolewski

żek w województwie praktycznie się pokrywały. W końcu uzyskaliśmy informację, że udało się pozyskać personel pielęgniarski i ruszamy następnego dnia.

Wiedząc, że będzie to nowe miejsce, nowe zasady, logistyka itd., chciałem mieć przy sobie osobę, z którą już pracowałem na podobnym oddziale, dlatego na pierwszy ogień poszedłem z moim kolegą, Michałem. Z torbami dyżurowymi, zabezpieczeni w „bojowe” racje żywieniowe, o godzinie 7.30 podjechaliśmy na MTP. Przy wjeździe na teren MTP zmierzono nam temperaturę i skierowano do głównego wejścia. Zanim zostaliśmy zaprowadzeni do naszego oddziału, mieliśmy okazję przyjrzeć się szpitalowi. To, co mnie uderzyło w pierwszej chwili, to pustka. Pamiętałem te hale i zadaszony łącznik w kształcie krzyża, który teraz pełnił funkcję strefy czystej. Zupełnie inaczej postrzegałem go z wystaw targowych. Zawsze tu był niesamowity hałas, tłumy. I chyba tego się spodziewałem. Tymczasem dwie funkcjonujące hale były całkowicie odizolowane od strefy czystej, natomiast w samym łączniku przebywało niewiele osób, i to w momencie zmiany dyżuru, czyli wtedy, gdy gwar powinien być największy. Nie chodzi nawet o to, że było zupełnie pusto, ale chyba spodziewałem się większego harmidru, który towarzyszy szpitalnym korytarzom, większej liczby ludzi, rozmów, płaczu, śmiechu, chaotycznych ruchów Browna. Tymczasem tutaj wyczuwało się napięcie. Ludzie przechodzący byli skupieni na zadaniach. Były rozmowy, ale raczej krótkie i w biegu. I tak też zostaliśmy przywitani. Pani doktor, Hania, oprowadziła nas, jednocześnie szykując się do pracy. Pobierała rzeczy, kluczyk do szafki (bo wtedy jeszcze były wolne szafki), zamieniła kilka zdań o pacjentach z osobami schodzącymi z dyżuru. Dlaczego o tym piszę? Żeby przekazać tę atmosferę, napięcie, pośpiech. Tam niczego nie było za dużo... czasu, personelu.

Z uwagi na to, że nasza hala była dopiero otwierana, mieliśmy okazję przyjrzeć się jej, zanim została zamknięta jako strefa brudna. Hala podzielona była na osiem korytarzy, przedzielonych między sobą przegrodami do wysokości ok. 3 m. Wszystkie przepierzenia, dyżurki itd. były wykonane podobnie jak boksy targowe. Nasz oddział to dwa korytarze, z których jeden był zakończony dyżurką pielęgniarską i punktem zabiegowym. W momencie gdy zapoznawaliśmy ►

Fot. Marcin Karolewski



- ▶ się z oddziałem, były tam jeszcze prowadzone ostatnie prace wykończeniowe, uzupełniane leki, montowane komputery. Wtedy też poznałem zespół pielęgniarski, z którym miałem pracować. Okazało się, że większość dowiedziała się o odelegowaniu na MTP dzień wcześniej. Na moim oddziale miały pracować pielęgniarki z Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. W. Degi, a więc na co dzień pracujące z pacjentami zabiegowymi. Część z nich była zaskoczona faktem, że otwieramy oddział... za dwie godziny.

Te dwie godziny przed otwarciem były bardzo intensywne. Otrzymaliśmy, podobnie jak inne oddziały, pomieszczenia biurowe w strefie czystej. Składały się z trzech boksów targowych 2x3 m. Dwa z nich oddałem do dyspozycji pielęgniarek, jeden został naszą dyżurką. Wszystko działo się szybko – instalacja komputerów w dyżurkach, odbiór telefonów, haseł, podpisy, pokwitowania itd. Cały czas napięcie i skupienie. Ostatnie prace montażowe na oddziale, uzupełnianie leków, bo za chwilę zamknięcie hali. Wszystko musiało działać prawidłowo. Oczywiście wiedzieliśmy, że dużo spraw będzie załatwianych na bieżąco i wiele problemów wyjdzie w trakcie pracy, ale do „godziny zero” podstawowe funkcjonowanie oddziału musi być zapewnione i główne zasady współpracy ustalone. Można to trochę porównać do sytuacji, kiedy idziemy na staż do innego szpitala – często największym problemem nie jest leczenie pacjenta, bo tu wytyczne są jasne, ale problemem staje się logistyka, zasady pisania zleceń, przyzwyczajenia, godziny oznaczeń cukrów, komunikacja, obsługa systemu komputerowego itd. Tu musieliśmy to wszystko wypracować, dostosować do panujących warunków, systemu komputerowego. I to w błyskawicznym tempie. Większość pielęgniarek nie знаła systemu komputerowego, którym się posługiwaliśmy.

Opisać napięcie tego momentu, tuż przed otwarciem, jest niemożliwe. Zespół pielęgniarek, który dowiedział się o odelegowaniu dzień lub kilka godzin wcześniej, że otwieramy i część z nich zostanie na pierwszym dyżurze w nowym miejscu, z nowymi lekarzami i to z pacjentami, z którymi wcześniej nie pracowały. Pracownicy szpitala tymczasowego MTP czuli się bardzo odpowiedzialni i starali się zapewnić nam dobry start. My, w nowym miejscu, odpowiedzialni za oddział, pacjentów i personel, i to prowadząc oddział pomiędzy klinikami, profesorami, nauczycielami akademickimi. Telefony, że już trzeba otwierać, bo nie ma miejsc dla pacjentów.

Zapisałem sobie godziny przyjęć pierwszych pacjentów: 12.48, 13.06, 13.15, 13.25, 13.39, 13.52, 14.03, 14.12, 14.12 (czasem w karetce było po kilku pacjentów), 14.22, 14.27, 14.39, 14.40, 14.46, 14.48, 14.53, 14.56, 15.01, 15.16, 15.24, 15.36, 15.49, 15.55, 16.03, 16.18, 16.37, 16.44... Kolejka karetek. Krzyki ratowników, żeby szybciej, bo tlen się kończy w butli. Szybka segregacja pacjentów. Saturacja? Gorączka? Leżący? Kontakt jest? Oddycha? Żyje!? Ten bliżej, ten dalej, ten pod monitor, temu szybko podać leki... Dwóch lekarzy, cztery pielęgniarki. Krótki wywiad. Spisanie najważniejszych informacji, żeby potem rozwinąć. Zlecenia. Zapanować nad chaosem i strachem. Najważniejsze polecenia. Nie przeoczyć najważniejszych spraw. Wszystko w pełnym zabezpieczeniu. Wyszliśmy skołowani. Praca jak w marcecie na kasie... pik, pik, pik...

Pacjenci przestraszeni. W różnych stanach – od bardzo ciężkich (większość) po łagodne. Dodatkowo lęk. Pytania. „Mój mąż umiera na OIT, czy może się Pan dowiedzieć, czy jeszcze żyje?”. Oddział to dwa korytarze, każdy podzielony niewielkim przepierzeniem na pół. Cztery sektory. Szybki podział pacjentów, cztery sektory – kobiety, mężczyźni, „lżejsi” i „ciężsi”.

Nasza dyżurka w strefie czystej to boks 2 × 3 m. Jedno biurko, komputer, dwa krzesła. Na pierwszy dyżur zaplanowaliśmy obsadę dwóch lekarzy. Ba... wstępnie zaplanowaliśmy sobie taką obsadę na dwa pierwsze dni, planując natężoną pracę i obłożenie całego oddziału właśnie w takim czasie. Nie spodziewaliśmy się zapelnienia wszystkich łóżek w 4 godziny! Do późnego wieczora uzupełnianie dokumentacji, jeszcze dwa wejścia do strefy brudnej. Po zrobieniu wszystkiego pytamy, gdzie można się położyć i odpocząć. Większość osób chodzi do wolnej hali, gdzie są przygotowane kolejne oddziały. Tam też się udaliśmy. Znaleźć wolne łóżka nie trudno. Zimno. Hala nie była uruchomiona, a więc nieogrzewana, a to był czas, kiedy temperatura na zewnątrz oscylowała ok. 0°C. Wysokość hali chyba z 15 m, a przepierzenia miały z 3 m wysokości. Ktoś chrapie, komuś dzwoni komórka, ktoś rozmawia. Pogłos. Nasi pacjenci mają podobne warunki, tylko ich hala jest ogrzewana i cały czas oświetlona, dochodzi więc stały szum klimatyzacji i wentylacji. Nie pamiętam już dokładnie, o której się położyliśmy. Ostatnie wejście na oddział było dosyć późno. Około północy telefon. Interwencja na oddziale, już nie pamiętam dobrze, chyba to był zgon. Poszedł Michał. Dobry bobas. Czasem dobrze być starszym lekarzem.

Drugiego dnia zrezygnowaliśmy już z podwójnej obsady dyżurowej. Z utęsknieniem czekaliśmy do godziny 15.00 na zmiennika. Kolejne dni to usprawnianie elementów logistycznych i naszych procedur. Ustalanie się zwyczajów. Poranna wizyta, potem pisanie obserwacji i wpisywanie zleceń na komputerze. Wszystko w pełnym zabezpieczeniu w strefie brudnej. Najgorzej było w weekendy, bo poranna wizyta, przedłużenie zleceń i wpisanie samych obserwacji trwało zwykle do obiadu i tak długo trwało nasze pierwsze wejście do strefy. Samo zabezpieczenie oddziału w sprzęt było bardzo dobre. Mieliśmy do dyspozycji aparaty USG, ECHO, przenośne RTG do robienia zdjęć przyłóżkowych, wysokoprzepływową tlenoterapię. Większym problemem stawały się czynności administracyjne, takie jak wypisanie

indywidualnej recepty na leki, wykończenie historii choroby, która po części była w strefie brudnej itd. Za każdym razem, kiedy robiliśmy coś po raz pierwszy, trzeba było się dowiadywać – gdzie, u kogo, na jakim druku. Trzeba przyznać, że pracownicy części szarej starali się na bieżąco uzupełniać braki i naprawiać wszystkie niedogodności. Każdy mój kontakt z kimś odpowiedzialnym za sprawy administracyjne czy informatyczne kończył się rozwiązaniem problemu, a nie odłożeniem na święty nigdy, co było bardzo miłym zaskoczeniem. Bardzo dobrze wspominam codzienne odprawy online z dyrekcją, które wniosły dużo w integrację kadry.

Pacjenci szpitala bardzo różnie reagowali na pobyt. Większość hospitalizacji rozpoczynała się lękiem. Duszność, izolacja, całkowity brak intymności, poczucie zależności. Początkowy strach i agresja często kończyły się poczuciem wdzięczności. Nie pamiętam nikogo, kto opuszczając szpital, nie wychodziłby z podziękowaniem za opiekę, a robili tak zwłaszcza ci, którzy w pierwszych dobach hospitalizacji byli nastawieni negatywnie do personelu i pobytu w szpitalu. Śmierć przechadzała się między łóżkami i co pewien czas zabierała kogoś, często niespodziewanie, a przez brak intymności umieranie było udziałem wszystkich pacjentów. Tym większy był lęk pacjentów, kiedy widzieli odchodzenie innych. Sytuacje proste do rozwiązania w normalnych warunkach tu stawały się problematyczne. Pacjenci byli przyjmowani z różnymi chorobami współistniejącymi, w tym otępieniem i chorobami psychicznymi. W pewnym momencie konieczne było zapięcie w pasy pacjenta z ostrym zespołem psychiatrycznym. W pasy, które trzeba było dopiero załatwić, a sam krzyk pacjenta rozniósł się po całej hali.

Szpital tymczasowy cały czas żył i się rozrastał. Jako fan literatury i filmów SF dostrzegałem pewne podobieństwo do powieści postapokaliptycznych, opisujących małe, zamknięte, organizujące się na nowo społeczeństwa, jak Metro 2033 czy Snowpiercer. Zwłaszcza nad ranem, kiedy budziłem się, widząc nad sobą szklaną kopułę i słysząc odgłosy pracujących wentylatorów. Szpital tymczasowy był trochę jak arka. Odizolowany świat, w którym tworzyły się nowe hierarchie, zwyczaje. Profesorowie pracowali ramię w ramię z asystentami i studentami. Zimne, puste, białe boksy zaczęły żyć, nabierać charakteru, odróżniać się od innych. Dyżurka kardiologów oznaczona wielkim czerwonym sercem. Kartki z motywującym napisami, które pojawiły się w jadalni. Koledzy ze szpitala średniego wstawili do swojej dyżurki kanapę. Kolega Piotr, który miał dyżur trzeciego dnia, przyjechał zaopatrzonego w materac, co niezwykle udogodniło nam dyżurowanie, bo spanie w naszej kanciapce, pomimo tego, że słychać było hałas z całej strefy czystej, było znacznie bardziej komfortowe i... cieplejsze. Trzeciego dnia od otwarcia (a w zasadzie zamknięcia) naszej hali, życie pokazało swoją drugą, brzydszą stronę. Zaczęły być używane prysznice i toalety, a mała, wcześniej niezauważona studzienka kanalizacyjna, która wychodziła w naszej dyżurce, dała o sobie znać. Sprawę załatwiliśmy za pomocą srebrnej taśmy klejącej. Rozwiązanie godne MacGyvera budziło początkowo uśmiech, jednak szybko znalazło naśladowców. Kolejne usprawnienie to światła LED, które świeciły prosto w oczy, gdy korzystaliśmy z materaca, a których nie można było wyłączyć. Tu również dopomogła taśma klejąca i kawa-



Fot. Marcin Karolewski

łek kartonu. Szczytem luksusu był kapsułkowy ekspres do kawy, który kolega Michał przyniósł w trzecim tygodniu pracy. Oczywiście trzeba było wypośredkować ilość przyjętych płynów przed wejściem na strefę, oscylując pomiędzy bólem głowy z odwodnienia a pojemnością pęcherza moczowego.

Szpital, który powitał nas pustką, pożegnał hałasem. Z czasem personelu było coraz więcej. Dzięki Uniwersytetowi Medycznemu pojawili się studenci, którzy pomagali w prowadzeniu dokumentacji, i dzięki którym praca w strefie brudnej była krótsza. Pojawili się wolontariusze. Informacja o zamknięciu naszego oddziału przyszła do nas znienacka, podobnie jak wcześniej informacja o otwarciu. Podsumowując, można powiedzieć, że zostawiliśmy zgrany i dojrzały oddział. Wypracowaliśmy procedury, zwyczaje i standardy. Porozumiewanie stało się łatwiejsze, a dzięki temu praca mniej męcząca. Drobne przyjemności, jakie opisałem powyżej – materac, ekspres – były dodatkiem, który częściowo rekompensował trudną pracę z pacjentem cierpiącym z powodu choroby, o leczeniu której wciąż wiemy za mało. Na targach spędziłem trochę ponad miesiąc. Był to bardzo intensywny miesiąc, w czasie którego przeżyłem przyjęcia robione w rekordowym tempie, radość i podziękowania pacjentów, którzy opuszczali oddział, ale również odpisywanie na skargi pacjentów, kontrolę przeprowadzoną przez NFZ oraz awarię systemu tlenowego. Byłem tam tylko miesiąc, a duża część kolegów z Uniwersytetu Medycznego pracuje tam już cztery miesiące. To był miesiąc intensywnej pracy, w czasie której miałem okazję nauczyć się bardzo wiele i poznać wielu wspaniałych ludzi. Mój telefon wzbogacił się o nowe kontakty. Bardzo dziękuję wszystkim, którzy pracowali ze mną w szpitalu tymczasowym i brali udział w jego tworzeniu. A ja mogę nie tylko powiedzieć, że byłem na targach, ale... cieszę się, że tam byłem.

## Kontakt ze śmiercią stał się codziennością. Młodzi lekarze o pracy na oddziałach covidowych

„Mierzmy się ze strachem i samotnością swoich pacjentów”, „praca ta jest obciążająca nie tylko fizycznie, ale i psychicznie” – tak o pracy na oddziałach covidowych, gdzie „kontakt ze śmiercią stał się codziennością”, mówią młodzi lekarze. Jedni zostali skierowani tam przez wojewodę, inni przez dyrektorów szpitala, jeszcze inni sami na ochotników zgłaszali się do pracy. Z czym przyszło im się zmierzyć? Jakie mieli obawy, podejmując tam pracę? Jak musieli przeorganizować swoje życie zarówno prywatne, jak i zawodowe, by ruszyć na ratunek pacjentom zakażonym wirusem SARS-CoV-2? Swoimi doświadczeniami podzielili się z nami lek. Tomasz Tarchalski i lek. Krzysztof Bierła z Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.

**T**omasz Tarchalski, lekarz w trakcie specjalizacji z kardiologii. Pracę na oddziale covidowym rozpoczął po tym, jak został tam oddelegowany przez dyrekcję szpitala powiatowego w Ostrowie Wielkopolskim. W jego przypadku wiązało się to z przerwaniem pracy na oddziale kardiologicznym, na którym realizował szkolenie specjalizacyjne. Przeniesienie tam uniemożliwiło mu też realizację zaplanowanych już wcześniej staży kierunkowych.

*Większość staży kierunkowych muszę odbywać poza miejscem zamieszkania, zaplanowałem wyjazd do innego miasta razem z żoną, która również jest lekarzem. Mieliśmy równocześnie odbywać staż w klinikach w Katowicach. Musieliśmy więc na kilka miesięcy się rozdzielić, ponieważ ja wracałem do Ostrowa do pracy na oddziale covidowym, a żona realizowała staż na Śląsku. Zdawałem sobie sprawę, że sytuacja jest coraz trudniejsza, chorych na COVID-19 wymagających hospitalizacji dynamicznie przybywało, więc potrzebne były ręce do pracy – relacjonuje Tomasz Tarchalski.*

Obawiał się przede wszystkim zakażenia, ponieważ nikt nie wiedział, jak ciężko będzie przechodził tę chorobę. Dodatkowo towarzyszył mu stres związany z pracą w nowym zespole i w nowych, dotychczas nieznanych warunkach. *Miałem świadomość, że praca na tym oddziale może być ciężka z uwagi na możliwą bardzo dużą liczbę pacjentów wymagających hospitalizacji i przybywających jednocześnie, co widzieliśmy wcześniej w innych krajach europejskich. Początki były bardzo trudne, musieliśmy dostosować pracę do nowych warunków, nauczyć się poprawnie zakładać i zdejmować kombinezon, utrzymywać reżim sanitarny, rozplanować godziny wejścia do*

*strefy izolacyjnej, nauczyć się obsługi aparatów do wspomagania oddechu oraz monitorowania parametrów tlenoterapii – dodaje.*

Młody lekarz podkreśla, że rozpoczynając pracę na oddziale covidowym, miał również trudności z wyborem odpowiedniej terapii dla ciężko chorych pacjentów, ponieważ standardy postępowania powstawały i zmieniały się bardzo dynamicznie. Z biegiem czasu zarówno on, jak i jego koledzy korzystali coraz więcej z własnych doświadczeń, co ułatwiało odpowiednie leczenie pacjentów. *Dodatkowo w okresach największej ilości zachorowań w trakcie dyżurów mieliśmy bardzo dużo przyjęć pacjentów, niejednokrotnie w ciężkim stanie, oraz wiele interwencji u pacjentów już hospitalizowanych – zaznacza.* Na długie lata pozostanie z nim wspomnienie strachu i samotności pacjentów odizolowanych od swoich najbliższych, którzy do szpitala nierzadko trafiali z odległych miejscowości.

*Są oni zupełnie odizolowani od swojej rodziny, a trudności w oddychaniu przepelniają ich obawami o ich dalszy los. Często jesteśmy jedynymi osobami, które ich wspierają i podnoszą na duchu. Oprócz leczenia staramy się pomagać chorym w kontakcie z rodziną oraz odbieramy wiele telefonów, udzielając informacji o stanie zdrowia pacjentów. Wszystko to powoduje, że praca na takich oddziałach jest wyjątkowo obciążająca, nie tylko fizycznie – uważa lekarz.*

Podobnie było w przypadku lek. Krzysztofa Bierły. Jego historia z pracą na oddziale covidowym rozpoczęła się od propozycji ze strony dyrekcji szpitala. Był jednym z czterech rezydentów, którym zaproponowano oddelegowanie do pracy z pacjentami zakażonymi COVID-19 na nowopowstałym oddzia-



le izolacyjnym. Kryteria wyboru były stosunkowo oczywiste. Po pierwsze jako rezydent kardiologii miał już doświadczenie w internistycznym podejściu do pacjenta, po drugie założono, że w razie zakażenia, jako młoda osoba, zakażenie przejdzie stosunkowo łagodnie, bez większego uszczerbku na zdrowiu. *Pamiętajmy, że były to czasy dużej niepewności, kiedy nie do końca było wiadomo, jak ciężki może być przebieg choroby u potencjalnie zdrowej osoby ani jakie mogą rozwinąć się powikłania po jej przebyciu – przypomina.*

Przeniesienie do pracy oznaczało dla niego przede wszystkim przerwę w szkoleniu specjalizacyjnym. Poza brakiem możliwości realizacji szkolenia w dziedzinie kardiologii, utracił również kontakt z jej zabiegową częścią, czyli dziedziną, w której szczególnie chciał się rozwijać. Podjęcie pracy na oddziale covidowym miało też wpływ na życie prywatne, a wiązało ►

► się m.in. z utratą wolnego czasu, wyrzeczeniem się spotkań towarzyskich czy zainteresowań na rzecz pracy.

*W zaledwie kilka osób stworzyliśmy oddział, któremu trzeba było zapewnić ciągłość funkcjonowania. Od momentu oddelegowania do dnia dzisiejszego nie miałem ani dnia urlopu. Proszę sobie wyobrazić, jaki ma to wpływ na życie rodzinne czy towarzyskie. Jako młody lekarz dosyć szybko przystosowałem się do nowych warunków pracy. Godząc się na oddelegowanie do pracy z pacjentami zakażonymi COVID-19, nie byłem do końca świadomy, z czym przyjdzie nam się zmierzyć. Dosyć szybko nasz oddział zapelniał się pacjentami, również tymi z najcięższym przebiegiem choroby. O ile etatowa praca w ambitnym, zgranym zespole należała do przeżyć*

*z kategorii „medycznej przygody”, to pierwsze dyżury w oddziale rozpatruję w kategorii traumatycznego przeżycia. Mnożące się przyjęcia, brzemień odpowiedzialności za kilkudziesięciu chorych równocześnie, gwałtowne interwencje... Pozostawiony sam na sam z duszącym się pacjentem nie mogłem czekać na pomoc starszego kolegi. Z czasem nauczyliśmy się samodzielnie reagować na najcięższe stany, podejmować krytyczne decyzje, poznaliśmy podstawy intensywnej terapii – wspomina lekarz.*

Krzysztof Bierła podkreślił, że praca na oddziale izolacyjnym zmieniała również pojęcie empatii. Lekarze dla pacjentów pozbawionych kontaktu ze swoimi bliskimi byli i są niejednokrotnie jedynymi towarzyszami w ich ostatnich chwilach. *Kontakt ze śmiercią*

*stał się codziennością. Praca w tak obciążających psychicznie warunkach z pewnością odciska na człowieku piętno i myślę, że będzie miała wymierny wpływ na moją dalszą zawodową karierę – dodaje.*

\*\*\*

W momencie zamykania tego numeru Biuletynu walkę z COVID-19 w samej Wielkopolsce przegrało ponad 7 tys. osób. Czas pokaże, ilu pacjentów będzie borykało się z powikłaniami po przebytej chorobie. Maj był okresem luzowania obostrzeń, kolejne szpitale wygaszały oddziały covidowe. Liczba zakażonych SARS-CoV-2 systematycznie spadała. Rosła za to liczba zaszczepionych i na dzień 14 maja wynosiła w Wielkopolsce ogółem 1 311 415.

ANNA GRZESIAK

## Rehabilitacja postcovidowa

18 placówek w Wielkopolsce prowadzi rehabilitację dla pacjentów, którzy przeszli COVID-19. Zabiegi rehabilitacyjne mogą odbywać się również w gabinetach fizjoterapii, a nawet w domu pacjenta. Celem jest poprawa sprawności oddechowej, polepszenie wydolności wysiłkowej i krążeniowej, a finalnie szybszy powrót do pełnej sprawności. Skierowanie na rehabilitację wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.

**W**edle szacunków z powikłaniami po chorobie wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2 boryka się przynajmniej jedna trzecia pacjentów. Wśród najczęstszych powikłań wymienia się problemy oddechowe, bóle mięśniowo-stawowe, uczucie zmęczenia i zmniejszoną tolerancję na wysiłek fizyczny, a także zaburzenia lękowe i depresyjne. Program rehabilitacji początkowo był adresowany do placówek z podpisaną umową z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym lub w leczeniu uzdrowiskowym. Dołączyły do nich gabinety fizjoterapii zajmujące się rehabilitacją leczniczą. Umożliwia to prowadzenie i rozliczanie rehabilitacji również w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Rehabilitacja w domu jest skierowana do pacjentów, którzy mają problem z samodzielnym poruszaniem się. Z tej możliwości można skorzystać nie później niż do sześciu miesięcy od zakończenia leczenia COVID-19.

W Wielkopolsce rehabilitacja postcovidowa odbywa się w 18 placówkach, w tym w dwóch filiach Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. *Obecnie mamy dwunastu pacjentów. Dwoch odbywa rehabilitację w Filii nr 3 w Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dorosłych w Kiekrzu, dziesięciu w Filii nr 2 w Szpitalu Rehabilitacyjno-Kardiologicznym w Kowanówku* – informuje rzecznik prasowy Szpitala Wojewódzkiego Konrad Napierała. Czynności rehabilitacyjne są zindywidualizo-

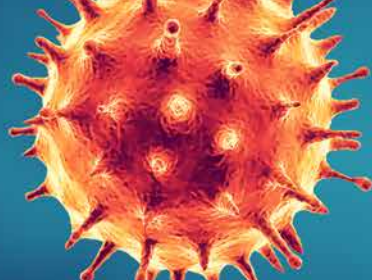


Fot. Szpital Wojewódzki w Poznaniu

wane i wynikają z oceny stanu zdrowia pacjenta oraz rodzaju dolegliwości. W ocenie kondycji pacjenta pomagają przeprowadzone przy przyjęciu m.in. badania spirometryczne czy test marszowy. Pacjenci są pod opieką psychologa, a także dietetyka. *Mają zagwarantowaną pełną opiekę lekarską i pielęgniarską oraz badania diagnostyczne, konsultacje kardiologiczne i neurologiczne, leki i wyroby medyczne niezbędne do poprawy stanu zdrowia. Pacjenci pod okiem rehabilitantów wykonują ćwiczenia gimnastyczne i oddechowe. Mogą też korzystać ze sprzętu rehabilitacyjnego, np. rowerów stacjonarnych* – dodaje Napierała.

Rehabilitacja trwa do sześciu tygodni i jest podzielona na kilka etapów: wizytę wstępną, wizytę terapeutyczną oraz wizytę końcową. Zgodnie z założeniami programu rehabilitacja powinna być powiązana z edukacją. Pacjent ma zdobyć wiedzę o COVID-19 i powikłaniach, a także otrzymać wskazówki, jak radzić sobie ze skutkami choroby.

Przyjęta stawka za każdy osobodzień rehabilitacji postcovidowej wynosi 188 zł. Koszty pokryje Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. Za zrealizowanie programu rehabilitacji ambulatoryjnej NFZ zapłaci przeszło 1000 zł za pacjenta. W przypadku rehabilitacji domowej może to być ponad 1500 zł za pacjenta. Jak informuje NFZ stawki oszacowała Agencja Technologii Medycznych i Taryfikacji na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. (cep)



Fot. istockphoto

## Gdy szczepionka czeka na pacjenta...

Z tą opinią, w istocie już z medycznym wskazaniem, spotykamy się coraz częściej. Aby uniknąć czwartej fali epidemii, jak największą liczbę osób, możliwie w jak najkrótszym czasie, powinno się zaszczepić. Taką możliwość otrzymuje właśnie kolejna grupa – młodzież w wieku 16–17 lat.

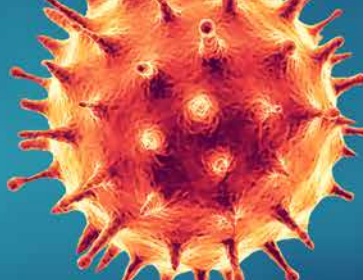
**K**onieczna będzie pisemna zgoda rodziców/opiekunów, natomiast nie jest wymagana ich obecność w trakcie szczepienia córki lub syna. Zapowiada się kolejne działania na rzecz uzyskania jak najlepszego wyniku tzw. wyszczepialności. Niektórzy są zdania, że 21 mln zaszczepionych Polek i Polaków to minimum. Sytuacja jakże inna od tej, gdy producenci powiadamiali o ograniczeniu dostaw preparatów, a punkty szczepień w ślad za tym przesuwały terminy. Nie było też możliwe sprostanie oczekiwaniom różnych grup społecznych, które dopominały się o wcześniejsze szczepienia. Zawiedzione odmową były na przykład osoby niepełnosprawne, rodzice niemowlaków pozostających od urodzenia w szpitalach. Teraz jak się okazuje mamy nadmiar szczepionek, a liczba wolnych terminów do 30 czerwca 2021 r. w punktach szczepień przekracza, według stanu na 10 maja 2021 r., 4,5 mln. Ozdrowieńcy mogą być zaszczepieni po 30 dniach od daty otrzymania dodatniego wyniku testu. Zaskoczeniem jest nagła zmiana w terminach szczepień drugą dawką – wszystkie preparaty (łącznie ze szczepionką koncernu AstraZeneca) można teraz przyjąć po minimum 35 dniach od pierwszego szczepienia.

Rząd zapowiada wzmoczenie kampanii edukacyjnej, promocję postaw „pro”, nie wyklucza zaktywizowania lekarzy POZ do komunikacji z pacjentami, zwłaszcza w grupie 60+. W tle jest też pomysł mobilnych punktów kierowanych do osób zamieszkałych z dala od tych stacjonarnych. Uzyskanie odporności populacyjnej przewidywane jest na przełomie lipca i sierpnia. Najważniejsza rzecz w tym, jaki będzie jej poziom. Oczywiście im wyższy, tym lepiej dla skuteczności walki z SARS-CoV-2.

### Youtuberzy i blogerzy

Planowana jest wręcz batalia o maksymalizowanie efektywności Narodowego Programu Szczepień. Gdy idzie o młodsze grupy wiekowe, jest ona lokowana w mediach społecznościowych, z udziałem znanych youtuberów czy blogerów. Starszych ma już przekonywać nie tylko Cezary Pazura, ale także inni znani aktorzy. Tymczasem statystyka jest następująca: do 13 maja 2021 r. podanych zostało 14,7 mln szczepionek, a liczba osób w pełni zaszczepionych przekroczyła 4 mln.

Słysząc głosy o ustanowieniu ewentualnego przymusu szczepień albo odpłatności za leczenie COVID-19 dla osób,



które z własnej woli nie zaszczepiły się. Pytany o to minister zdrowia Adam Niedzielski mówi: *Do tej pory stosowaliśmy takie podejście, że przekonujemy do szczepień, a historia i doświadczenie wskazują, że to dość skuteczna metoda. (...) Na razie nie rozważamy wprowadzenia przymusu. Czy powszechność sytuacji, że szczepionka czeka na pacjenta, że już widzimy, jak ona sobie radzi z pandemią, wpłynie na niezdecydowanych? Według resortu zdrowia, jeżeli udział zaszczepionych będzie niezadawalający/niewystarczający, to na etapie tzw. wygaszania pandemii pozostali nadal będą narażeni na zakażenie i zachorowanie.*

Eksperci i wirusolodzy pozytywnie oceniają decyzję o rozpoczęciu w Polsce (17 maja 2021 r.) rejestracji na szczepienia 16- i 17-latków. Będą zaszczepiani preparatem Pfizer dopuszczonym dla tej grupy wiekowej przez Europejską Agencję Leków (EMA). W kilku krajach kontynuowane są badania kliniczne, które mają odpowiedzieć na pytanie, czy aplikować ten preparat dzieciom już od 6. miesiąca. Ponoć odpowiedź to już tylko sprawa miesięcy. Na razie do opinii publicznej trafiły doniesienia o prawie 100-procentowej odporności w grupie dzieci powyżej 12. roku życia.

### Wszystkie warianty są na stole

Dla mnie otwartą kwestią niezmiennie pozostają trwałość i poziom odporności po całkowitym zaszczepieniu. W szczególności zaś liczebność populacji, która nie odpowie należycie na szczepionkę i najprawdopodobniej stanie wobec konieczności przyjęcia kolejnej dawki. Dzisiaj jeszcze, jak czytam i słyszę, za wcześnie na konkrety, ale być może na przełomie lata i jesieni podejmowane będą pierwsze wiążące w tej sprawie decyzje. Czy najpierw dotyczyć będą osób starszych? Ale jeżeli tak, to czy już w sposób udokumentowany i niebudzący wątpliwości, czy intuicyjnie w ramach profilaktyki? Profesor Andrzej Horban, szef Rady Medycznej przy premierze, zapytany o to w rozmowie z RMF FM, odpowiedział krótko: *Wszystkie warianty są na stole.*

W końcu kwietnia zwraca uwagę ekspertów wypowiedź szefa firmy BioNTech, Ugur Sahina, dotycząca szczegółów badań, które wykazały, że skuteczność szczepionki produkowanej przez jego firmę i koncern Pfizer spada z 95 proc. do 91 proc. po 6 miesiącach od jej podania. A to by oznaczało, że uzyskanie odporności na wyższym poziomie wiązać się będzie właśnie z trzecim podaniem preparatu.

Mniej więcej w tym czasie media informują o tym, że u osób zaszczepionych preparatami firm Pfizer/BioNTech i Moderna wystąpiły przypadki zapalenia mięśnia sercowego. Badają je eksperci Europejskiej Agencji Leków. Na razie nie potwierdzają ich związku ze szczepionką. EMA informuje natomiast o przypadkach częstszego zapalenia mięśnia sercowego w wyniku choroby COVID-19. Utrzymują się kontrowersje dotyczące szczepionki AstraZeneca. W programie „Onet Rano” dr Paweł Grzesiowski, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. COVID-19 mówi, że w oczach Polaków utraciła ona wiarygodność. Ufa jej zaledwie 5 proc. obywateli, co należy uznać za katastrofę, porażkę. *Mam coraz więcej*

Rząd zapowiada wzmożenie kampanii edukacyjnej, promocję postaw „pro”, nie wyklucza zaktywizowania lekarzy POZ do komunikacji z pacjentami, zwłaszcza w grupie 60+. W tle jest też pomysł mobilnych punktów kierowanych do osób zamieszkałych z dala od tych stacjonarnych.

*sygnałów, że osoby, które boją się zaszczepić AstraZeneką, w ogóle rezygnują ze szczepienia.* To tragiczne informacje.

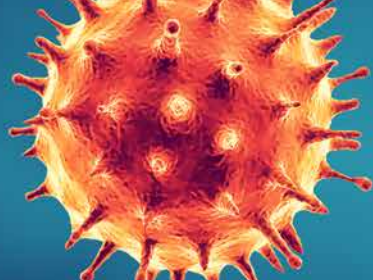
W maju komisarz ds. rynku wewnętrznego, Thierry Breton informuje, że UE nie złożyła nowego zamówienia na szczepionkę przeciwko COVID-19 firmy AstraZeneca. Obecny kontrakt na dostawę szczepionek tej firmy wygasa w czerwcu. Na początku maja Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) awaryjnie dopuszcza do użytku szczepionkę przeciw COVID-19 chińskiej firmy Sinopharm. Została ona zaaplikowana już kilkuset milionom osób w Chinach i innych krajach.

### Bez ochrony patentowej?

Coraz więcej uwagi, wobec dramatycznych relacji i statystyk z Indii (23,7 mln przypadków zakażenia koronawirusem, 258 tys. zmarłych), przykłada się do globalnej odporności. Elektryzuje opinię publiczną deklaracja prezydenta USA, Joe Bidena, o wsparciu pomysłu zniesienia ochrony patentowej szczepionek Johnson&Johnson, Moderna i Pfizer. Dzięki temu wzrosłaby liczba producentów, a wraz z nią produkcja i dostępność tych preparatów w wielu krajach świata, zwłaszcza tych biedniejszych. Aktualnie pandemia najszybciej rozprzestrzenia się i rozwija w rejonie Azji i Pacyfiku (6 mln zakażeń w ciągu 14 dni). Deklarację J. Bidena z zadowoleniem przyjmuje szef WHO, Tedros Adhanom Ghebreyesus. Jego zdaniem to niezwykle ważny moment w walce z COVID-19. Agencje przekazują informacje, że odstąpienia od zasad Światowej Organizacji Handlu (WTO) i uwolnienia patentów na szczepionki przeciw COVID-19 domagają się członkowie amerykańskiej Partii Demokratycznej oraz rządu ok. 100 krajów na świecie.

Nie widać takiego przekonania po stronie koncernów. Zdaniem dyrektora generalnego firmy Pfizer, Alberta Bourla, otwarcie zakładów produkcyjnych szczepionki Pfizer-BioNTech poza Stanami Zjednoczonymi i Europą komplikowałyby problemy z dostawami surowców, a to w istocie skutkowałoby zmniejszeniem liczby wytwarzanych dawek.

Tak czy inaczej sprawa nie jest taka prosta, jak na pierwszy rzut oka się wydaje. I rzecz nie tylko w obawach o ustanowienie ryzykownego precedensu pozbawiającego kogoś praw do własnego dzieła. Zwolennicy takiego rozwiązania wskazują jednak na bezprecedensowość sytuacji, która generuje taki pomysł w imię globalnego bezpieczeństwa i międzynarodowej odpowiedzialności za życie i zdrowie milionów ludzi. W portugalskim Porto, podczas nieformalnego szczytu Unii Europejskiej, państwa członkowskie – poinformował szef Rady Europejskiej, Charles Michel – wyraziły gotowość ►



Fot. istockphoto

- ▶ do zaangażowania się w działania, które prowadzić mają do sformułowania konkretnych propozycji w tej sprawie. Kraje UE „zdecydowanie opowiadają się za poszanowaniem własności intelektualnej, jednakże w sytuacji kryzysu pandemicznego zdecydowały o konieczności umożliwienia szerszej produkcji szczepionek poprzez zawieszenie patentów”.

### Na poziomie 0,72

30 kwietnia przynosi w Polsce oczekiwany komunikat: wartość współczynnika reprodukcji, pokazującego, ile kolejnych osób zarazi chory, osiągnęła najniższy poziom od początku pandemii wynoszący 0,72. Jest on szczególnie ważny z punktu widzenia oceny rozwoju pandemii. Jeśli przekracza 1, to oznacza, że jeden pacjent z COVID-19 zakaża więcej niż jedną osobę i mamy do czynienia z rozwojem epidemii. Spadek poniżej 1 oznacza jej spowolnienie i mniejszą liczbę zakażeń pomiędzy ludźmi. To zapewne mając na uwadze, minister zdrowia oznajmia, że apogeum trzeciej fali już za nami i dzięki temu do zwykłego systemu opieki zdrowotnej wraca niebawem (najdalej za dwa tygodnie) 10 tys. łóżek. Ponadto od 4 maja 2021 r. miały być wycofane ograniczenia dotyczące zabiegów planowych. *Najważniejszym zadaniem na najbliższy miesiąc, dwa, trzy miesiące jest powrót do normalnego leczenia, do zajmowania się zdrowiem tak, jak zajmowaliśmy się nim w czasie przedpandemicznym* – mówi Adam Niedzielski. Zmniejszanie i eliminowanie wszelkich deficytów ma być priorytetem systemu ochrony zdrowia wykraczającym jeszcze poza rok 2021.

Po regionalizacji obostrzeń przychodzi czas na kolejne – już dotyczące wszystkich województw – zmiany. Uczniowie stopniowo wracają do szkół, wznawiają działalność hotele, gastronomia (najpierw na świeżym powietrzu), instytucje kultury, obiekty sportu i rekreacji, w otwartej przestrzeni publicznej od 15 maja 2021 r. możemy poruszać się bez maseczek. Z tym dniem uwolniony zostaje... uśmiech, jeden z istotnych elementów mowy ciała. *Apeluję raz jeszcze o ostrożne korzystanie z tego powrotu do normalności, ponieważ dane z ostatnich dni pokazują, że wirus cały czas jest groźny. Zachęcam wszystkich do szczepień. To nasza nadzieja do powrotu do normalności* – mówił premier Mateusz Morawiecki.

Obserwujemy stopniowy spadek liczby osób zakażonych, zajętych miejsc w szpitalach, pacjentów korzystających z re-

spiratorów. Nadal niepokoi natomiast wysoka liczba zgonów. Według danych amerykańskiego Instytutu Pomiarów i Oceny Stanu Zdrowia (IHME) wśród 20 państw z najwyższą liczbą zgonów z powodu COVID-19 od marca 2020 do maja 2021 r. Polska zajmuje 11. miejsce. Statystyka z 13 maja 2021 r.: liczba osób zakażonych – 3730 (Wielkopolska pod tym względem na 3. miejscu – 382), zmarłych – 342, wykonanych zostało 57 175 testów, w szpitalach przebywa 13 497 pacjentów, na kwarantannie – 115 045. Resort zdrowia informuje też, iż w ciągu doby wykonanych zostało 410 975 szczepień. To drugi wynik w czasie Narodowego Programu Szczepień. Rekordową liczbę szczepień jednego dnia odnotowano 7 maja – 417 303. Liczba osób, które przyjęły co najmniej jedną dawkę szczepionki na COVID-19 wynosi 14 705 512. Od początku pandemii w Polsce stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 u 2 845 762 osób, a liczba zgonów przekroczyła 71 000. Przebadano 15 017 415 próbek pobranych od 14 666 237 pacjentów.

### NOP u 7256 zaszczepionych

Na stronie [www.gov.pl](http://www.gov.pl) resort zdrowia udostępnia dane o niepożądanych odczynach poszczepiennych (NOP). Wynika z nich, że od podania pierwszej dawki szczepionki 27 grudnia 2020 do 4 maja 2021 r. różnego rodzaju dolegliwości wystąpiły u 7256 zaszczepionych, w tym u 6139 miały charakter łagodny (m.in. zaczerwienienie w miejscu ukłucia, opuchlizna ramienia). Zmarły 74 osoby (41 mężczyźni i 33 kobiety). Sześć spośród wszystkich zgonów występowało łącznie z zakrzepicą lub innymi schorzeniami mającymi związek z krzepliwością krwi. Media zwracają uwagę na to, że raport dotyczący NOP nie zawsze wskazuje na przyczynę zgonu. Do tabeli trafiają bowiem wszystkie przypadki śmierci następujące w krótkim odstępie czasu od szczepienia na COVID-19, w tym na przykład urazy głowy.

Zdarzyła się u nas taka sytuacja, że kobiecie podano dwie różne szczepionki. Wyrażane były przy tym różne obawy o ewentualne następstwa. „U osób, które przyjęły dwie dawki różnych szczepionek przeciw COVID-19, czytamy na stronie [www.interia.pl](http://www.interia.pl), istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia lekkich i umiarkowanych skutków ubocznych po drugiej dawce – wynika ze wstępnych wyników badania naukowców z Uniwersytetu Oksfordzkiego. Autorzy badania opublikowanego w czasopiśmie «The Lancet» podkreślili, że nie jest to powód do niepokoju o bezpieczeństwo pacjentów. Nie wiadomo na razie, jak szczepienie dwoma różnymi preparatami wpływa na odpowiedź immunologiczną organizmu. Dane na ten temat pojawiają się dopiero w nadchodzących miesiącach”.

ANDRZEJ PIECHOCKI

\*\*\*

*PS Sezon wakacyjny tuż, tuż. Gdy idzie o turystykę zagraniczną, dopóki UE nie przyjmie tzw. zielonego certyfikatu, wjazd do większości krajów europejskich uzależniony ma być od zaświadczenia o szczepieniu przeciw koronawirusowi. Zwolni ono z kwarantanny i testów na COVID-19. Dostępne jest na stronie Internetowego Konta Pacjenta, ściągnąć je można także na bezpłatną aplikację mObywatel albo uzyskać wygenerowanie kodu QR w punkcie szczepień.*



## Udostępnianie danych osobowych przez podmiot leczniczy część 1

Problematyka udostępniania danych osobowych jest pojęciem szerszym niż udostępnianie dokumentacji medycznej, jednakże obie sytuacje występują w podmiotach leczniczych. Warto bowiem pamiętać, że dane zatrudnionego personelu i współpracowników podmiotów leczniczych również podlegają ochronie w podobnym zakresie jak dane pacjentów.

**D**ane personelu zazwyczaj udostępniane są instytucjom takim jak organy podatkowe, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, kiedy takie działania odbywają się na mocy istniejących przepisów i w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 26 kwietnia 2016 r. (RODO). W tym miejscu należy odróżnić od udostępniania danych instytucję powierzenia przetwarzania danych personelu, kiedy to podmiot leczniczy przekazuje dane osobowe personelu np. do firmy księgowo-kadrowej w celu dokonania rozliczeń finansowych i wypłaty wynagrodzenia. Taki tryb powinien być uregulowany w stosownej umowie powierzenia przetwarzania danych w imieniu administratora, która w najprostszy sposób pozwala wypełnić obowiązki w tym zakresie, o których mowa w art. 28-29 RODO.

Nie można w tym miejscu nie wspomnieć również o danych służbowych pracowników podmiotów leczniczych. One również mają charakter danych osobowych, jednakże ich przetwarzanie, a także ich udostępnianie nie musi odbywać się na podstawie zgody danego pracownika. Udostępnianie służbowych danych odbywa się w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. f RODO. Należy jednak pamiętać, aby personel medyczny został o tym poinformowany w klauzuli informacyjnej. Podobnie rzecz ma się z popularnymi praktykami związanymi z koniecznością noszenia identyfikatorów przez personel czy też zamieszczeniem przed gabinetami lekarskimi tabliczek informacyjnych z imionami i nazwiskami lekarzy wraz z ich specjalizacjami. Ta praktyka nie wyczerpuje znamion definicji udostępniania, ale często budzi opór pracowników i wątpliwości właścicieli, czy wszystko jest rzeczywiście w zgodzie z literą prawa. W przypadku szpitali sytuacja jest jasna, ponieważ art. 36 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wprost mówi o konieczności wyposażenia personelu szpitala w imienne identyfikatory. W poradniach sytuacja jest nieco bardziej skomplikowana i nie ma przepisów, które tak jednoznacznie dawałyby możliwość stosowania tej zasady. Najlepiej w takim przypadku do regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego wprowadzić taki zapis o stosowaniu identyfikatorów, co jest uzasadnione koniecznością zapewnienia przez pracodawcę możliwości jak najlepszego realizowania zadań przez podmiot leczniczy, co potwierdzone zostało także wyrokiem Sądu Najwyższego (sygn. akt I PK 590/02). Należy jednak przy tym pamiętać, że może to mieć miejsce z zabezpieczeniem godności osobistej pracownika lub innych praw i wolności. Eksponując dane lekarzy, tj. imię i nazwisko

oraz jego specjalizację, do wiadomości publicznej, podawane są dane dostępne w Centralnym Rejestrze Lekarzy, stąd też nie zachodzi obawa, że naruszone zostaną prawa i wolności personelu lekarskiego.

Jednak największe problemy związane z udostępnianiem danych pojawiają się w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów. W pierwszym rzędzie w przypadku złożenia takiego żądania należy zweryfikować, czy osoba składająca żądanie jest osobą uprawnioną. Jeśli osoba taka podaje się za pacjenta, należy potwierdzić jego tożsamość. Natomiast w przypadku, kiedy wnioskodawcą nie jest pacjent, należy przeprowadzić szersze działania. Dokumentacja bowiem może być udostępniona osobie fizycznej bądź instytucji. W przypadku osób fizycznych takie udostępnienie może zostać zrealizowane przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Przedstawiciel ustawy to najczęściej rodzic małoletniego (ale też opiekun czy przedstawiciel rodziny zastępczej dysponujący stosownym poświadczeniem przysługujących mu uprawnień wobec małoletniego) lub opiekun osoby ubezwłasnowolnionej prawomocnym wyrokiem właściwego sądu. To wynika bezpośrednio z art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W przypadku kiedy po dokumentację zgłasza się osoba upoważniona, należy przede wszystkim zacząć od weryfikacji, czy pacjent

---

Nowelizacje przepisów z 2019 r. wprowadziły do grona uprawnionych osób osoby bliskie – małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta

---

rzeczywiście upoważnił tę osobę do otrzymania danych medycznych, czy też informacji o stanie zdrowia. Stąd tak ważne jest, aby w każdym podmiocie leczniczym przy pierwszej rejestracji każdy pacjent wypełniał stosowny formularz w tym zakresie,

a personel poradni został przeszkolony, aby przed realizacją takiego wniosku zweryfikować uprawnienie wnioskodawcy oraz jego tożsamość, wykorzystując do tego dokument ze zdjęciem. W przypadku kiedy osoba taka nie była wskazana na etapie zakładania kartoteki w poradni, a pojawia się z pisemnym upoważnieniem, warto wykonać telefon weryfikacyjny do pacjenta, który podpisał upoważnienie, aby potwierdzić całe zdarzenie. Najtrudniejsza sytuacja może mieć miejsce w przypadku pacjentów małoletnich, których rodzice nie żyją w sformalizowanych związkach bądź są po rozwodzie. Zaznaczyć trzeba, że sytuację dodatkowo komplikować może fakt, że każde z rodziców, zgodnie z art. 98 par. 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej swojego dziecka oraz do samodzielnego decydowania o udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych. Zaleca się zatem, aby personel poradni podczas pierwszej wizyty poprosił rodzica, który przyprowadził małoletniego, aby wskazał dane drugiego rodzica, które następnie zostaną wpisane do dokumentacji medycznej. Pozwoli to uniknąć sytuacji, kiedy rodzic noszący inne nazwisko niż małoletni będzie musiał potwierdzać dodatkowymi dokumentami prawo do opieki nad małoletnim, np. poprzez dostarczanie aktu urodzenia dziecka. ▶

- ▶ Ograniczenie dostępu do danych medycznych małoletnich, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nie zachodzi nawet w sytuacji, kiedy orzeczona zostanie separacja rodziców lub ich rozwód. Sytuacja może ulec zmianie dopiero w przypadku orzeczeń sądu zakładających daleko idące ograniczenia władzy rodzicielskiej, przy założeniu, że literalnie w takim orzeczeniu wpisane jest ograniczenie uprawnień wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jeśli zatem w poradni pojawi się rodzic, który oświadczy, że drugiemu rodzicowi zasądzone takie ograniczenia, to personel może zażądać kopii takiego postanowienia, które powinno być dołączone do dokumentacji medycznej małoletniego lub też w dokumentacji medycznej powinien znaleźć się wpis, w którym dokładnie opisane zostaną okoliczności, na podstawie których ograniczenie praw zostało wydane. Konieczne jest też w takim przypadku powołanie się na sygnaturę akt sprawy sądowej w dokumentacji medycznej.

Kwestie udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta regulują zapisy art. 26 ust. 2, 2a, 2b, 2c ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Najprostsza sytuacja jest wtedy, kiedy po dokumentację zgłasza się osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub jego przedstawiciel ustawowy. Wtedy personel medyczny jest zobowiązany zweryfikować, czy rzeczywiście z wnioskiem występuje osoba, za którą się podaje, a następnie przejść do weryfikacji tożsamości takiej osoby na podstawie okazania dokumentu ze zdjęciem. Nowelizacje przepisów z 2019 r. wprowadziły do grona uprawnionych osób osoby bliskie – małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. Jednakże może dojść do sytuacji, że nastąpi spór pomiędzy tymi osobami. W takim przypadku rozstrzygnięcie tego sporu spoczywa na sądzie powszechnym, do którego może zwrócić się jedna ze stron lub osoba wykonująca zawód medyczny – przedstawiciel poradni. Przedstawiciel poradni może również zwrócić się do sądu o rozstrzygnięcie, czy osoba podająca się za bliskiego zmarłego pacjenta rzeczywiście nią jest. Podobnie należy postąpić w przypadku, kiedy pacjent nie upoważnił za życia nikogo do dostępu do jego danych medycznych. Wtedy do sądu występuje osoba bliska, która musi wykazać się interesem w tej kwestii.

---

Najtrudniejsza sytuacja może mieć miejsce w przypadku pacjentów małoletnich, których rodzice nie żyją w sformalizowanych związkach bądź są po rozwodzie.

---

Do wyjaśnienia pozostaje jeszcze kwestia odpłatności za dostęp do danych osobowych, co dotyczy w szczególności uprawnienia pacjenta do uzyskania kopii danych w postaci dokumentacji medycznej. Wejście w życie RODO sugerowało dosyć jasno, że pierwsza kopia danych medycznych pacjenta powinna zostać mu udostępniona bezpłatnie – art. 15 ust. 3 RODO. Pojawiły się jednak pewne niejasności interpretacyjne, które zostały ostatecznie rozwiązane 4 maja 2019 r., kiedy w polskim porządku prawnym pojawiła się

---

Największe problemy związane z udostępnianiem danych pojawiają się w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów.

---

ustawa „dostosowawcza”, która wiele aktów prawnych dotąd istniejących w polskim systemie legislacyjnym dostosowuje jednoznacznie do zapisów RODO. Należy również wskazać, że bezpłatność przysługuje także w sytuacji, kiedy z żądaniem udostępnienia kopii dokumentacji zwraca się osoba upoważniona przez pacjenta lub jego przedstawiciel ustawowy. Szczegółowo opisane jest to w art. 28 ust. 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Opłatę zaś można pobrać w przypadku, kiedy wniosek dotyczy dokumentacji zmarłego pacjenta, co wynika z Motywu (27) RODO. Wysokość opłat powinna być ustalona przez kierownika podmiotu leczniczego w regulaminie organizacyjnym tego podmiotu, z zastrzeżeniem, że sposób jej ustalenia musi odpowiadać zapisom art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. To, w jaki sposób realizowane są prawa dostępu do danych osobowych w postaci dokumentacji medycznej pacjentów opisane jest w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dostęp do danych może mieć różny charakter i ograniczać się do wglądu, otrzymania kopii, wyciągu lub kopii uwierzytelnionej przez podmiot leczniczy. Z uwagi na złożoność strukturalną dokumentacji medycznej, która mogła być wytwarzana nie tylko w wersji papierowej, ale także w postaci elektronicznej, dostęp ten może również mieć charakter wglądu w bazy danych. Z tych przyczyn sugerowane jest, aby w podmiocie leczniczym opracowana została wewnętrzna procedura, która opisywać będzie tryb i sposób udostępniania oraz wskazywać osoby odpowiedzialne. Zwrócić należy w tym miejscu uwagę, że dostęp do dokumentacji nie może naruszać praw pacjenta, gdyż zbyt daleko idące sformalizowanie procesu, np. poprzez ograniczenie w sposobach złożenia wniosku, może być przesłanką do podjęcia działań przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Ostatnią kwestią do omówienia jest konieczność zapewnienia rozliczalności procesów udostępniania danych osobowych, co wynika bezpośrednio z art. 5 ust. 2 RODO, a w przypadku danych dotyczących zdrowia dodatkowo z zapisów art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który wskazuje, że powinien być prowadzony specjalny rejestr udostępnień zawierający co najmniej: imię i nazwisko pacjenta, którego dokumentacja dotyczy, sposób i zakres jej udostępnienia, dane osób odbierających, imię i nazwisko osoby udostępniającej dokumentację oraz datę jej udostępnienia. Jak widać nie ma konieczności protokolarnego potwierdzenia otrzymania kopii dokumentacji, jednak jest to sugerowane rozwiązanie. Zdarza się, że pacjentom była udostępniana za pokwitowaniem dokumentacja oryginalna w celu samodzielnego sporządzenia jej kopii na własny koszt. Takie praktyki są niedopuszczalne wobec osób fizycznych. Może to mieć miejsce w przypadku, kiedy z takim wnioskiem zgłosi się uprawniony organ, o czym będą mogli Państwo przeczytać w następnym numerze Biuletynu Informacyjnego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

## Wirtualna rzeczywistość w służbie medycyny

Lekarze ze Szpitala Miejskiego im. Franciszka Raszei w Poznaniu jako pierwsi mają okazję testować stworzone przez polskich naukowców narzędzie do nauki radiologii w wirtualnej rzeczywistości. To rozwiązanie pionierskie w skali globalnej.



Fot.: Szpital Miejski im. F. Raszei

**W**arsztaty radiologiczne z anatomii i patologii kości skroniowej w wirtualnej rzeczywistości (VR – *virtual reality*) odbyły się w pierwszej połowie maja na Oddziale Otorinolaryngologii Szpitala Miejskiego im. Franciszka Raszei. Testowano najnowsze osiągnięcie polskich radiologów i inżynierów – anatomie i patologię kości skroniowej w wirtualnej rzeczywistości. Radiolodzy z EPIC ([www.epicradiology.pl](http://www.epicradiology.pl)) stworzyli urządzenie na bazie okularów VR do nauki anatomii kości skroniowej. To nowatorskie, jedyne na świecie rozwiązanie zostało po raz pierwszy testowane i wykorzystane przez lekarzy laryngologów. Program składa się z kilku modułów i wnosi na nowy poziom możliwość szkolenia się z oceny anatomii tej skomplikowanej okolicy. Modele 3D wszystkich detali, możliwość interakcji, składania i rozkładania elementów kości skroniowej pozwalają na dużo lepszą ocenę poszczególnych struktur i ich relacji oraz przygotowują laryngologów do operacji w obrębie kości skroniowej. Mamy nadzieję, że to rozwiązanie wejdzie na stałe do kanonu szkoleń z chirurgii kości skroniowej i do szkolenia specjalistycznego.

DR MED. ŁUKASZ BORUCKI  
KIEROWNIK ODDZIAŁU OTOLARYNGOLOGII  
SZPITAL MIEJSKI IM. F. RASZEI

## Nowe druki recept od wakacji

**P**rzypominamy, że z dotychczasowego wzoru recept papierowych korzystać będzie można tylko do 30 czerwca. Od 1 lipca obowiązywać będzie nowy szablon, z którego usunięto rubrykę „Oddział NFZ”.

W przypadku pytań lekarz, lekarz dentysta WIL może skontaktować się z infolinią prawną Lex Secure pod numerem tel. +48 501 538 539 lub drogą mailową: [prawnik@opiekaprawna.pl](mailto:prawnik@opiekaprawna.pl).

Recepta	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Uprawnienia dodatkowe
PESEL	
Rp	
Odpłatność	
Data wystawienia:	Dane i podpis osoby uprawnionej
Data realizacji „od dnia”	Dane podmiotu drukującego

## Zmiany nie będzie – kasy online wymogiem od 1 lipca

Jak informuje Naczelna Izba Lekarska, Ministerstwo Finansów nie przesunie terminu wprowadzenia obowiązku ewidencji sprzedaży przy użyciu nowych kas fiskalnych – kas rejestrujących online, które zastąpią kasy rejestrujące z elektronicznym lub papierowym zapisem kopii. Do korzystania z tych urządzeń już od 1 lipca zobligowani będą lekarze i lekarze dentyści.

**O**przesunięcie tej daty o co najmniej sześć miesięcy apelował prezes NRL Andrzej Matyja wspólnie z prezesami dwóch samorządów zawodów prawniczych – Naczelnej Rady Adwokackiej i Krajowej Rady Radców Prawnych.

W piśmie do Ministra Finansów trzy samorzady zawodowe argumentowały, że dla podatników z branży medycznej i dla podatników z branży prawniczej skutki wywołane epidemią są dotkliwie odczuwane, co przejawia się głównie w ograniczeniu przychodów, przy jednoczesnym wzroście kosztów działalności, np. w pozycji wydatków na środki zabezpieczenia przeciwko zakażeniu wirusem SARS-CoV-2. W takich realiach poniesienie wydatku związanego z zakupem nowej kasy rejestrującej staje się dodatkowym obciążeniem.

Ministerstwo Finansów w pisemnej odpowiedzi nie zgodziło się na przesunięcie tego terminu. Resort wskazał jednak, że podatnicy, u których powstał



Fot.: istockphoto

obowiązek prowadzenia ewidencji przy użyciu kas rejestrujących online, mają prawo do odliczenia od podatku należnego kwoty wydanej na zakup kasy rejestrującej w wysokości 90 proc. ceny jej zakupu (bez podatku), nie więcej jednak niż 700 zł. W ocenie Ministerstwa Finansów odliczenie kwoty wydanej na zakup kasy online od podatku należnego jest znaczącym wsparciem dla podatników, którzy są zobowiązani do wymiany kasy fiskalnej. **(cep)**

# medNote

kompletny system  
dla gabinetów lekarskich

**90 dni  
za 1 zł**

Jedna aplikacja – wszystkie potrzebne funkcje:



rejestracja  
pacjentów



e-recepty,  
e-skierowania  
i e-zwolnienia



zarządzanie  
dokumentacją  
medyczną



integracja  
z systemem  
eWUŚ

**i wiele więcej!**

**Wypróbuj system przez 3 miesiące za 1 zł**



Zeskanuj kod QR  
lub wejdź na stronę

[comarch.pl/rabat-mednote/](https://comarch.pl/rabat-mednote/)

## Za wcześniej na pożegnanie z wirusem

Z prof. JACKIEM WYSOCKIM, członkiem Rady Medycznej przy premierze i wiceprzewodniczącym Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, rozmawiamy o zmianach w programie szczepień, rozwoju pandemii i aktualnych zagrożeniach.

- **Przemysław Ciupka: On jest w odwrocie, już teraz nie trzeba się go bać? Pytam oczywiście o koronawirusa. W dniu kiedy premier Mateusz Morawiecki wypowiadał te słynne słowa, do których nawiązuję w pytaniu, mieliśmy 382 nowe zachorowania. Rozmawiamy 19 maja, Ministerstwo Zdrowia informuje o 2344 nowych przypadkach.**

Prof. Jacek Wysocki: Z nadmiernym spokojem i żegnaniem koronawirusa byłbym bardzo ostrożny. Jesteśmy po okresie, kiedy dzienna liczba zakażeń przekraczała 30 tys., więc liczba 2 tys. wydaje nam się niewielka. Tymczasem to ciągle jest dużo. Proszę też zwrócić uwagę na utrzymującą się bardzo wysoką liczbę zgonów. Teraz liczymy na dwie rzeczy – po pierwsze na to, że pora roku będzie sprzyjała mniejszej aktywności wirusa. Choćby przez to, że mniej przebywamy w zamkniętych pomieszczeniach, częściej spotykamy się na otwartym powietrzu. Z drugiej strony ciągle szacujemy liczbę osób, które chorowały nieświadomie, liczymy tych, którzy chorowali świadomie oraz zaszczepionych. Sumując te dane, możemy wnioskować, że zbliżamy się do osiągnięcia ciągle jeszcze wątpliwej i niepełnej odporności populacyjnej. Ta odporność będzie jednak różna w różnych grupach. O ile seniorzy 70+ są wyszczepieni bardzo licznie, o tyle młodzież i młodzi dorośli lokują się na drugim biegunie i zakażenie może się wśród nich dalej szerzyć. Młodzież wraca do szkół i część ekspertów uważa, że to może spowodować skok zachorowań jeszcze na początku lipca. Wszyscy obawiamy się też jesieni i początku nowego roku szkolnego.

- **Szkoły były i mogą być znowu rozsądkiem wirusa?**

Jest grupa ekspertów w Polsce, która wskazuje, że zwłaszcza druga fala była efektem otwarcia szkół we wrześniu. Kolejny moment to przywrócenie nauki szkolnej w drugiej połowie stycznia, co mogło wyzwolić trzecią falę, choć nie mamy na to twardych dowodów. Rada Medyczna sugerowała, by powrót do nauki stacjonarnej na początku roku odbywał się z zachowaniem rejonizacji – otwierać szkoły tam, gdzie sytuacja jest lepsza, wstrzymać się tam, gdzie wirus szerzy się bardziej. To dałoby nam okazję do porównania, jak epidemia rozwija się w różnych województwach. Zdecydowano jednak inaczej, nie mamy więc danych i jasnej odpowiedzi na pana pytanie.

- **W kontekście powrotu do szkół – ruszyła już rejestracja do szczepień 16- i 17-latków. Mają otrzymać preparat firmy Pfizer.**

Szczepionka Pfizera od samego początku była badana w grupie 16+ i jest zarejestrowana dla osób od 16. roku życia wzwyż. Szesnastolatki są biologicznie bardzo podobni do młodych dorosłych i koncern włączył ich do badań klinicznych. W Stanach Zjednoczonych ta szczepionka uzyskała już rejestrację dla młodszych grup wiekowych, od 12. roku życia. Trwają badania nad jeszcze młodszymi grupami.



- **Rodzice mogą posłać dzieci do szczepienia bez obaw?**

Zdecydowanie bardziej niebezpieczny od szczepienia jest jego brak. W trzeciej fali odnotowaliśmy znacznie więcej dzieci i młodzieży z zapaleniami płuc, dusznością. Najbardziej obawiamy się zespołu wieloukładowej reakcji zapalnej, czyli PIMS. Dotyczy to najczęściej starszych dzieci powyżej 10. roku życia. COVID-19 przechorowują łagodnie, ale w okresie 2 do 8 tygodni po COVID-19 trafiają do

szpitali w ciężkich stanach. Reakcja zapalna może atakować płuca, serce, wątrobę, część z tych dzieci wyjdzie z trwałymi uszkodzeniami. Dlatego też rodzicom powinno zależeć, żeby zakażenie nie szerzyło się wśród grup wiekowych obejmujących ich dzieci.

- **Program szczepień ciągle kierowany jest jednak przede wszystkim do dorosłych. Obecnie dla każdej dostępnej w Polsce szczepionki wymagającej dwóch dawek odstęp pomiędzy pierwszą a drugą, wedle wytycznych rządowych, ma trwać 5 tygodni. Tymczasem producenci szczepionek mRNA zalecali dla swoich preparatów trzy tygodnie, AstraZeneca od 4 do 12.**

W przypadku szczepionki koncernu AstraZeneca opublikowano prace, które mówią o tym, że wydłużenie odstępu wiąże się ze wzrostem finalnej skuteczności. Światowa Organizacja Zdrowia, opierając się na tych badaniach, zaleciła podawać drugą dawkę po co najmniej 8 tygodniach. Wróćmy jednak do realiów szczepienia w Polsce. Choć badania nie potwierdzają, by szczepionka brytyjsko-szwedzkiej produkcji była mniej bezpieczna od innych, to wiele osób nie chce z niej skorzystać. Kolejna kwestia – ludzie chcą być w pełni zaszczepieni jak najszybciej. Perspektywa oczekiwania 3 miesięcy na pełne zaszczepienie może nie pozwolić na zrealizowanie planów urlopowych. Z takimi wyliczeniami spotykam się także wśród swoich pacjentów. Przypomnę, że w momencie kiedy szczepionek brakowało, uznaliśmy po długich dyskusjach, że byłoby ważne danie ludziom choćby po jednej dawce. Wiele prac wskazuje bowiem na to, że nawet częściowe szczepienie w pewnym stopniu chroni pacjenta.

Co do szczepionek mRNA, Pfizer zalecał podawać drugą dawkę po upływie 21 dni. Badania kliniczne były prowadzone jednak do 6 tygodni. Nie wykluczamy, że w momencie kiedy proporcja pomiędzy liczbą chętnych a dostępnością szczepionek na to pozwoli, skrócimy ten termin ponownie do minimalnego.

- **Zbliżamy się momentu, w którym większym problemem od dostępności szczepionek będzie brak chętnych na ich przyjęcie. Jak przekonywać sceptyków?**

Każdy pacjent musi mieć świadomość, że nie będąc osobą zaszczepioną, jest potencjalnym pacjentem szpitalnym ze wszystkimi tego konsekwencjami. ►

- ▶ Są ludzie, których nie przekona nic i nikt, którzy nie wierzą w wirusa, w pandemię, i którzy negują szczepienia jako takie. Do nich bardzo trudno dotrzeć. Jest jednak spora grupa osób, która ma pewne, nie zawsze uzasadnione, wątpliwości. W ich przypadku bezcenne są kampanie edukacyjne. Ja ciągle porównuję akceptację dla szczepionek mRNA pod koniec ubiegłego roku i teraz.

W listopadzie i grudniu powszechne były głosy mówiące o tym, że te preparaty modyfikują genetykę człowieka, co jest oczywiście nieprawdą. Natomiast dziś wśród pacjentów panuje opinia, że właśnie te szczepionki są najbezpieczniejsze.

Pamiętajmy, że każda szczepionka dostępna w Polsce została dopuszczona do użytku, przechodząc restrykcyjne badania kliniczne. Ryzyko niepożądanych odczynów poszczepiennych jest znikome w stosunku do obserwowanych skutków zachorowania na COVID-19. Musimy mieć świadomość, że jeżeli nie zaszczepimy odpowiedniej liczby osób i nie osiągniemy odporności populacyjnej, to możemy pozostać na wahadle – od lockdownu do odmrożenia, a tego nikt by nie chciał. Nie wyciągniemy też z zapaści służby zdrowia, która będzie ciągle w mniejszym lub większym stopniu sparaliżowana.

- Rada Miasta Wałbrzycha przyjęła uchwałę o obowiązkowym szczepieniu wszystkich mieszkańców. Dokument ma wymiar czysto symboliczny, bo takie regulacje leżą wyłącznie w kompetencji państwa. Za obowiązkowym szczepieniem opowiedzieli się też inni samorządowcy, w tym prezydent Poznania Jacek Jaśkowiak, który zapowiedział też, że nie będzie się spotykał z osobami niezaszczepionymi. Jeżeli edukacja nie wystarczy, należy sięgnąć po przymus?

Ja nie wierzę w takie rozwiązania w zakresie szczepień. Niestety będzie pewna grupa, której nie da się przekonać. Istotne jest budowanie świadomości społeczeństwa, a nie tworzenie atmosfery przymusu. Nie wiemy, co przyniesie przyszłość. Zagrożenie najprawdopodobniej nie zniknie. Być może konieczne będą ponowne szczepienia, być może szczepionki będą musiały być modyfikowane odpowiednio do nowych wariantów wirusa SARS-CoV-2. Róbmy wszystko, by pacjenci sami świadomie chcieli się przed tym zagrożeniem chronić.

- Trzecią falę epidemii w Polsce napędził wariant brytyjski, teraz mówimy o indyjskim i południowoafrykańskim.

Wiemy, że skuteczność szczepionek wobec wariantu południowoafrykańskiego jest mniejsza. I już ten fakt powinien hamować nas przed popadaniem w hurraoptymizm. ■

## Gdy gaśnie pamięć ludzka, kamienie wołać będą...

Delegatura WIL w Ostrowie Wielkopolskim nie zapomina o zmarłych, zasłużonych dla regionu lekarzach i lekarzach dentytach. Dzięki wsparciu finansowemu WIL udało się odnowić kolejny, nieco zapomniany i nadszarpięty zębem czasu nagrobek. Na Starym Cmentarzu w Ostrowie stanęła nowa tablica nagrobna dr. med. Ignacego Taczaka – lekarza, brata pierwszego dowódcy powstania wielkopolskiego gen. Stanisława Taczaka. Pomysłodawcami tej inicjatywy są lek. dent. Wiesław Wawrzyniak oraz dr n. med. Krystian Niełacny.

**O**strowianie, mijając ten grób, nie wiedzą nawet, kim był ów dr Ignacy Taczak. To może warto wiedzieć, że był pierwszym po odzyskaniu niepodległości przewodniczącym Rady Miejskiej, znanym i cenionym lekarzem – mówi Wiesław Wawrzyniak, przewodniczący Delegatury WIL w Ostrowie Wielkopolskim. Dzięki naszej inicjatywie już kilka grobów odzyskało dawny blask – dodaje.

Trwająca pandemia nie uniemożliwiła nam kontynuowania działań związanych z odnawianiem nagrobków znanych i zasłużonych dla regionu południowej Wielkopolski zmarłych lekarzy i lekarzy dentytach – podkreśla dr Wawrzyniak. Nową tablicę nagrobną wraz z tablicą informacyjną udało nam się zaprojektować i postawić we współpracy z Wojewódzkim Konserwatorem Zabytków oraz Miejskim Zakładem Zieleni w Ostrowie Wielkopolskim. Przy

okazji uporządkowaliśmy zdewastowane miejsce wokół nagrobka.

Rewitalizację nagrobków rozpoczęto kilka lat temu. Na terenie działań Delegatury w Ostrowie Wielkopolskim znajduje się najstarszy w Polsce cmentarz położony w granicach miasta, wyprzedzając chronologicznie warszawskie Powązki (1790 r.), Cmentarz Rakowicki (1803 r.) oraz poznański Cmentarz na Wzgórzu Św. Wojciecha (1807 r.). Jest on w Ostrowie nazywany Starym Cmentarzem przy ul. Wysockiej. Na tej nekropolii zostało pochowanych wielu zasłużonych ostrowskich lekarzy. Z uwagi na upływający czas groby ulegały stopniowemu niszczeniu – mówi dr n. med. Krystian Niełacny. Groziło im zapomnienie, a nawet likwidacja. Aby temu zapobiec, delegatura podjęła działania rewitalizacji grobów i upamiętnienia pochowanych tu lekarzy przez umieszczenie na nich specjalnych tablic memoryjnych.



Fot. Anna Grzesiak

W ten sposób ocaliliśmy od zapomnienia kilku z nich. Dlaczego? A to dlatego, że „Z wszystkich nędz – najstraszliwsze ludzkie zapomnienie” czy, jak mawiał Kardynał Stefan Wyszyński, „Gdy gaśnie pamięć ludzka, kamienie wołać będą” – dodał Krystian Niełacny.

Dzięki działaniom Delegatury WIL w Ostrowie Wielkopolskim udało się rewitalizować m.in. nagrobki: dr. med. Kazimierza Michalskiego, dr. med. Edmunda Kuncewicza oraz dr. med. Władysława Witkowskiego i dr. med. Stanisława Witkowskiego.

## By dane osobowe były dobrze chronione

Wielkopolska Izba Lekarska zorganizowała już cztery panele dyskusyjne, które były okazją do wymiany wiedzy i spostrzeżeń na temat ochrony danych osobowych. Podczas szkoleń poruszane były takie tematy jak RODO, kwestie dokumentacji medycznej po zmarłych lekarzach czy wyzwania związane z pandemią COVID-19. Podczas ostatniego spotkania online omówione zostało bezpieczeństwo systemów informatycznych.

Spotkanie otworzył dyrektor Biura WIL Marek Saj. Swoją prezentację rozpoczął od omówienia ról inspektora ochrony danych, administratora sieci informatycznych, informatyka i kadry zarządzającej biurami okręgowych izb. Wiedza i kompetencje tych osób różnią się między sobą. Każda z nich ma odmienną perspektywę związaną z ochroną systemów informatycznych. Ostatecznie jednak współpraca tych trzech osób musi doprowadzić do konsensusu, a zaproponowane rozwiązania powinny być przedstawione w sposób jasny i klarowny do akceptacji decydentów oraz zrozumiałe dla uczestników systemu ochrony danych – pracowników izb lekarskich – mówił dyrektor Biura WIL.

W dalszej części przedstawił proces wdrażania nowego rozwiązania w zakresie zabezpieczeń systemów informatycznych od pomysłu, przez koncepcję, projekt, akceptację, do realizacji i audytu. Skuteczna implementacja zabezpieczeń ma sens jedynie w przypadku ciągłej weryfikacji i monitorowania zagrożeń – zaznaczył Marek Saj.

Następnie poruszył kwestie planowania budżetu w zakresie systemów bezpieczeństwa, a także efektywnego zarządzania systemami informatycznymi.

Następnie głos zabrała Katarzyna Michalska, inspektor ochrony danych WIL. Prelegentka przybliżyła uczestnikom panelu kluczowe pojęcia związane z bezpieczeństwem systemów informatycznych, a także ich właściwą interpretację w kontekście RODO. Zaznaczyła, że nie istnieją systemy, które nie są narażone na żadne zagrożenia – te występują zawsze. W dalszej części dokonała klasyfikacji możliwych zagrożeń.

Skuteczność zabezpieczenia systemów informatycznych opiera się na analizie ryzyka. Waga, jaką mają współcześnie dane osobowe zmusza nas do podejmowania coraz to nowych rozwiązań w kwestii zapewnienia im bezpieczeństwa. Zmiany te muszą dotyczyć zarówno technicznych i technologicznych aspektów ochrony, ale także wdrażania nowych procedur i zmian organizacyjnych. Aby skutecznie chronić dane osobowe, należy być świadomym, jak dynamicznym środowiskiem są systemy informatyczne – kończyła, wskazując na konieczność bieżącej kontroli tego środowiska.

Następnym prelegentem był Jarosław Zjawiński z firmy Exanet, która dostarcza zewnętrzne usługi informatyczne dla Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Omówił luki w systemach zabezpieczeń narzędzi informatycznych i sposoby, jakimi można im przeciwdziałać.

„Za brak jakości się płaci, za brak bezpieczeństwa się siedzi” – to zdanie, które ostatnio słyszałem, dobrze obrazuje to, o czym mówimy – powiedział ekspert firmy Exanet. Największe zagrożenie, jakie może się pojawić to łączenie



pracy na sprzęcie prywatnym i służbowym czy też praca na sprzęcie prywatnym bez wiedzy działu IT – dodał.

Podkreślał znaczenie sporządzania kopii zapasowych plików. Według danych firmy Microsoft najczęściej po 140 dniach przypomina nam się, że potrzebujemy danego dokumentu. Prawidłową kopię powinniśmy tworzyć według zasady 3-2-1. Trzy kopie przechowujemy na dwóch różnych nośnikach, z których jeden znajduje się w innej lokalizacji niż nasza jednostka – wyjaśniał.

Ekspert omówił też zasady bezpieczeństwa przechowywania danych w tzw. chmurze. Skupił się na narzędziach oferowanych przez jedną z firm obecnych na rynku, która posiada kompleksową ofertę, a której części wykorzystuje Wielkopolska Izba Lekarska. Zaznaczył jednak, że dostępnych jest wiele narzędzi, które można wykorzystywać hybrydowo, jednak zarządzanie takimi zabezpieczeniami jest trudniejsze.

Ostatnią prezentację przygotował lek. Piotr Kalkowski, administrator systemów informatycznych WIL. Jego celem było zaprezentowanie rozwiązań, które mogą usprawnić pracę biura i poprawić poziom bezpieczeństwa. Na początku omówił zasady odpowiedniej inwentaryzacji sprzętu i podziału pod względem typu, parametrów, zalecanego i aktualnego przeznaczenia, posiadanych licencji czy możliwości rozbudowy.

Powinniśmy dostosowywać sprzęt do potrzeb użytkownika. Warto np. zwrócić uwagę, że system FINN bardzo nie lubi komputerów podłączonych do sieci wi-fi. Specyfika tego systemu sprawia, że bezpośrednie łącze internetowe może przyspieszyć pracę nawet kilkukrotnie – przekonywał.

Piotr Kalkowski pokazał też, że zagrożenie może dotyczyć nie tylko systemu, ale też przejęcia samego sprzętu. Potrzebował zaledwie 19 sekund, żeby wykręcić dysk twardy z pozostawionego bez opieki laptopa. Wskazywał też na niebezpieczeństwa związane ze stosowaniem małych nośników danych (np. pendrive). Takie nośniki najłatwiej wynieść z biura, najłatwiej zgubić, są też awaryjne. Zalecane są rozwiązania chmurowe i dysk sieciowy w biurze – zaznaczył.

Administrator systemów informatycznych WIL podkreślał też znaczenie ciągłej współpracy i wymiany opinii pomiędzy działem IT, zarządem i pracownikami izb lekarskich.

W trakcie panelu nie zabrakło dyskusji i trafnych pytań ze strony słuchaczy. Uczestnicy wyrazili też chęć udziału i organizacji kolejnych szkoleń z zakresu ochrony danych osobowych. (cep)

## Z MEDYCZNEJ WOKANDY

## In dubio pro reo – co to w praktyce oznacza dla sądów lekarskich?



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

*In dubio pro reo* to reguła postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy wyrażona w art. 61 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich mówiąca o tym, że wszelkie wątpliwości, których w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie da się usunąć, należy tłumaczyć na korzyść obwinionego. Co to jednak oznacza w praktyce? Zwłaszcza w sytuacjach – a tak się zazwyczaj dzieje – gdy pacjent mówi jedno, a lekarz drugie, i żadnych innych świadków nie ma. Komu sąd lekarski powinien dać wiarę i jak rozstrzygnąć takie wątpliwości? Odpowiedzi na takie pytania starał się udzielić Sąd Najwyższy w kilku orzeczeniach, które chcielibyśmy przedstawić w dzisiejszym odcinku.

tak w postanowieniu SN – Izba Karna z dnia 8 lutego 2018 r. (SDI 114/17), SN wyraził tezę, iż reguła *in dubio pro reo* nie ma zastosowania, gdy wątpliwości w zakresie przyjętych ustaleń podnosi strona, a nie stały się one udziałem sądu, który zgromadzone dowody ocenił w zgodzie z dyspozycją art. 7 kpk. Stan faktyczny przedstawiał się w tej sprawie następująco. Okręgowy Sąd Lekarski w X. uznał lek. M.K. za winną tego, że stosowała w leczeniu pacjentów terapię z użyciem preparatu N. podanym dożylnie, jako metody niezwyfikowanej naukowo, tj. przewinięcia zawodowego określonego w art. 57 ust. 1 Kodeksu etyki lekarskiej. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy pierwszoinstancyjne orzeczenie. Taką samą decyzję podjął SN, argumentując, iż być może wątpliwości w tej sprawie pozostały, ale były one udziałem strony, a nie sądu, który prawidłowo ocenił dowody zgromadzone w toku postępowania.

Na uwagę zasługuje także stanowisko Sądu Najwyższego – Izba Karna zaprezentowane w postanowieniu z dnia 12 grudnia 2014 r. SDI 43/14. Podkreślono tu, że nie można zasadnie stawiać zarzutu obrazy wyrażonej w art. 61 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich i art. 5 par. 2 kpk reguły *in dubio pro reo*, podnosząc wątpliwości strony co do treści ustaleń faktycznych lub co do sposobu interpretacji prawa. Dla oceny, czy nie został naruszony zakaz *in dubio pro reo* nie są bowiem miarodajne tego rodzaju wątpliwości, zgłaszane przez stronę, ale jedynie to, czy orzekający w sprawie sąd rzeczywiście powziął wątpliwości co do treści ustaleń faktycznych lub wykładni prawa i wobec braku możliwości ich usunięcia rozstrzygnął je na niekorzyść obwinionego, względnie to, czy w świetle realiów konkretnej sprawy wątpliwości takie powinien był powziąć. W wypadku zatem, gdy ustalenie faktyczne zależne jest od dania wiary temu lub innemu dowodowi albo tej lub innej grupie dowodów, czy też np. dania wiary lub odmówienia wiary wyjaśnieniom obwinionego, nie można mówić o naruszeniu zasady *in dubio pro reo*, a ewentualne zastrzeżenia co do oceny wiarygodności konkretnego dowodu lub grupy dowodów rozstrzygane mogą być jedynie na płaszczyźnie utrzymania się przez sąd w granicach sędziowskiej swobody ocen, wynikającej z treści art. 61 ust. 3 ustawy o izbach lekarskich oraz art. 7 kpk, lub też przekroczenia przez sąd tych granic i wkroczenia w sferę dowolności ocen.

Ale chyba najlepiej tę kwestię wyjaśniono w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 sierpnia 2017 r. SDI 38/17. W tej sprawie najpierw OSL w X. uniewinnił E.T. od zarzutu, że w dniu 21 lipca 2014 r. w izbie przyjęć Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego w (...) naru-

szyła godność osobistą Z.F. podczas udzielania jej świadczeń zdrowotnych, co miało wyrazić się w niestosownym komentowaniu jej wieku i stanu ogólnego, przedmiotowym i lekceważącym traktowaniu, czym miała naruszyć art. 12 ust. 1 kel. Naczelny Sąd Lekarski nie uwzględnił odwołania wniesionego w tej sprawie i utrzymał w mocy rozstrzygnięcia sądu I instancji. To ostatnie orzeczenie zostało zaskarżone do SN kasacją wniesioną przez pełnomocnika reprezentującego osobę pokrzywdzoną. Jak zauważył SN w uzasadnieniu swojego stanowiska, OSL dał wiarę zarówno (uznanym za zgodne) wyjaśnieniom obwinionej, jak i świadkom należącym do rodziny pokrzywdzonej, by następnie stwierdzić, że nie jest możliwe poczynienie ustaleń co do przebiegu zdarzenia z powodu śmierci pokrzywdzonej, jak również sprzeczności pomiędzy wyjaśnieniami obwinionej oraz zeznaniami członków rodziny. Jeszcze bardziej – zdaniem SN – zaskakująca była kolejna teza NSL, zgodnie z którą „te same sformułowania mogą być interpretowane różnie, w zależności od stanu emocjonalnego jako wypowiedzi prawidłowe, ale też jako wypowiedzi poniżające np. te dotyczące wieku osoby pokrzywdzonej”. Wynika z tego – skonstatował SN – że NSL uznał, iż możliwe jest ustalenie, jakie sformułowania zostały w rzeczywistości użyte przez obwinioną. Tymczasem w świetle treści wypowiedzi tego sądu zawartej w zdaniu poprzedzającym problem miał tkwić nie w sposobie interpretacji „tych samych sformułowań”, ale w braku możliwości dokonania jednoznacznych i niebudzących wątpliwości ustaleń co do przebiegu zdarzenia. Sąd odwoławczy nie rozwinął jednak tego zagadnienia i od razu przeszedł do konkluzji, stwierdzając, że „nie nosi znamion naruszenia przepisów postępowania uznanie, że istniejących w sprawie wątpliwości nie da się usunąć, i że rozstrzygnięcie ich na korzyść obwinionej, skutkują jej uniewinnieniem”. Rzeczywiście samo powołanie się na dyrektywę wynikającą z zasady *in dubio pro reo* – jak podkreślił SN – nie stanowiło naruszenia przepisów postępowania, skoro jest ona normą zamieszczoną przez ustawodawcę w obowiązującym porządku prawnym, natomiast obowiązkiem sądu, który odwołuje się do tej zasady, jest wykazanie, że zostały spełnione warunki jej zastosowania. Właśnie tego zaniedbania po stronie sądu I instancji dotyczył zarzut skarżącego. Tymczasem w całym wywodzie Naczelnego Sądu Lekarskiego – jak zauważył SN – nie było ani jednego zdania świadczącego o rzeczywistym rozważeniu podstawowego zarzutu odwołania wniesionego w tej sprawie, w którym zakwestionowano orzeczenie sądu I instancji z powodu błędnej wykładni art. 61 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich oraz wadliwego zastosowania tych norm



## Z MEDYCZNEJ WOKANDY

jeszcze przed przeprowadzeniem należytej analizy zgromadzonego materiału dowodowego i zaniechania dokonania jego oceny. Ograniczenie się przez Naczelny Sąd Lekarski do samej akceptacji rozstrzygnięcia sądu I instancji i zamieszczonych tam rozważań oznaczało w praktyce przeniesienie się uchybień zarzuconych temu orzeczeniu na poziom sądu odwoławczego. Nawet przy uwzględnieniu specyfiki postępowania dyscyplinarnego, prowadzonego w odniesieniu do przedstawicieli zawodów innych niż prawnicze, nie można było – zdaniem SN – zaakceptować ani takiego sposobu zrealizowania obowiązku dokonania kontroli odwoławczej, ani takiego wykonania zadań ciążących na sądzie I instancji, jakie miało miejsce w niniejszej sprawie. Jak przypomniał SN, na gruncie procedury karnej, a według jej zasadniczych reguł toczy się również postępowanie dyscyplinarne przed sądami lekarskimi (art. 112 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich), prawidłowość rozstrzygnięcia sprawy pozostaje w bezpośrednim związku z wykonaniem przez sąd dwóch zasadniczych obowiązków. Pierwszym z nich jest prawidłowe przeprowadzenie postępowania dowodowego, w którym inicjatywa dowodowa zmierzająca do wyjaśnienia sprawy należy nie tylko do stron procesowych, ale – w odniesieniu do okoliczności istotnych z punktu widzenia rozstrzygnięcia – obliuguje do działania również sąd. Drugi natomiast – i w realiach tej sprawy mający zasadnicze znaczenie – obowiązek polega na dokonaniu szczegółowej analizy wszystkich okoliczności ujawnionych w toku rozprawy. Poza tymi rozważaniami nie mogą pozostać żadne istotne dowody. Wyniki tej analizy powinny zostać poddane następnie ocenie pozwalającej na wyprowadzenie wniosków co do wiarygodności poszczególnych źródeł dowodowych, a w konsekwencji prowadzącej do uczynienia konkretnych dowodów podstawą ustaleń faktycznych. Pisemne motywy orzeczenia powinny więc wskazywać, jakie konkretne dowody dawały podstawę do ustalenia określonego faktu, wyjaśniać wątpliwości wynikające na tle różnic w relacjach i rozstrzygać sprzeczności między poszczególnymi źródłami – przy wykorzystaniu całości kształtu dostępnego materiału dowodowego. Tymczasem rozstrzygnięcia lekarskich sądów dyscyplinarnych w tej sprawie nie były wsparte pogłębioną analizą i oceną poszczególnych dowodów, w tym zwłaszcza uwzględniającą korelacje rysujące się między nimi. Wywody sądów obu instancji ograniczyły się do zamieszczenia stwierdzenia o wystąpieniu rozbieżnych relacji pochodzących od poszczególnych osób obecnych na miejscu zdarzenia i potraktowaniu tej sytuacji jako spełniającej kryteria wynikające z dyspozycji art. 61 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich. Takie postąpienie w ocenie SN było oczywiście wadliwe. Zasada *in dubio pro reo* nie może być traktowana jako sposób uproszczonego reagowania na każdą wątpliwość. Nie daje ona żadnych podstaw do rezygnowania z wysiłków zmierzających do wyjaśnienia okoliczności faktycznych i ustalenia prawdziwego przebiegu wydarzeń. Drogą do osiągnięcia tego celu jest nie tylko zbadanie treści poszczególnych dowodów, ale również rozważenie tych treści na tle innych ustalonych faktów, co może stworzyć lepsze warunki choćby do oceny wiarygodności poszczególnych źródeł. Stąd też SN stwierdził, że możliwość zastosowania dyrektywy wynikającej z art. 61 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich pojawia się dopiero wtedy, gdy zrealizowany został obowiązek dążenia do usunięcia rzeczywistych wątpliwości wynikających z treści przeprowadzonych dowodów i pomimo odpowiednich starań organu procesowego nie udało się osią-

gnąć tego celu. Natomiast nawet takie sytuacje, gdy w świetle przeprowadzonych dowodów możliwe jest skonstruowanie dwóch wersji wydarzeń, nie uzasadniają jeszcze w sposób wystarczający sięgania po regułę *in dubio pro reo*. Odpowiednik przepisu art. 7 kpk, jakim na gruncie postępowania dyscyplinarnego prowadzonego w odniesieniu do lekarzy jest norma wyrażona w art. 61 ust. 3 ustawy o izbach lekarskich – obliuguje bowiem sąd (identycznie, jak to ma miejsce w procesie karnym) do wcześniejszego dokonania oceny dowodów przemawiających za każdą z tych wersji, przy wykorzystaniu reguł logicznego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. W pełni ma tu zastosowanie dorobek orzecznictwa wypracowany na gruncie wspomnianego przepisu art. 7 kpk. Istotne jest przy tym szczególnie wnikliwe rozważenie tych okoliczności, które mogą stworzyć przesłanki do zbudowania przekonania, które z przeprowadzonych dowodów odtwarzają przebieg wydarzeń w sposób najpełniej odzwierciedlający rzeczywistość. W opinii SN w przedmiotowej sprawie nie wykorzystano tych możliwości, które stwarza nawet tak szczupły materiał dowodowy. Sąd *meriti* ograniczył się bowiem do stwierdzenia, że relacje uczestników zajścia na temat jego przebiegu są odmienne, wobec czego nie jest możliwe odtworzenie wydarzeń (w szczególności chodziło o treść wypowiedzi obwinionej). Tymczasem poza sferą rozważań sądu I instancji pozostały informacje płynące z przeprowadzonych dowodów, a mogące mieć istotne znaczenie dla oceny ich wiarygodności i wspierające lub podważające poszczególne wersje. W pierwszej kolejności wskazać należy, że: pacjentka Z.F. przybyła do szpitala skierowana tam przez lekarza z powodu dostrzegalnego dla niego pogorszenia stanu zdrowia, a nie wyłącznie długotrwałego, przewlekłego złego samopoczucia; problem wywołała już sama kwestia zbadania pacjentki, a nie żądanie wdrożenia natychmiastowego leczenia; obwiniona przyznała, że rozmawiała jedynie z opiekunką Z.F., pomijając obecność samej pokrzywdzonej, a także komentowała wiek pacjentki w powiązaniu z „możliwościami medycyny”; pomimo paragonicznego oczekiwania na zbadanie przez lekarza – właśnie po kontakcie z obwinioną – pacjentka zrezygnowała z tego badania i udała się po pomoc do innego lekarza, co podważało tezę, że takiej pomocy w tym momencie nie potrzebowała; nawet bez zbadania Z.F. obwiniona uznała jednak za niezbędne pilne udzielenie jej pomocy medycznej, co wynikało z zapisu zamieszczonego na skierowaniu; w zainicjowanej przez siebie późniejszej rozmowie z rodziną Z.F. obwiniona stwierdziła, że w dniu zdarzenia sama była pod wrażeniem niekorzystnych informacji dotyczących osoby bliskiej, co wpłynęło na jej zachowanie. Nie przesądzając w żadnym stopniu postępowania należało dojść do przekonania, że całkowity brak rozważenia informacji, jakich dostarczał istniejący materiał dowodowy, zgromadzony w toku dotychczasowego procesu w tej sprawie oraz uchylenie się od dokonania analizy ich wpływu na ocenę wiarygodności poszczególnych wersji prezentowanych przez strony procesowe, doprowadził do co najmniej przedwczesnego wniosku o dopuszczalności zastosowania dyrektywy wynikającej z treści przepisu art. 61 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich.

Jak widać, powoływanie się na tę zasadę nie może być tożsame z pójściem na łatwiznę w postępowaniu dowodowym. Jest to jednak reguła, którą można stosować w ostateczności, kiedy inne środki rozwikłania wątpliwości zawiodły. ■

## 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. Pochodzą one z różnych mediów i serwisów.

### Praca ponad miarę

*Z Polski wyjechało 16 tys. lekarzy, a napływu medyków z zagranicy nie ma. Wbrew zapowiedziom resortu zdrowia nasi koledzy spoza Unii nie czekają w kolejce, by do nas przyjechać – mówi prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Andrzej Matyja.*

**Czy to prawda, że wyjątkowo wielu lekarzy zamierza wyjechać z Polski? Izba informowała niedawno, że do końca kwietnia wydała 255 zaświadczeń potrzebnych do wykonywania zawodu za granicą.**

*Duża liczba zaświadczeń to jedno, ale rozmawiając o planach wyjazdowych polskich lekarzy, warto przyjrzeć się również kilku innym czynnikom. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce jest jednym z najniższych wśród państw OECD, bardzo szybko rośnie udział wydatków prywatnych na zdrowie, a jeśli chodzi o publiczne nakłady, to w kolejnych latach inne kraje nadal będą nam uciekały. Ponadto od dawna borykamy się z niedoborami kadrowymi. I choć liczba lekarzy pracujących w naszym kraju wzrasta, jesteśmy na trzecim miejscu na świecie pod względem liczby polskich lekarzy pracujących w innych krajach – czyli wykształcony w Polsce lekarz zasila zagraniczne systemy ochrony zdrowia. Z kolei pod względem liczby obcokrajowców pracujących u nas zajmujemy jedno z ostatnich miejsc. Przyczyny to oczywiście jedne z najniższych w Unii płace w stosunku do średniej krajowej i złe warunki pracy. Polski lekarz specjalista wykonuje dwukrotnie więcej konsultacji niż jego koledzy w innych krajach OECD. Poza tym problemy z zapewnieniem ciągłości świadczeń powodują konieczność dyżurowania nawet przez kilka dni z rzędu. Dlatego lekarze szukają lepszych warunków, lepszych możliwości rozwoju zawodowego i osobistego. Wyjeżdżają głównie młodzi, chcąc zapewnić godne warunki swoim rodzinom i normalnie pracować. Chcielibyśmy pracować zgodnie z unijnymi normami o czasie pracy. Ale w Polsce granice wciąż są przekraczane. Musimy pracować ponad miarę, bo inaczej system opieki zdrowotnej runie.*

AGATA SZCZEPAŃSKA, WWW.GAZETAPRAWNA.PL

### Blisko tysięcy placówek

Niemal tysiąc domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i hospicjów skorzystało do tej pory z unijnego wsparcia w projekcie realizowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Chodzi o dodatkowe wynagrodzenie dla personelu tych placówek i zakup środków zapewniających ochronę przed zakażeniem koronawirusem. Wciąż można złożyć wnioski o dotację. Ruszył dodatkowy nabór.

Do tej pory z puli prawie 250 mln zł, która jest w projekcie, skorzystało blisko tysiąc placówek z całej Polski. W sumie wydano już ponad połowę tej kwoty. WWW.NFZ.GOV.PL

### 7 procent e-zaświadczeń

W 2020 r. 1,5 mln zwolnień lekarskich wystawiono z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. To 7 proc. wszystkich elektronicznych zaświadczeń o niezdolno-

ści do pracy wystawionych osobom ubezpieczonym w ZUS – wynika z raportu Zakładu. O wzroście liczby zwolnień lekarskich, w tym tych związanych z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, mówiła prof. Gertruda Uścińska, prezes ZUS, podczas webinaru „Jak wspierać odporność psychiczną pracowników? Poznaj dobre praktyki i dowiedz się, dlaczego warto dbać o zdrowie psychiczne w firmie” zorganizowanego przez Pracodawców RP. WWW.ZUS.PL

### Program do 2025 roku

Ponad 2 mln zł z budżetu województwa wielkopolskiego zostało przeznaczonych na terapię, rehabilitację oraz aktywizację osób cierpiących na schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi. Zdrowie psychiczne jest w tej chwili jednym z największych wyzwań dla polityki społecznej i zdrowotnej państwa oraz samorządów terytorialnych.

Niestety istotną przeszkodę w osiągnięciu pełnych rezultatów rehabilitacji medycznej dla chorych osób stanowi bardzo niski odsetek tych z rozpoznaniem schizofrenii, korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej. Właśnie dlatego Zarząd Województwa Wielkopolskiego przyjął do realizacji program polityki zdrowotnej pn. „Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów”. Jego budżet na lata 2021–2025 wynosi ponad 2,1 mln zł. Dzięki programowi osoby cierpiące na schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi będą mogły brać udział w zajęciach psychoedukacyjnych, terapii grupowej, terapii zajęciowej oraz socjoterapii. W 2019 r. liczba leczonych na schizofrenię wyniosła w Wielkopolsce 10 590 osób, natomiast chorych z pozostałymi psychozami było 1360. Z kolei liczba hospitalizowanych tylko chorych na schizofrenię wyniosła 3420 (w tym oddział psychiatryczny ogólny, opieki długoterminowej, oddział psychiatrii sądowej dla dorosłych), pozostałe psychozy to 309 hospitalizacji. WWW.UMWWW.PL

### Wojewoda apeluje

W najbliższych tygodniach w Pile powstanie punkt poboru osocza od ozdrowieńców dla chorych na COVID-19. To kolejny już taki punkt w Wielkopolsce, który pomoże w leczeniu zarażonych koronawirusem, którzy mają objawy zagrażające życiu. Wojewoda Wielkopolski Michał Zieliński o planach uruchomienia punktu rozmawiał z dyrektorem Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu, Krzysztofem Olbromskim.

Obecnie na terenie Wielkopolski takie punkty pobrań znajdują się m.in. w Lesznie i Poznaniu. *Osocze jest niezwykle ważne z punktu widzenia leczenia zakażonych koronawirusem, którzy zmagają się z ciężkimi, zagrażającymi życiu objawami. Dlatego zachęcam do oddawania osocza, jeśli tylko spełniają Państwo wymagane warunki – apeluje wojewoda.*

WWW.POZNAN.UW.GOV.PL

### Wykonano 5 zabiegów

7 maja 2021 r. w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym odbyły się kolejne warsztaty „Histeroskopia diagnostyczna i operacyjna w znieczuleniu miejscowym”. Profesor Maciej Wilczak wraz z zespołem Kliniki Zdrowia Matki i Dziecka krok po kroku przedstawili najnowsze techniki i zasady stosowane w nowoczesnej histeroskopii diagnostycznej i operacyjnej wykonywanej w znieczuleniu miejscowym. Ten rodzaj minimalnie inwazyjnych zabiegów wykonywanych we wnętrzu jamy macicy nie wymaga znieczulenia ogólnego! Podczas całego zabiegu pacjentka jest całkowicie świadoma i ma możliwość rozmowy z lekarzem, który wykonuje ten zabieg.

Ponadto może obserwować na ekranie monitora każdy etap wykonywania tego minimalnie inwazyjnego zabiegu, a po około 2 godzinach po zabiegu wypisywana jest do domu. W tej edycji Praktycznych Warsztatów Histeroskopowych wykonano 5 zabiegów endoskopowych z wykorzystaniem systemu znieczulenia miejscowego Hystero-Block. Szkolili się lekarze z: Zielonej Góry, Bielska Białej, Łodzi, Pleszewa, Sztumu i Warszawy.

WWW.GPSK.AM.POZNAN.PL

### Dokumenty zabezpieczyła prokuratura

Prokuratura Regionalna w Łodzi prowadzi sprawę 40-letniej kobiety, która zmarła po cesarskim cięciu w kaliskim szpitalu – poinformował rzecznik prasowy Prokuratury Okręgowej w Ostrowie Wielkopolskim Maciej Meler. Do zdarzenia doszło we wtorek, 27 kwietnia. Do szpitala przy ul. Toruńskiej w Kaliszu na oddział położniczo-ginekologiczny trafiła 40-letnia ciężarna, u której postanowiono przeprowadzić zabieg cesarskiego cięcia. Podczas operacji pacjentka zmarła.

Jak wyjaśnił prokurator Maciej Meler, dokumenty i dowody w sprawie zabezpieczyła Prokuratura Rejonowa w Kali-

szu. Dodał, że w piątek przeprowadzono sekcję zwłok, „co pozwoli na ustalenie mechanizmu przyczyny zgonu kobiety”.

WWW.INTERIA.PL/PAP

### Zdrowy jadłospis

Nawet u co piątego pacjenta, który musi zmierzyć się z rakiem, choroba dotyczy układu pokarmowego. Nowotwory trzustki, wątroby, jelita, żołądka czy przełyku długo mogą rozwijać się w ukryciu, a późno wykryte – są wyjątkowo trudne do pokonania. W ograniczeniu prawdopodobieństwa zmierzenia się z rakiem jelita i innymi nowotworami układu pokarmowego pomogą zdrowe nawyki – rozstanie z papierosami i ograniczenie spożywanego alkoholu. Klucz do zdrowia układu pokarmowego to także regularna aktywność fizyczna, utrzymywanie prawidłowej masy ciała i zbilansowana dieta. Zdrowy jadłospis, oparty na diecie DASH, dla siebie i rodziny możesz przygotować, korzystając z darmowego portalu Narodowego Funduszu Zdrowia diety.nfz.gov.pl. WWW.NFZ-POZNAN.PL

### Nikt się nie zgłosił

54 tys. zł miesięcznie może zarobić lekarz medycyny ratunkowej, który zostanie zatrudniony przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy (województwo dolnośląskie). Mimo to chętnych nie ma, a zamieszczone ogłoszenie pozostaje bez odpowiedzi od miesiąca – podaje Polsat News. Szpital chciałby, aby lekarz pracował na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez minimum 240 godzin w miesiącu. Za każdą z nich miałby zarobić 225 zł. Placówce zależy, aby prowadził własną działalność gospodarczą, co oznacza, że musi m.in. samodzielnie opłacić obowiązkowe ubezpieczenie lekarskie od odpowiedzialności cywilnej. *Nikt się nie zgłosił, pomimo kilku konkursów. Lekarze nie są zainteresowani taką stawką i takim kontraktem* – powiedział portalowi polsatnews.pl Tomasz Kozieł, rzecznik prasowy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy. WWW.INTERIA.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.

\* W MONTREAL WYDARZYŁA SIĘ jednemu głośnemu okuliście okropna pomyłka: zapalenie oka lewego po urazie groziło przeniesieniem się na oko prawe; postanowiono oko chore wyłuszczyć, na co chory 18-letni mężczyzna, zgodził się i operację wkrótce wykonano w uśpieniu chloroformowym. Po upewnieniu rodziny i przyjaciół chorego, że operacja odbyła się jak najpomyślniej, przekonano się wkrótce ze zgrozą, że wyłuszczone zostało oko nie chore, lecz zdrowe. (The Lancet).

„Przegląd Lekarski” 1899, XXXVIII, 337

LICZBA LEKARZY W POLSCE. Podług danych Naczelnej Izby Lekarskiej wszystkie okręgowe izby lekarskie liczyły 1 stycznia 1935 r. 10.776 członków. W ciągu 1935 r. powstała izba śląska (541 członków), w pozostałych izbach przybyło 314 lekarzy, zmarło 136, wobec czego na 1 stycznia r. b. wszystkie osiem izb lekarskich liczyło 11.495 członków, a mianowicie: krakowska – 1.717, lubelskie – 890, lwowska – 2.109, łódzka – 904, poznańsko pomorska – 1.226, śląska – 541, wileńsko nowogródzka – 762, warszawsko białostocka – 3 346, a zatem ta ostatnia liczy największą liczbę członków.

„Medycyna” 1936, 545

## Wspomnienie o prof. dr. hab. n. med. Romanie Jankowskim

19 kwietnia 2021 r. zmarł nagle, w wieku 65 lat, wypełniając jak zwykle swoje obowiązki lekarza, **prof. dr hab. n. med. Roman Jankowski**.

Odszedł na zawsze wspaniały lekarz, wykładowca, wychowawca wielu pokoleń studentów, lekarzy, neurochirurgów, ale przede wszystkim nasz serdeczny kolega i przyjaciel, gotowy nieść pomoc potrzebującym. Pozostawił nas – współpracowników z Oddziału Klinicznego Neurochirurgii i Neurotraumatologii w głębokim smutku i żalu.



Prof. dr hab. n. med. Roman Jankowski pełnił funkcje: ordynatora Oddziału Neurochirurgii i Neurotraumatologii z Pododdziałem Leczenia Chorób Naczyniowych CUN, kierownika Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii UMP, prezesa Wielkopolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów, prezydenta Oddziału Północnego Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa, członka założyciela Sekcji Neuroortopedii Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa oraz sekretarza Komisji Medycyny Doświadczalnej Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Profesor Roman Jankowski całe swoje życie zawodowe związał z tutejszym szpitalem. Rozpoczął działalność ponad 40 lat temu jako student Koła Naukowego przy Klinice Neurochirurgii. Ówczesnym opiekunem koła był prof. Bronisław Stachowski, który później stał się wielkim mistrzem i nauczycielem prof. Romana Jankowskiego. Wprowadził go w arkana sztuki operacyjnej kręgosłupa. Wspólnie leczyli pacjentów Oddziału Urazów Kręgosłupa i Rdzenia Kręgowego. Przez całe życie zawodowe prof. Jankowskiemu towarzyszył portret prof. Stachowskiego wiszący w jego gabinecie.

Prof. dr hab. n. med. Roman Jankowski od 1982 r. pracował w Klinice Neurochirurgii, pełniąc pomimo krótkiego stażu funkcję kierownika Przyklinicznej Poradni Neurochirurgicznej i ordynatora bloku operacyjnego. W swojej pracy klinicznej i naukowej skupił się na zagadnieniu schorzeń kręgosłupa. Jest autorem licznych publikacji naukowych o tej tematyce. Był autorem rozprawy doktorskiej pt. „Guzy nowotworowe i nienowotworowe kręgosłupa w aspekcie neurochirurgicznym” oraz rozprawy habilitacyjnej pt. „Choroby kręgosłupa powodujące niestabilność w odcinkach piersiowym i lędźwiowym. Leczenie operacyjne w wykorzystaniem dojścia tylnobocznego”.

Profesor był aktywnym organizatorem działalności szkoleniowej i naukowej na arenie lokalnej i krajowej. W 1999 r. został sekretarzem czasopisma „Neuroskop” – pierwszego w Polsce czasopisma o tematyce wyłącznie neurochirurgicznej. Był również członkiem komitetu redakcyjnego czasopism: „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, „Polish Spine Journal”, „Issues of Rehabilitation, Orthopedics, Neurophysiology and Sport Promotion – IRONS”. Pełnił funkcję recenzenta w czasopismach: „Neurologia i Neurochirurgia Polska” i „Medical Science Monitor”. W 1998 r. był członkiem komitetu organizacyjnego Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów „Problemy współczesnej diagnostyki i terapii w neurochirurgii”.

Profesor Roman Jankowski był szczególnie ceniony przez studentów i młodych pracowników nauki za zaangażowanie w ich rozwój i codzienne wsparcie. Był wieloletnim opiekunem Studenckiego Koła Naukowego działającego

przy Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii. Tak jak przed laty on sam zdobywał nagrody na konferencjach naukowych, tak teraz jego studenci z wieloma sukcesami podążali wytyczoną przez niego drogą – dając mu tym niekłamną radość. Ta aktywność przynosiła prof. Jankowskiemu wiele satysfakcji, SKN było jego „oczkiem w głowie”. Był również opiekunem specjalizacji czterech lekarzy, jednej habilitacji oraz siedmiu doktoratów. Za swoje osiągnięcia naukowe i dydaktyczne był wielokrotnie nagradzany m.in. przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministra Zdrowia oraz Rektora UMP.

Pomimo licznych zobowiązań naukowych i dydaktycznych nie unikał codziennej ciężkiej i niejednokrotnie żmudnej pracy w szpitalu. Był wymagający, ale przede wszystkim dla siebie. Często odciążał współpracowników, sam obarczając się dodatkową pracą. Z czasem sala operacyjna, dyżury i poradnia pochłonęły profesora całkowicie. Szybko stał się niekwestionowanym autorytetem w swojej dziedzinie i dzielił się swoją wiedzą z innymi specjalistami.

Jego dyżurka – maleńki pokoik na Pododdziale K3 stał się prawie jego drugim domem. Nie zmienił go pomimo kolejnych awansów zawodowych. Ponadto, a może przede wszystkim, był uosobieniem dobra, skromności, serdeczności i empatii. Każdy mógł liczyć na jego pomoc, ujmujący uśmiech i kompetentną poradę. Potrafił stworzyć w klinice niezwykle przyjazną atmosferę dla pracy zawodowej, pamiętał o wszystkich uroczystościach, składał życzenia, a jego spokój udzielał się innym. Chętnie uczestniczył w rozmowach o rodzinach i dzieciach współpracowników – bardzo go odprężyła i rozbawiała, często ciepło je komentował. Bardzo dbał o starszych, byłych pracowników, którym pomagał rozwiązywać najróżniejsze sytuacje życiowe. Niestrudzenie, przez wiele lat opiekował się nieuleczalnie chorymi kolegami.

Niezwykle sumiennie i z pełnym zaangażowaniem i oddaniem pomagała mu w realizowaniu codziennych obowiązków zawodowych, a także naukowych pielęgniarka oddziałowa dr n. med. Danuta Garczyk. Razem tworzyli prawdziwy *dream team* – świetnie wzajemnie się rozumieli i obdarzali bezgranicznym zaufaniem.

Odszedł nagle, w dniu, w którym dokładnie 30 lat temu zmarł jego mistrz i nauczyciel prof. Bronisław Stachowski – czy to tylko zwykła zbieżność dat? A może coś więcej...

Odszedł wspaniały człowiek, świetny specjalista neurochirurgii, który z ogromnym oddaniem i autentycznym zaangażowaniem podejmował najtrudniejsze wyzwania, jakie nasza specjalność stawia przed swoimi adeptami. Był osobą skromną, lecz wszystkie jego poczynania zawodowe cechowała troska o jak najwyższą jakość działania.

Tak trudno się rozstać, Panie Profesorze – nie zawsze dane nam jest dokończyć to, co sobie zaplanowaliśmy. Zostało tyle rzeczy do zrobienia. Obiecujemy kontynuować Twoją wieloletnią misję tworzenia bezpiecznego i przyjaznego miejsca opieki dla pacjentów i pracy dla zespołu.

Pana prof. Romana Jankowskiego będziemy mieć zawsze w sercach – wdzięczni za jego szlachetną obecność w naszym życiu, pamiętając go jako dobrego i życzliwego człowieka, empatycznego lekarza, wybitnego specjalistę neurochirurga oraz wspaniałego dydaktyka i naukowca. ■

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

**LEKARZY  
MEDYCYNY  
RODZINNEJ,  
INTERNISTÓW,  
PEDIATRÓW**

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

**Dyrekcja Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego  
im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym SP ZOZ  
ZATRUDNI**

**SPECJALISTĘ NEUROLOGII  
W PORADNI NEUROLOGICZNEJ**

Miejsce pracy: ul. Szwajcarska 3, Poznań

Wymagania:

- aktualne prawo wykonywania zawodu
- specjalizacja w zakresie neurologii

Oferujemy:

- zatrudnienie na umowę cywilnoprawną
- bardzo dobre i stabilne warunki pracy w doświadczonym zespole

List motywacyjny wraz z CV prosimy kierować na adres:  
**dyrekcja@szpital-strusia.poznan.pl**



**NOBEL TOWER**

Centrum Medyczne Nobel Tower  
**udostępni  
nieodpłatnie**

w ramach współpracy nowoczesnie  
wyposażone gabinety lekarzom  
następujących specjalizacji: neurolog,  
chirurg, internista, onkolog, ortopeda,  
pulmonolog, endokrynolog,  
reumatolog, urolog

Liczba gabinetów ograniczona!

**Centrum Medyczne Nobel Tower**  
Poznań, ul. Dąbrowskiego 77A  
tel. 693 206 496  
e-mail: akearney@nobeltower.pl  
www.nobeltower.pl



**aquatest**  
Laboratorium Badawcze

Posiadasz autoklaw?  
**Nasza usługa jest dla Ciebie!**

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

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



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

Tel.: 507 240 507 [www.aquatest.pl](http://www.aquatest.pl) [biuro@aquatest.pl](mailto:biuro@aquatest.pl)

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

**LEKARZY** następujących specjalizacji:

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

**na preferencyjnych warunkach finansowych**

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

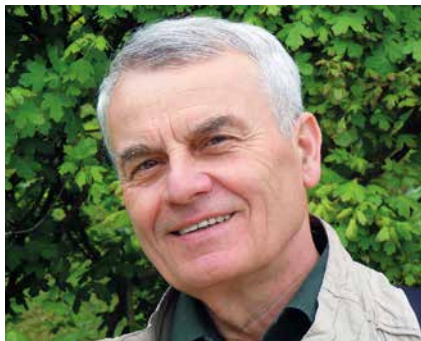
Każdy kto zgłosi pomysł na zabiegi ambulatoryjne,  
zabiegi jednego dnia, także w znieczuleniu ogólnym,  
(zabiegi/badania endoskopowe, np. gastroskopia,  
endoskopia etc.)

**jest u nas mile widziany**

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

## Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



### Dama z Olkusza

Pewna przemądrzała damulka z Olkusza  
Nie wierzyła w pandemię koronawirusa.  
Nosiła, owszem, sukienki, bluzeczki,  
Haleczki, ale stroniła od maseczki.  
Złapała covid. Dziś z trudem się porusza.

### Saturacja(?)

Ponieważ jestem do wspomnień skory,  
Do dziś pamiętam uliczne saturatory.  
Nie była to wcale filmowa metoda  
Na ożywienie: „whisky and soda”,  
Bo po tamtej saturacji niejeden był chory.

### Marzenie

Z piękną dziewczyną o figurze świetnej  
Być i znaleźć się z nią w sytuacji sekretnej:  
Wtedy *scent of a woman* – zapach kobiety,  
Feromony, miękkość skóry... Niestety –  
Pozostaje Szekspir, Hipolita  
i „Sen nocy letniej”.

### Sekssaper

Pewien saper, który nie wyglądał jak zombie,  
Miał na sumieniu dziewcząt hekatombę,  
A że był to proceder zgubny,  
Zakończył życie w sposób niechlubny,  
Bo poległ biedak, rozbrajając seksbombę.

### Życiowy przepis

Nie jest to maksyma na miarę odkrycia  
Kolumba, lecz w sercach naszych do wyrzycia  
Jak w kamieniu, i do stałego stosowania  
Bez zbędnego filozofowania:  
Że dobre zasady są przyprawą życia.

### Wierszyk lubi-lata

Pewien niemłody medyk z Puszczykowa  
Kiedyś zaczął słowa układać, rymować.  
A ponieważ jest człowiekiem czynu,  
Wysłał swoje wiersze do Biuletynu  
WIL-u. I już 10 lat mąci Wam w głowach.



## BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.



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

Kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL  
redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski  
członkowie redakcji: Krzysztof Ożegowski, Dariusz Tuleja, Andrzej Piechocki,  
Przemysław Ciupka

**Na zlecenie WIL wydany przez**

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań  
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: [termedia@termedia.pl](mailto:termedia@termedia.pl)  
<http://www.termedia.pl>

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



**Dyrekcja Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego  
im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym SP ZOZ**

### ZATRUDNI

**Specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii  
w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

**Miejsce pracy:** ul. Szwajcarska 3 Poznań

**Wymagania:** aktualne prawo wykonywania zawodu  
specjalizacja w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii

**Oferujemy:** zatrudnienie na umowę cywilnoprawną  
bardzo dobre i stabilne warunki pracy w doświadczonym zespole

List motywacyjny wraz z CV prosimy kierować na adres:

**dyrekcja@szpital-strusia.poznan.pl**

### ODDAM W NAJEM

**Gabinet lekarski i stomatologiczny**

na osiedlu Marcelin 2 (ul. Świerzawska, Poznań)

**Zatrudnię ASYSTENTKĘ STOMATOLOGICZNĄ**

**Tel. kontaktowy 600 472 139**

**vigor + med**

**Specjalistyczne Centrum Medyczne Vigor Med w Lesznie  
ma przyjemność zaprosić do współpracy**

**LEKARZY ze specjalnością w dziedzinie  
dermatologii i wenerologii, urologii,  
okulistyki oraz medycyny rodzinnej**

**Szczegółowe informacje o warunkach zatrudnienia  
można uzyskać pod nr tel. 603 624 127**

**NZOZ w centrum Poznania zatrudni specjalistów  
lub w trakcie specjalizacji**

**Pediatrów, kardiologów, endokrynologów, okulistów,  
medycyny pracy, urologów, chirurgów, ginekologów  
i innych chcących praktykować prywatnie**  
**Tel. 62 508 16 66 po 19.00**

**JĘZYCKIE CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO (Poznań, ul. Litewska 8)  
POSZUKUJE DO WSPÓŁPRACY**

**LEKARZA PSYCHIATRY dla osób dorosłych i dla dzieci/młodzieży  
ZATRUDNI** w ramach NFZ oraz/lub pilnie do pacjentów prywatnych.

Wymagania według NFZ: lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii/ze  
specjalizacją I stopnia. *Więcej informacji, tel. 507 595 869*

Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w dniu 10.02.2021 r. zmarł przeżywszy 72 lata

**ś.p. Krzysztof Barszczewski**

Spoczął na Cmentarzu Komunalnym  
przy ul. Motylewskiej w Pile  
o czym zawiadamia

**pograżona w smutku i żalu rodzina**

**BEZ WIZYTY W URZĘDZIE SKARBOWYM  
WYSTARCZY JEDEN TELEFON**

**KASY  
FISKALNE  
ONLINE  
DLA LEKARZY**

**OFERUJEMY:**

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

**61 661 99 00**

**biuro@partner.poznan.pl**

**POZNAŃ  
ul. FABRYCZNA 1  
PARTNER**

### Maj 2021 w izbie

- 08 maja posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 09 maja posiedzenie ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 10 maja certyfikowany przez ERC kurs ALS – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne osób dorosłych – I dzień
- 11 maja certyfikowany przez ERC kurs ALS – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne osób dorosłych – II dzień
- 12 maja kurs w formie wideokonferencji dla lekarzy w trakcie specjalizacji – Ratownictwo medyczne – I dzień
- 13 maja kurs w formie wideokonferencji dla lekarzy w trakcie specjalizacji – Ratownictwo medyczne – II dzień
- 14 maja warsztaty dla lekarzy w trakcie specjalizacji – Ratownictwo medyczne – III dzień
- 15 maja warsztaty dla lekarzy w trakcie specjalizacji – Ratownictwo medyczne – IV dzień
- 16 maja warsztaty dla lekarzy w trakcie specjalizacji – Ratownictwo medyczne – V dzień
- 17 maja certyfikowany przez ERC kurs ILS – Natychmiastowa pomoc w stanach nagłych
- 18 maja kurs on-line w zakresie obowiązków związanych z kasami fiskalnymi on-line dla środowiska lekarskiego
- 19 maja posiedzenie on-line Komisji ds. Młodych Lekarzy
- 20 maja obiegowy XLIV OZL WIL – I dzień
- 21 maja kurs on-line dla lekarzy dentyistów – Choroby błon śluzowych
- 22 maja obiegowy XLIV OZL WIL – II dzień
- 23 maja obiegowy XLIV OZL WIL – III dzień
- 24 maja obiegowy XLIV OZL WIL – IV dzień
- 25 maja warsztaty dla lekarzy w trakcie specjalizacji – Ratownictwo medyczne
- 26 maja warsztaty dla lekarzy w trakcie specjalizacji – Ratownictwo medyczne
- 27 maja warsztaty dla lekarzy w trakcie specjalizacji – Ratownictwo medyczne
- 28 maja warsztaty dla lekarzy w trakcie specjalizacji – Ratownictwo medyczne
- 29 maja warsztaty dla lekarzy w trakcie specjalizacji – Ratownictwo medyczne
- 30 maja warsztaty dla lekarzy w trakcie specjalizacji – Ratownictwo medyczne
- 31 maja warsztaty dla lekarzy w trakcie specjalizacji – Ratownictwo medyczne
- poniedziałki kursy językowe
- środy spotkania Zespołu Kameralnego WIL
- wtorek, piątek spotkania Chóru WIL

9 OGÓLNOPOLSKI

# KONGRES STARZENIA

PACJENT 65+ W CODZIENNEJ  
PRAKTYCE LEKARSKIEJ

ONLINE / 8–11 CZERWCA 2021

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ  
ZESKANUJ KOD QR



## WIOSENNO-LETNIA SZKOŁA TYREOLOGII 2021

17–18 CZERWCA 2021

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ  
ZESKANUJ KOD QR



## IV PUŁAPKI W ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NIE TYLKO DLA REZYDENTÓW

23–25 CZERWCA 2021

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ  
ZESKANUJ KOD QR



 POLSKIE TOWARZYSTWO  
LECZENIA RAN

## II WARSZTATY DOBREJ PRAKTYKI LECZENIA RAN

JAK POSTĘPOWAĆ  
Z TRUDNO GOJĄCYMI SIĘ RANAMI?

23–25 CZERWCA 2021 | ONLINE

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ  
ZESKANUJ KOD QR

