



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Październik 2020

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 287

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



DAMA Z KOTEM

Michalina z Piotruszewskich zadumana. Próbuje się uśmiechać, ale oczy nie nadążają za mimiką. Narzuciła na ramiona szal przetykany złotą nicią, postrzępiony na brzegach, ozdobiony frędzlami, guzkami, aplikacjami i delikatnym haftem. Spod chusty wygląda szlafrok, namalowany od niechcienia, grubymi warstwami farby, szerokimi pociągnięciami pędzla.

Portret żony artysty z kotem Konrada Krzyżanowskiego to chyba największy malarski skarb Muzeum Śląska Opolskiego. Mało brakowało, a przepadłby zniszczony. Zaraz po wojnie odnalazł go na zamku Książ pewien leśniczy. Żołnierze sowieccy urządzili sobie zawody w rzucaniu nożem do smutnej pani. Wygrywał ten, kto trafił w oko. W 1961 roku płótno, całe w strzępach, przyniósł Andrzejowi Basajowi (dziś profesor zwyczajny Akademii Sztuk Pięknych we Wrocławiu) kolega z liceum plastycznego. – *Kupisz?* – zaapytał Grześ W. – *Oddam za pięćset.*

– *Pięćset to była połowa maminej pensji. Za pięćset można było kupić dzinsy* – opowiadał Profesor. – *W mieszkaniu przy Marka z Jemielnicy mieliśmy poniemiecką szafę, z głowami lwów i niedźwiedzi. Zwinięty w rulon portret przeleżał za nią kilka miesięcy. Któregoś dnia Grześ przyszedł z nowiną: pójdzie do muzeum. Uciulali pięćset złotych!*

Portret Krzyżanowskiego wisi dziś w reprezentacyjnym miejscu, pomiędzy obrazami wybranymi nieprzypadkowo.

Kompozycja, z zaskakującymi związkami i współzależnościami, zachęca patrzącego do wyobrażania sobie rozmów po zmroku, kiedy ostatni widzowie opuszczają salę. Wtenczas płótna przekomarzają się, plotkują, szeleszczą...

Po lewej płaszcza się *Bielany* Stanisława Czajkowskiego. Stanowią preludium, zapowiedź tego, co się pojawi na pierwszym planie. Kolor pól koresponduje z tapicerką sofy – ta sama zgniła zieleń. Po drugiej stronie, na Pejzażu Leona Wyczółkowskiego granatowieją wierzchołki gór, zbudowane z ultramaryn i błękitów pruskich, zupełnie jak ściana na portrecie. Nieco dalej rozsiadł się *Rektor* opowiedziany przez Wojciecha Weissę. Ważna figura, więc i poza, i mina uroczyste. A tuż za nim wychyla się aktorka dramatyczna – Koyałłowiczówna. I ona wyszła spod pędzla Krzyżaka – tak nazywali Konrada Krzyżanowskiego studenci i przyjaciele. Urzekająca, swobodna i zalotna.

Dopiero w takiej scenerii można w pełni podziwiać Michalinę z Piotruszewskich. Patrzy w dal, zobojętniała, bierna, sobotnio- niedzielna. Nie błyszczy ani zachęca, czarny kot ma chyba więcej wdzięku niż modelka. To on chce królować, więc się przeży, wyciąga szyję, marszczy brwi. Jednak wystarczy zmrużyć oczy i kocur znika, zlewa się z zielenią kanapy. Najjaśniejszą plamą pozostaje podomka, włożo-

na na przekór losowi, na złość mężowi, który całymi dniami przesiadywał w swojej szkole malarskiej przy ulicy Wspólnej w Warszawie.

Jaka dziwna ta przekora Michaliny z Piotruszewskich. Upięła misterny kok, wcisnęła na palec pierścionek подарowany tego lata, kiedy oboje byli zakochani i zamknęła się w ciasnej obręczy rąk.

Konrad Krzyżanowski zmarł w 1922 roku, miał pięćdziesiąt lat. Michalina przeżyła powstanie warszawskie i czasy stalinowskie. Do końca mieszkała w kamienicy pod nietoperzami przy Koszykowej 24. Kiedy dokwaterowano jej przypadkowych lokatorów, pozbierała męzowskie portrety, zasłoniła nimi całą niebieską ścianą i coś tam mówiła do siebie. Namalowanej.

Agnieszka KANIA



Konrad Krzyżanowski *Portret żony artysty z kotem*, 1912, olej na płótnie

OD REDAKCJI



Już jesień! Nastala pora roku, której – w aspekcie pandemii COVID-19 – wszyscy obawiali się najbardziej. W chwili, gdy piszę te słowa nic jeszcze nie jest wiadome. Trwają przepychan-

ki między Ministerstwem Zdrowia a naszymi Kolegami i Koleżankami z POZ-tów o to, kto ma przyjąć na siebie główny ciężar spodziewanego uderzenia sił połączonych koronawirusów (COVID-19 i grypy). Gdy będziecie to czytać być może wiele wątpliwości i niewiadomych

z I połowy września zostanie już wyjaśniona. Pewnie też na wiele pytań postawionych w materiałach o pandemii, które zamieszczam w tym numerze Biuletynu – będą już istniały odpowiedzi. Wiem, że wszyscy jesteśmy już zmęczeni tym ciągłym walcowaniem tego tematu, ale wszyscy na świecie dziś tym nadal żyją.

Mimo to zachęcam do lektury, bo starałem się wybrać teksty ciekawe. Czy tak jest rzeczywiście – przekonajcie się sami. Życząc dobrej lektury żegnaj się do następnego miesiąca.

Jerzy B. LACH



Koleżanki! Koledzy!

Koniec lata przyniósł nam zmianę na stanowisku Ministra Zdrowia. Pojawił się nowy człowiek, niby nieznamy - a jednak znany. 26 sierpnia br. Prezydent Andrzej Duda wręczył akt powołania na urząd Ministra Zdrowia dotychczasowemu Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia Adamowi Niedzielskiemu. Pierwszy raz od 16 lat na czele resortu zdrowia stanął minister, który nie jest lekarzem, a doktorem nauk ekonomicznych. „Moim przesłaniem będzie: wszystkie ręce na pokład! Zapraszam do współpracy, jestem osobą otwartą na współpracę...”. Te słowa zostały wypowiedziane na konferencji prasowej, zorganizowanej z byłym już ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim. Faktycznie minister zdrowia, jak na razie, jest pełen dobrych chęci. W krótkim czasie po objęciu urzędu wprowadził nowe zasady kwarantanny i izolacji, zapowiedział, że nie będzie drugiego lockdownu i zamrażania gospodarki. 4 września 2020 r. minister zdrowia Adam Niedzielski był także gościem na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej. W swoim krótkim wystąpieniu wydawał się być otwarty na problemy Samorządu, czego wyrazem było zaproszenie Prezesa

SZPALTA PREZESA

Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Matyję do ścisłego zespołu doradczego resortu zdrowia. Ponadto Minister Zdrowia wyraził wolę ustawowych rozwiązań z promowaniem systemu „no-fault” dla lekarzy i lekarzy dentytów w odpowiedzi na art. 37a k.k. Można by powiedzieć, że pojawiło się światelko w tunelu... Przedstawił także główne założenia ogłoszonej 3 września strategii walki z koronawirusem na jesień tego roku. Jak wiemy, jednym z głównych - a właściwie najważniejszym - filarem tej strategii jest włączenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do walki z wirusem, łącznie z testowaniem pacjentów w kierunku COVID-19. Ale postanowienia te zostały ustalone ogólnie, a jak do tej pory lekarze rodzinni są temu przeciwni, by cały ciężar walki z koronawirusem spadł na ich barki. Rozmowy trwają i w momencie, gdy to piszę nic nie zostało przesądzone. Sytuacja w ochronie zdrowia jest bardzo trudna i, jak wiemy, same dobre chęci nie wystarczą. Ciągłe mamy nadzieję na zmiany, korzystne dla naszej sfery zawodowej i dla pacjentów, ale... No właśnie! Zawsze jest jakieś „ale”. Mimo wszystko pozostaję optymistką, czego i Państwu życzę.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU



W związku z nadal utrzymującym się stanem epidemii COVID-19 w Polsce, kolejne posiedzenie Rady odbyło się w dniu 12 sierpnia br. internetowo. W posiedzeniu udział wzięło 14 osób, a Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Lek. Małec Dorota-Krystyna złożyła wniosek o wpis na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej (przeniesienie z OIL w Białymstoku) - Rada jednogłośnie podjęła Uchwałę w tej sprawie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

O wykreślenie z rejestru praktyk złożył wniosek 1 lekarz - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Brak wniosków.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak wniosków.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Z powodu nieosiągnięcia przychodów wnioski o zwolnienie z opłacania składki członkowskiej złożyło czterech lekarzy - uchwały podjęto jednogłośnie.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

W dniu 25.06.2020 r. odbyło się posiedzenie Rady OOW NFZ, w której wziął udział Skarbnik ORL Jerzy Jakubiszyn. Posiedzenie miało formę wideokonferencji. Jedynym punktem programu było zatwierdzenie planu finansowego na 2021 rok. Niedobór przewidywanych przychodów w przyszłym roku to 47 mln. złotych.

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezydium skorzystało z nadanych mu uprawnień i podjęło uchwały o pozytywnym zaopiniowaniu kandydatury dr Sławomira Tubka na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych (kontynuacja) i dr

hab. n. med. Justyny Paprockiej na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neurologii dziecięcej (odstąpiono od rozmowy z kandydatem ze względu na stan epidemii).

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dr W. Derkowski poinformował pismem o wszczęciu postępowania wyjaśniającego dotyczącego niezwyfikowanej naukowo działalności, prowadzonej przez dwóch lekarzy.

Po interwencji Prezes OIL w Opolu, Wojewoda Opolski poinformował pisemnie o uchyleniu decyzji z dn. 10.06.2020 r. kierującej powtórnie dr Martę Szostakiewicz do pracy w szpitalu jednoimiennym w SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle.

Prezydium na swoim posiedzeniu przyjęło Stanowisko (patrz poniżej) popierające postulaty środowisk medycznych (inicjatywa Stowarzyszenia Chirurgów SKALPEL). Manifestacja odbyła się 8.08 br. w Warszawie.

Wojewoda Opolski pismem z dn. 29.VII.2020 r. poinformował o czasowym wstrzymaniu procedowania wniosków Opolskiej Izby Lekarskiej, dotyczących nadania odznaczeń „Za zasługi dla ochrony zdrowia” w związku z trwającą epidemią Covid-19.

Opolska Izba Lekarska zajęła 7 miejsce w Pucharze Izb Lekarskich, organizowanym przez Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy w sezonie 2019/20.

Firma APLAN MEDIA Sp. z o.o. zwróciła się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej za publikacje w Biuletynie Informacyjnym Opolskiej Izby Lekarskiej i na stronie internetowej naszej Izby artykułów dla Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, poświęconych e-zdrowiu. Kolega Lach, Redaktor Naczelny naszego Biuletynu jest przeciwnikiem tego typu akcji, ale decyzję pozostawił Radzie. Z przesłanych informacji wynika, że zgoda na takie publikacje jest obwarowana wieloma warunkami, chociażby o braku ingerencji w treść materiału. Rada nie zaakceptowała udostępnienia strony Biuletynu Informacyjnego OIL w Opolu (6 głosów - przeciw, 2 głosy - za, 8 głosów wstrzymujących się).

Wobec wyczerpania porządku obrad za tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Opolu
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Opolu
Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Stanowisko
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
z dnia 22 lipca 2020 r.
w sprawie poparcia akcji protestacyjnej środowisk medycznych

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w pełni identyfikuje się z założeniami akcji protestacyjnej środowisk medycznych, zapowiedzianej na 8 sierpnia br. Dotychczasowe działania Ministerstwa Zdrowia, a właściwie pozorowanie działań, w obliczu epidemii COVID-19, uwypukliły wszystkie nierozwiązane dotąd problemy, związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z oburzeniem stwierdza, że dla władzy publicznej ważniejsze jest dokonywanie zmian w Kodeksie karnym i straszenie

lekarzy karami pozbawiania wolności lub pozbawiania prawa wykonywania zawodu, niż zapewnienie realnego wzrostu publicznych nakładów na ochronę zdrowia.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu zwraca również uwagę na bezprecedensowe lekceważenie przez Ministerstwo Zdrowia apeli i stanowisk Samorządu Lekarskiego, co jest tym bardziej niezrozumiałe, że niespotykana we współczesnej dobie pandemia wymaga współpracy Ministerstwa Zdrowia oraz całego środowiska lekarzy i lekarzy dentyków.

Sekretarz
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Opolu
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Opolu
Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

KORONAWIRUS NIE ODPUSZCZA

Decyzją Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy odwołany został kolejny turniej, tym razem w Zielonej Górze. Pozostaje nam popracować nad techniką i teorią „białego sportu”. W ramach naszego tenisowego sprawozdania chciałbym pogratulować kolejnego złotego medalu w kat. 75+ Turnieju w Chrzastowicach i przedstawić sylwetkę nestora opolskiego tenisa lekarskiego dra Zbigniewa Nanowskiego.

Dr Zbigniew Nanowski, laryngolog (ur.1944 w Krakowie) jest tenisowym samoukiem. Jego „trenerami” byli najlepsi tenisisci lat 80. i 90., których oglądał w telewizji i starał się ich naśladować. Grać w tenisa zaczął bardzo późno, bo mając ponad 50 lat.

W turnieju organizowanym przez Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy zagrał po raz pierwszy 20 lat temu i odpadł w pierwszej rundzie. Natomiast rok 2019 zakończył na pierwszym miejscu w rankingu PSTL w kategorii singiel i debel +75.

Jest wielokrotnym finalistą Mistrzostw Polski - ostatnio złoty medal w Poznaniu, halowym Mistrzem Polski z roku 2019 i brązowym medalistą Mistrzostw Świata Lekarzy, które odbyły się w 2019 roku w Wilnie.

Zawsze lubił sportowe wyzwania. Grał w koszykówkę, hokej i uprawiał żeglarstwo. Samodzielnie zbudował jacht regatowy „Sportina” i brał udział w regatach żeglarskich. W roku 2003 zajął trzecie miejsce w regatach jachtów kabinowych, a w 2004 pierwsze miejsce i puchar LOK Opole na jeziorze Turawa. Jest również pasjonatem szybkich motocykli. Posiada motocykle Suzuki Katana i Suzuki Savage, uważane za klasyki w swoich klasach.



Obecnie, już na emeryturze, powrócił do tenisa i w swojej kategorii na każdym turnieju jest jednym z faworytów. Nadal jest czynny zawodowo. Pracuje w Opolu.

Drogi Zbyszkule! Życzę Ci jeszcze wielu sukcesów tenisowych, pogody ducha i zdrowia, które w obecnych czasach jest naprawdę ponad wszystko.

Krzysztof PARTYKA

REGNIER DE GRAAF (1641–1673)



Regnier de Graaf urodził się 30 lipca 1641 r. w miejscowości Schoonhoven w Holandii. Żył w czasach panowania w Polsce króla Jana Kazimierza i Potopu Szwedzkiego. Po studiach medycznych w Delft podjął prywatną praktykę lekarską w tym mieście. Będąc jeszcze studentem medycyny opublikował pierwszą pracę pt. „De Succi Pancreatici Natura et Usu”, w której opisywał własne doświadczenia nad przetokami trzustkowymi i funkcją soku trzustkowego w procesach trawienia.

W roku 1668 ukazała się jego druga praca pt. „De Virorum Organis Generationi Inservientibus” traktująca o anatomii męskich narządów płciowych. Szczególnie pionierskie w tej pracy były dokładne opisy nasieniowodów i kanalików nasiennych jądra.

W roku 1672 opublikował kolejną (a zarazem ostatnią) pracę, która przyniosła mu światową sławę. Było to wspaniale ilustrowane dzieło pt. „De Mulierum Organis Generationi Inservientibus”, zawierające szczegółowe opisy kobiecych narządów płciowych, przy czym na wyjątkową uwagę zasługiwały opisy krążenia krwi oraz systemu limfatycznego miednicy mniejszej. Rewelacją tej pracy były liczne opisy schorzeń kobiecych narządów płciowych, jak np. mięśniaków macicy oraz niedrożności jajowodów. Olbrzymią sławę przyniósł de Graafowi rozdział XIII, który dotyczył anatomii i fizjologii jajników.

Aby zrozumieć doniosłość odkrycia pracę należy sięgnąć do historii. Już za czasów Arystotelesa przyjmowa-

no, że jaja ssaków powstają w macicy podczas miesiączki jako wynik aktywacji przez nasienie męskie. Po raz pierwszy krytykę tej koncepcji przeprowadził przyboczny lekarz cesarzy rzymskich Galen w II wieku naszej ery, wg którego w jajnikach powstaje nasienie kobiece, które poprzez jajowody dostaje się do macicy, gdzie zmieszane z nasieniem męskim daje koagulat, z którego rozwija się zarodek.

W roku 1666 Jan Swammerdam odkrywca erytrocytów (podobnie jak de Graaf - Holender) wysunął hipotezę, wg której komórka jajowa ma powstać w jajniku. W 6 lat po ogłoszeniu tej teorii pojawiła się wyżej wymieniona praca de Graafa. W rozdziale XIII tego dzieła de Graaf po raz pierwszy opisał obecność w jajnikach pęcherzyków, które nierozdzielnie związane zostały z jego nazwiskiem. De Graaf podał nie tylko ich lokalizację w jajnikach, ale również opisał ich strukturę anatomiczną, ilustrując swoje obserwacje licznymi rycinami sekcjonowanych jajników zwierząt i ludzi.

Dzisiaj doskonale wiemy na czym polegał wielki błąd odkrycia de Graafa. Otóż opisywane przez siebie pęcherzyki uważał on za komórki jajowe, które - jak wiemy dzisiaj - powstają w obrębie wzgórka jajonośnego dojrzewającego pęcherzyka Graafa. Musimy jednak ten błąd mu wybaczyć, ponieważ jego genialne odkrycie przypadło jeszcze na erę przedmikroskopową.

Dalsze dzieje życia niezwykle genialnie zapowiadającego się de Graafa były jednak tragiczne. W kilka tygodni po ukazaniu się jego dzieła, wyżej wspomniany Swammerdam przypisał sobie całkowicie odkrycie de Graafa, oskarżając go o plagiat i - pomimo ostrego sprzeciwu profesorów największego holenderskiego uniwersytetu w Utrechcie - nie cofając się przed publicznymi najostrzejszymi pamfletami i oskarżeniami. Te oskarżenia były przyczyną nagłej i niespodziewanej przedwczesnej śmierci de Graafa o nieznaną przyczynę 17 sierpnia 1773 - zaledwie rok po ogłoszeniu jego wspaniałego dzieła. De Graaf żył zaledwie 32 lata.

Poglądy de Grafa ostatecznie obalił Carl Ernest von Baer (1792–1876), który opisał komórki jajowe ssaków. Był on profesorem anatomii w Królewcu i Petersburgu.

Dzisiaj wiemy, że owulacja odbywa się pod wpływem hormonów gonadotropowych zazwyczaj w połowie cyklu miesięczkowego, co zawdzięczamy badaniom Ogiño-Knausa.

Niejednokrotnie czynniki wewnętrzne, jak i zewnętrzne (emocje, stres) mogą powodować wyprodukowanie jednorazowo większej liczby komórek jajowych. Stąd cięża mnogie:

- bliźnięta zdarzają się raz na 85 porodów,



- trojaczki raz na 852 porodów, a więc 1 raz 7.225 porodów,
- czworaczki raz na 853 porodów, a więc 1 raz na 614.125 porodów,
- pięcioraczki raz na 854 porodów, czyli 1 raz na 52.200.625 porodów.

Opisano 3 porody sześcioraczek. Natomiast w miejscowości Hameln w Niemczech znajduje się tablica nagrobna siedmioraczek, ale przypadek ten jest uznawany za niesprawiedliwy – wg tej tablicy 2 chłopców i 5 dziewczynek miało przeżyć 11 dni.

W przedwojennej i powojennej historii Opola nigdy na świat nie przyszły czworaczki. Natomiast przed 20 laty w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym im. dr S. Moszora w Opolu urodziły się pięcioraczki: trzy dziewczynki i dwaj chłopcy. Matka, która była pierwiastką, przeżyła hormonalną stymulację owulacji. Ciążę rozwiązaliśmy oczywiście cięciem cesarskim, przy czym masa urodzeniowa noworodków wahała się od 1200 do 1900 gramów. Wszystkie noworodki urodzone były w stanie ogólnym

dobrym oraz w dobrym stanie wypisane do domu. Był to drugi przypadek w Polsce urodzenia zdrowych pięcioraczek. Pierwszy miał miejsce w Gdańsku w latach pięćdziesiątych. W czasie pobytu w naszym szpitalu Polskie Radio przeprowadziło wzruszającą audycję z udziałem lekarzy biorących udział w cięciu cesarskim oraz poprzez łączy z obiema matkami pięcioraczek. Ojcem chrzestnym opolskich pięcioraczek został arcybiskup Alfons Nosol. Nasze pięcioraczki są już dorosłe, zaś ich mama przed 5 laty urodziła córeczkę.

Oprócz ciężych mnogich wielojajowych bardzo rzadko obserwuje się ciężych mnogie jednojajowe, kiedy po zapłodnieniu komórka jajowa dzieli się na kilka zarodków. Najsłynniejsze w historii położnictwa są tzw. jednojajowe pięcioraczki kanadyjskie urodzone w Ontario w roku 1933. Było to tak niezwykle wydarzenie, że światową wystawę EXPO zorganizowano w Kanadzie, podczas której w częściowo oszklonym domu można było podziwiać idealnie do siebie podobne bawiące się dziewczynki.

Prof. dr n. med. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

EPIDEMIA NIESTETY POZOSTAJE Z NAMI

Na efekty nie trzeba było długo czekać. Profesor Krzysztof Simon, ordynator Oddziału Zakaźnego wrocławskiego szpitala przy ul. Koszarowej, o poluzowaniu niektórych obostrzeń mówił bez ogródek i – jak podkreślał – świadomie: *To jest idiotyzm. Rząd pośpieszył się. Kto podjął decyzję, żeby tak to odkręcić? Kto za to odpowie? U nas nie ma osób odpowiedzialnych za błędne decyzje – powiedział w rozmowie dla Radia Zet.*

Jeszcze 21 lipca Wojciech Andrusiewicz, rzecznik resortu zdrowia, przekonywał w rozmowie z reporterem RMF FM: *Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że dzisiaj blisko połowa przypadków to jest Śląsk i cztery ogniska śląskie i zwrócimy uwagę na pozostałe regiony kraju, jeżeli weźmiemy to pod uwagę, to nadal możemy mówić, że w dużej części kraju ta epidemia jest marginalna. Ja nie mówię, że w całym kraju epidemia jest marginalna. W całym kraju epidemia ustabilizowała się na dość niskim, w porównaniu do innych państw, poziomie. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że przez większą część tygodnia mamy liczbę zakażeń w okolicach 300 na dobę, to porównajmy się do innych państw europejskich. Średnia tygodniowa rośnie w momencie, kiedy pojawiają się ogniska. Tymczasem nie ma zakażeń na ulicach, dzięki czemu możliwe jest poluzowanie dystansu społecznego.*

Zaczyna zanikać optymizm

Temat wnet wraca na czołowe miejsca w mediach, w kolejnych dniach rośnie liczba nowych zakażeń. Kiedy

przekroczy 1000? To pytanie pojawia się coraz częściej. 21 sierpnia Ministerstwo Zdrowia poinformowało o kolejnych nowych i potwierdzonych przypadkach zakażenia koronawirusem. Najwięcej z nich zanotowano na terenie województw: śląskiego (168), małopolskiego (156), mazowieckiego (146), pomorskiego (89), wielkopolskiego (77) i łódzkiego (49). Zmarło 13 osób. Od początku epidemii koronawirusa w Polsce (od 4 marca 2020 r.) odnotowanych zostało 60.281 przypadków zakażenia, zmarło 1.925 osób. Dla porównania: 17 lipca 2020 r. zakażone zostały 353 osoby, a 8 zmarło. Liczba zakażonych w Polsce do tego dnia wyniosła 39.407, zmarło 1.612 chorych.

Nie dziwi zatem, że zaczyna zanikać optymizm budowany na przekazie, iż uporaliśmy się z epidemią COVID-19; dzieci i młodzież wracają do szkół, a studenci na uczelnie. SARS-CoV-2, wirus łatwo przenoszący się między ludźmi drogą kropelkową, znów zaatakował. W mediach coraz częściej mówi się i pisze o jego drugiej fali. Tym groźniejszej, że niebawem sprzymierzonej z jesienną epidemią grypy. Są obawy o trafność diagnoz i terapii w tym czasie, szybkie odróżnienie jednej choroby od drugiej. Są nawet głosy, aby liczba testów sięgała 100 tys. dziennie. Wirusolodzy, epidemiolodzy ostrzegają przed lekceważeniem zasad reżimu sanitarnego. Koronawirus nie zniknął, nie robi sobie przerwy ani na lato, ani na weekendy.

Profesor Bolesław Samoliński, specjalista zdrowia publicznego i alergolog, jest zdania, że wystąpienie drugiej



fali zachorowań na COVID-19 jest wysoce prawdopodobne, co wynika z charakterystyki tego typu epidemii, które miały miejsce w przeszłości. Druga fala epidemii – czytamy na stronie www.interia.pl – uderza zwykle z większą siłą. Tak było w przypadku grypy hiszpanki. Pierwszy rzut choroby, który miał miejsce wiosną, był łagodny, a dopiero drugi – jesienny zebrał potężne żniwo. Podobnie może być z epidemią COVID-19 – powiedział profesor. Jesienią zakażenia spowodowane koronawirusem będą występowały równocześnie z innymi zakażeniami o podobnym przebiegu, wywołanymi przez różnego rodzaju wirusy, z których najpopularniejsze to: rinowirusy, RSV wirusy, wirusy Coxsackie.

W tym roku – kontynuował profesor – może dojść do sytuacji, w której olbrzymia liczba chorych będzie wymagała wzmożonej diagnostyki oraz kwarantanny. Istnieją poważne obawy, że nasz system zdrowia może sobie z taką sytuacją nie poradzić. Ocenia się, że jesienią 2019 r. w Polsce ok. 3 mln obywateli miało objawy infekcji grypowej. Problem polega na tym, że jesienią tego roku zarówno jednych, jak i drugich chorych będziemy musieli traktować jako „COVID dodatnich”, czyli jako zakażonych SARS-CoV-2.

Wirus nie znika

27 lipca w rozmowie z portalem Onet.pl minister zdrowia Łukasz Szumowski mówił: *Pierwsza fala pandemii jest już za nami, ale wirus nie znika. Boimy się na jesieni jednej rzeczy: koincydencji grypy, paragrypy i COVID-19.* Na pytanie, czy czuje strach przed pandemią koronawirusa, odpowiedział: *Oczywiście, że tak. Pamiętajmy, że w tej chwili ruszyły już przygotowania do jesieni. To jest ogromne wyzwanie logistyczne, medyczne i organizacyjne. Bo jeżeli popatrzymy na infekcje górnych dróg oddechowych w czasie sezonowej grypy, to jest to tygodniowo kilkaset tysięcy osób. Pojawia się więc ogromny problem z mieszaniem się potencjalnych chorych na COVID-19 i osób, które mają gripę. To niewątpliwie będzie wyzwanie.* Kilka dni później (30 lipca) minister zdrowia przerwał urlop w związku ze wzrostem liczby zachorowań. Resort ogłosił bowiem, że w ciągu ostatniej doby odnotowano aż 615 nowych przypadków koronawirusa. To wówczas był rekord od początku pandemii w Polsce.

Zrozumiałe, że wobec nowych doniesień wraca zainteresowanie opinii publicznej postęпами badań i prac nad szczepionką. *Najprawdopodobniej z końcem sierpnia będziemy mogli wspólnie świętować opracowanie pierwszego polskiego leku immunologicznego przeciw COVID-19* – powiedział prezes Agencji Badań Medycznych Radosław Sierpiński. Jego zdaniem szczególne nadzieje należy wiązać z testami diagnostycznymi wykrywającymi wirusa, identyfikującymi jego otoczkę. Testy białkowe, tzw. antygenowe, które są opracowywane przez polskich naukowców, być może okażą się strzałem w dziesiątkę. Wynik moglibyśmy bowiem otrzymać w ciągu kilku minut.

Czeka nas katastrofa

Dr Paweł Grzesiowski, immunolog i ekspert do spraw zakażeń, w rozmowie z „Gazetą Wyborczą” przestrzega: *Jeżeli nic się nie zmieni, a rząd nie przygotuje planu na jesień, czeka nas katastrofa. Jeżeli dzisiaj wykonuje się 25–30 tys. testów na dobę, to za kilka tygodni może to być nawet kilkanaście razy więcej. Pacjenci na wynik testu będą musieli czekać nawet kilka dni. Do tego czasu będzie trzeba ich traktować tak, jakby byli zakażeni. Trzeba opracować i wdrożyć system pracy z pacjentami infekcyjnymi. Należy dać również ośrodkom podstawowej opieki zdrowotnej możliwość badania na koronawirusa. Tym sposobem odciążone zostaną szpitale.*

Eksperci oficjalnie podkreślają, że jesienią może czekać nas druga fala epidemii COVID-19. Piotr Müller, rzecznik rządu, zapewnił w Polsat News, że w ostatnich tygodniach „instytucje państwowe przygotowują się do potencjalnego powrotu epidemii wirusa SARS-CoV-2 w większej skali”. Gdy 4 sierpnia odnotowano w ciągu doby 680 nowych i potwierdzonych zachorowań, wirusolog prof. Miłosz Parczewski ostrzegał, że niebezpiecznie zbliżamy się do krytycznej liczby, a wtedy epidemię trudno będzie zahamować. Za chwilę – powiedział portalowi Onet.pl – może być nawet i kilka tysięcy przypadków dziennie, a wtedy przekroczymy stan wydolności systemu w kwestii opieki medycznej i izolacji chorych. Z kolei Andrzej Sośnierz, poseł, były prezes NFZ, powiedział portalowi Interia.pl, że nie opanowaliśmy epidemii, a wręcz straciliśmy nad nią kontrolę, bo nasz system identyfikowania osób zakażonych jest dziurawy, a właściwie nie istnieje. Z każdego ogniska wychodzi grupa zakażona, ale niezidentyfikowana, która rozsiewa epidemię. Tego należało się spodziewać, mając w społeczeństwie wiele osób zakażonych, ale bez objawów. Jego zdaniem „najsłabszym ogniwem tzw. walki z epidemią jest słaba organizacja zadań, które należą do państwa, a nie społeczeństwa. Bo społeczeństwo zachowało się bardzo odpowiedzialnie i długo było zdyscyplinowane. W tym czasie należało przygotować się do aktywnej walki, czyli identyfikowania wszystkich kontaktów, sprawnego pobierania wymazów i szybkiej diagnostyki. Nie zbudowano tego w ostatnich miesiącach, więc mamy to, co mamy”.

Kolorowe powiaty

Od 10 sierpnia – informuje resort zdrowia – w niektórych powiatach będą obowiązywały większe rygory. Chodzi o to, aby w tych powiatach, w których jest największy wzrost zakażeń, wprowadzić znowu obostrzenia (obszary „czerwone”), a tam, gdzie jest nieco mniej zakażeń (obszary „żółte”) – stanowić rygory w mniejszym zakresie i stopniu.

Raport o liczbie wykonanych testów Ministerstwo Zdrowia publikuje raz w tygodniu. 17 sierpnia 2020 r. podaje, że przebadano 2.388.864 próbki. Testy objęły 2.285.508 osób, wykryto 57.279 zakażeń. Jak wygląda to

w poszczególnych województwach? Najwięcej testów na obecność SARS-CoV-2 wykonano w województwie mazowieckim. Przetestowano tam 559.436 próbek. Drugie jest województwo śląskie z wynikiem 272.752, trzecia jest Wielkopolska – 231.272 badania. Najmniej testów zrobiono do tej pory w województwie opolskim – 22.610, lubuskim – 29.660 i na Podkarpaciu – 48.786.

Zdaniem prof. Roberta Flisiaka, prezesa Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, pacjenci coraz rzadziej wykazują ciężkie objawy COVID-19. Obecny wzrost liczby dziennych zakażeń – czytamy na stronie www.wp.pl – jest związany z większą liczbą wykonywanych testów, a nie faktycznym rozprzestrzenianiem się koronawirusa. *Gdyby epidemia przybierała na sile, odnotowalibyśmy większą liczbę pacjentów w szpitalach. W statystykach również byłoby więcej zgonów z powodu COVID-19. Tymczasem statystyki pozostają takie same lub mają tendencję spadkową. Wirus stał się mniej zjadliwy. Jest to naturalna kolej rzeczy, bo wraz z przekazywaniem wirusa przez kolejne osoby ulega on mutacjom. Ostatnio opublikowane badania dowodzą, że na całym świecie jest obecnie co najmniej 6 szczepów koronawirusa SARS-CoV-2.*

Strategia na jesień

Tak czy inaczej w istocie od każdego z nas zależy, jakie doniesienia czytać będziemy za kilka tygodni. Nie brakuje i katastroficznych prognoz. Rzecz w tym, aby do nich nie dopuścić. Rząd zapewnia, że jest przygotowany do jesieni. Strategię resortu przedstawił 19 sierpnia 2020 r. wiceminister Waldemar Kraska. Do tej pory

wykorzystywano co czwarte łóżko zakaźne. Mniej ma być zatem szpitali jednoimiennych (jeden na dwa województwa) i mają one być gotowe do przyjmowania pacjentów z innymi schorzeniami, natomiast we wszystkich szpitalach powiatowych i wojewódzkich mają być urządzane izolatki, a przy każdej z nich stanowisko OIOM.

W przypadku gdy pacjent oczekuje na wynik testu, a jego stan będzie się pogarszał, byłaby możliwość jego transportu do szpitala jednoimiennego. Jest już opracowana logistyka czy przez zespoły ratownictwa medycznego, czy też lotnicze pogotowie ratunkowe. Chcemy, by ci pacjenci trafiali do placówek, które będą im niosły specjalistyczną pomoc jak najszybciej – powiedział wiceminister.

Wspomniana strategia zwiększa rolę lekarza rodzinnego w diagnozowaniu chorych na COVID-19. Zakłada się możliwość, i to już we wrześniu, zlecenia oraz wykonywania przez nich testów na wykrycie koronawirusa tym pacjentom, którzy będą kwalifikowani do niego na podstawie wystandaryzowanej listy. Z kolei laboratoria diagnostyczne mają mieć możliwość przeprowadzenia 60 tys. testów na dobę.

Koniec za 2 lata

22 sierpnia 2020 r. portal Interia.pl informuje: „Mamy nadzieję, że pandemia skończy się w ciągu dwóch lat – powiedział szef Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) Tedros Adhanom Ghebreyesus. Przypomniął, że epidemia grypy hiszpanki, która wybuchła w 1918 r., trwała dwa lata. Dodał, że teraz, gdy ludzie znacznie więcej podróżują, pandemia rozprzestrzenia się łatwiej i szybciej. Mamy jednak technologię i wiedzę, by ją powstrzymać – zapewnił”.

Andrzej PIECHOCKI

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 9/20)

SYSTEMY OCHRONY ZDROWIA NA FRONCIE EPIDEMII: BEZPARDONOWA PRÓBA SIŁ

Globalna pandemia koronawirusa zaskakująco szybko i boleśnie uzmysłowiła nam wszystkim, jak cenną rzeczą jest posiadanie sprawnie zorganizowanego, skutecznego oraz dobrze finansowanego systemu opieki zdrowotnej. W tym trudnym czasie zrozumieliśmy jednak coś jeszcze: nawet w takim systemie nasz wirusowy przeciwnik wciąż może umacniać swoją przewagę. Niestety wygląda na to, że tak właśnie się dzieje.

Lawina decyzji

Uderzenie nowej choroby epidemicznej i jej szybkie rozprzestrzenianie się w naszym kraju uruchomiło lawinę decyzji i działań realizowanych w sytuacji nadzwyczajnej na niespotykaną jak dotąd skalę. Od momentu pojawienia się pierwszych zachorowań w Polsce konieczna była szybka adaptacja modelu wczesnego reagowania do nowych reguł gry narzuconych przez nieznaną wcześniej patogen. Relatywnie wcześniej podjęte działania wprowadzające

obostrzenia w zakresie izolacji społecznej, ograniczenia w przemieszczaniu się oraz wykonywaniu określonych rodzajów działalności gospodarczej pozwoliły w początkowym okresie nieco wyhamować transmisję koronawirusa i „kupić czas” – przede wszystkim dla przeciążonych placówek opieki zdrowotnej, które dzięki temu mogły lepiej przygotować się do wdrożenia niezbędnych procedur, łącznie z zabezpieczeniem dodatkowych środków dezynfekujących oraz ochrony osobistej dla personelu medycznego.

Pozorny paradoks

Nie zmienia to jednak szerszego obrazu niskiej skuteczności krajowego systemu ochrony zdrowia jako całości – to właśnie ten czynnik w dużej mierze zdecydował o wprowadzeniu w skali całego kraju restrykcji społecznych i gospodarczych. Zdaniem ekspertów taka sytuacja nie jest bezpośrednio wynikiem niższego od średniej krajów OECD poziomu finansowania polskiej opieki zdro-





wotnej. Ten pozorny paradoks wynika bowiem z braku systemowego powiązania wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, który notabene nastąpił na przestrzeni ostatniej dekady, z oczekiwaną poprawą skuteczności i dostępności do świadczeń zdrowotnych. Konsekwencje tej sprzeczności wbudowanej w strukturę organizacji systemu, jak można było się spodziewać, nie pomogły polskiej opiece zdrowotnej stanąć na wysokości zadania w tak szczególnej, wymagającej i nieprzewidzianej sytuacji kryzysowej.

Z drugiej strony trzeba zauważyć, że w tej grze nie ma wygranych. Nawet amerykański system ochrony zdrowia, zasilany największymi strumieniami finansowania na świecie, nie był w stanie zmierzyć się z nowym zagrożeniem na tyle skutecznie, by dać budujący przykład innym krajom świata. Skala zagrożenia związana z epidemią koronawirusa i rzeczywistość pełna niespotykanych wcześniej wyzwań przerosła możliwości opieki zdrowotnej największego światowego mocarstwa. Może zatem wiodące, europejskie systemy ochrony zdrowia radzą sobie lepiej z pandemią?

COVID-19 a rankingowa sprawność systemów ochrony zdrowia

Niestety uczciwa odpowiedź na takie pytanie nie pozostawia złudzeń: wirus coraz mocniej okopuje się na naszym kontynencie, niewiele robiąc sobie z pozycji danego kraju w międzynarodowych rankingach sprawności ochrony zdrowia. Wystarczy zestawić ze sobą coroczne pozycje poszczególnych krajów, które od co najmniej kilkunastu lat plasowały się w ścisłej czołówce takich rankingów, z ich obecną sytuacją epidemiczną związaną z COVID-19. Dość łatwo zauważyć można wyraźną prawidłowość: skuteczność państwa w radzeniu sobie z pandemią nie do końca jest zależna od rankingowej sprawności systemu ochrony zdrowia. Wskazują na to przykłady krajów znajdujących się od lat w ścisłej czołówce rankingów efektywności europejskiej ochrony zdrowia.

Takie właśnie zestawienie porównawcze jest publikowane corocznie w zbiorczym raporcie tzw. konsumenckiego indeksu zdrowia (ang. Euro Health Consumer Index, EHCI). Gdy weźmiemy pod uwagę pierwszą dziesiątkę państw z ostatniej edycji raportu i porównamy ich skuteczność w radzeniu sobie z wyzwaniem pandemii w oparciu o szczegółowe statystyki międzynarodowych organizacji skupiających ekspertów z całego świata, łatwo zauważyć, że jedynie pojedyncze kraje zaliczyć można do grupy „zwycięzców” nad koronawirusem –

palme pierwszeństwa dzierży tu Norwegia. Jednocześnie Szwajcaria, Holandia, Dania i Belgia, podobnie jak Austria, Luksemburg i Islandia, to kraje, które jak na razie wydają się zmierzać we właściwym kierunku w walce z pandemią. Z kolei Finlandia i Szwecja próbują budować „obóz niepokornych”, wyłamując się tym samym z szeregu innych państw europejskich.

Co ciekawe, w kategorii skuteczności walki z pandemią prym wiodą państwa europejskie takie jak Słowacja, Estonia, Chorwacja czy Grecja, których systemy ochrony zdrowia najczęściej wcale nie zajmują wysokich lokat we wspomnianych rankingach. Sporą dynamiką rozwoju pandemii i metod jej zwalczania charakteryzują się kraje znajdujące się mniej więcej w środku wspomnianego rankingu – np. Włochy, Hiszpania, Francja – które otrzymały ciężkie „uderzenie” ze strony przeciwnika, mierząc się ze znacznymi falami zgonów spowodowanych COVID-19. Interesujący pod tym względem może być przykład Niemiec – kraju, w którym mimo początkowej znacznej fali zakażeń, udało się konsekwentnie utrzymać w ryzach liczbę zgonów oraz – co równie istotne – realną nadwyżkę łóżek intensywnej terapii w odniesieniu do potrzeb krajowych.

Zmiana układu sił

Jak można zauważyć, funkcjonowanie każdego systemu opieki zdrowotnej w sytuacji nadzwyczajnego zagrożenia epidemicznego, jakim jest obecna pandemia koronawirusa, może całkowicie zmienić dotychczasowy układ sił i środków decydujących o potencjale skutecznej, systemowej walki z zagrożeniem. Żaden system opieki zdrowotnej nie jest przy tym samotną wyspą – jeśli dodać do tego recesyjne realia i prognozy gospodarcze, wciąż pogłębiające się nierówności w sektorze zdrowia, m.in. w dostępie do świadczeń zdrowotnych i globalną niepewność co do możliwych scenariuszy rozwoju pandemii, pozostaje do dokonania w jeszcze lepszym przygotowaniu się na nieznane. Co zawsze jest cenne, nigdy nie pójdzie na marne.

Mariusz KIELAR

Piśmiennictwo u autora

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

(przedruk z „Medium” nr 9/20)

JESIEŃ 2020 VS EPIDEMIA SARS-COV-2

Czy będzie tzw. druga fala epidemii SARS-CoV-2?

Jeśli tak, to czy jesteśmy na nią gotowi?

„...Nie można straszyć i siać paniki... Trzeba uczyć się żyć obok epidemii, obok koronawirusa, tropić ogniska zakażeń i wdrożyć procedury ograniczające rozprzestrzenianie się wirusa... Społeczeństwo powinno być

stale edukowane, że w miejscach skupisk ludzkich bezwzględnym nakazem jest założenie maseczki... W parkach, w lesie, na ulicy można pozwolić, żeby chodzić bez maseczki, ale tam, gdzie jest dużo ludzi blisko siebie, czy w pomieszczeniach publicznych zamkniętych, w komunikacji publicznej musi być bezwzględny nakaz...”

Koronawirus – znany czy nieznany?

Do tej pory dowiedzieliśmy się, że wirus jest dużo bardziej łagodny, niż się spodziewaliśmy – ponad 80–90% zachorowań ma przebieg bezobjawowy lub skąpoobjawowy, niewymagający hospitalizacji. Ciężki przebieg COVID-19, obarczony zwiększoną śmiertelnością, dotyczy osób starszych, z chorobami przewlekłymi. I to jest ciekawe, dlaczego w naszej części Europy przebieg COVID-19 jest łagodniejszy, a transmisja koronawirusa mniejsza. Być może odpowiedzialna za to jest tzw. odporność krzyżowa nabyta przez kontakt z innymi koronawirusami (nieodzwierzęcymi, na które co roku chorujemy sezonowo) lub nieswoista odporność wynikająca z obowiązkowych szczepień na gruźlicę.

Do tej pory nie mamy typowego przeciwwirusowego leku na COVID-19, dysponujemy Remdesiwirem czy Tocilizulabem, pozyskujemy za to osocze od ozdrowieńców z COVID-19, które wykorzystujemy w leczeniu chorych, z różnym skutkiem.

Prace nad szczepionką trwają, ale wciąż nie wiemy, czy będzie ona konieczna dla wszystkich, czy dla tych, którzy z klucza narażeni są na ciężki przebieg COVID-19 – osoby starsze, osoby z chorobami przewlekłymi. Czy dla nich będzie obowiązkowa, a dla reszty zalecana, nieobowiązkowa? Przypomnę jeszcze, że dwie poprzednie epidemie spowodowane przez koronawirusy odzwierzęce SARS i MERS minęły i nie powróciły już z taką siłą i nie było potrzeby szczepień ochronnych. ...Ale też nie miały takiego globalnego zasięgu, chociaż śmiertelność znacznie wyższą.

Obserwowane obecnie duże dzienne przyrosty zachorowań w Polsce – pomimo testowania takiej samej liczby osób na dobę – potwierdzają, że epidemia wciąż trwa i że lokalne ogniska zachorowań nadal będą się zdarzać. Wydaje się, że jest to pokłosie decyzji o IV etapie odmrożenia gospodarki, szczególnie w zakresie wesel, uczestniczenia w mszach świętych, pielgrzymkach, imprezach sportowych czy wyjazdach wakacyjnych. Do tego brak zakrywania ust i nosa i zachowania dystansu społecznego przez zmęczone już tą sytuacją społeczeństwo spowodują znaczny wzrost zachorowań i wtedy będziemy mogli powiedzieć o prawdziwym szczycie zachorowań w Polsce, lub nadal będzie to epidemia pełzająca ze stałym małym dziennym przyrostem chorych. Kolejnym etapem będzie początek roku szkolnego, kiedy to dzieci tłumnie będą się mieszać w szkołach, i jesień, gdzie zachorowania na SARS-CoV-2 mogą nałożyć się na zachorowania na gripę i inne sezonowe infekcje wirusowe. Jednak czy będziemy musieli na stałe nauczyć się żyć z koronawirusem SARS-CoV-2, czy epidemia minie tak, jak epidemia SARS-CoV-1 czy MERS, i będzie zdarzać się sporadycznie – to czas pokaże.

Zalecenia

Jedno jest pewne – i to powtórzę raz jeszcze, wiedząc, kto jest najbardziej narażony na ciężki przebieg COVID-19 i największą śmiertelność – należy zalecić

osobom w wieku 60 plus, osobom z chorobami przewlekłymi, aby nie korzystały jeszcze w pełni z możliwości, które dał nam IV etap luzowania obostrzeń, zakrywały usta i nos w przestrzeni publicznej, zachowywały dystans 1,5 m, nie korzystały z fitness klubów, siłowni czy basenów, a wybierały aktywność fizyczną na powietrzu – w parku, w lesie czy na plaży, starały się nie przybywać w dużych skupiskach ludzkich czy korzystać z komunikacji publicznej.

Wydaje się koniecznością wprowadzenie kar finansowych za brak przestrzegania obowiązujących obostrzeń, jak również większy nadzór nad weselami, imprezami masowymi czy zachowaniem wczasowiczów... co właśnie jest robione.

A propos wspomnianych weseł, imprez okolicznościowych, jubileuszowych... W obecnej sytuacji epidemiologicznej najlepiej je odłożyć na późniejszy okres lub w nich nie uczestniczyć. Szczególnie dotyczy to osób starszych i z chorobami przewlekłymi. Trudno tu zachować bezpieczeństwo, dystans społeczny czy obowiązek zakrywania ust i nosa... Składamy sobie życzenia, przytulamy, całujemy, tańczymy...

Mówię to nie po to, żeby siać lęk i panikę przed koronawirusem, bo musimy żyć i żyjemy obok niego, ale po to, żeby minimalizować źródła, ogniska potencjalnych zakażeń SARS-CoV-2 i ochronić przede wszystkim osoby najbardziej podatne na ciężki przebieg COVID-19. Tylko razem możemy wygrać tę walkę, pamiętajmy o zakrywaniu ust i nosa i zachowaniu obowiązkowego dystansu. To tak niewiele... a może zrobić tak wiele. [...]*

POZ vs SARS-CoV-2

Koniecznością wydaje się włączenie POZ, lekarzy rodzinnych do walki z koronawirusem w naszym województwie. W nadchodzącym sezonie jesienno-zimowym POZ-y nie powinny świadczyć w większości porad lekarskich na odległość – porad telefonicznych czy audio-wizualnych, to dotyczy również pacjentów z gorączką czy kaszlem. Na obecnym etapie pandemii, z dostępnością środków ochrony indywidualnej, wiedzą na temat ich stosowania – wszyscy lekarze muszą współpracować. Lekarz musi osobiście zebrać wywiad i zbadać pacjenta, celem prawidłowego różnicowania objawów chorobowych i prawidłowego dalszego skierowania chorego do leczenia. Jeśli wymaga hospitalizacji z uwagi na jego stan zdrowia i podejrzewa się zakażenie SARS-CoV-2 – do szpitali dedykowanych dla pacjentów z COVID-19 lub pozostałych szpitali, jeśli objawy chorobowe mogą sugerować inną etiologię. Pacjenci, którzy gorączkują lub/i mają kaszel, a ich stan zdrowia jest dobry i nie wymaga hospitalizacji, powinni mieć wykonany szybki test w kierunku grypy oraz mogą mieć w ramach POZ pobrany wymaz w kierunku SARS-CoV-2 (w ramach POZ można pobierać wymaz i wysłać do oznaczenia metodą PCR), a do czasu uzyskania wyniku pozostawać w izo-





lacji domowej. W nadchodzącym sezonie grypowym, przeziębień czy zaostrzeń przewlekłych chorób dróg oddechowych znacznie poprawiłoby to opiekę nad pacjentami i ich bezpieczeństwo.

Co dalej?

Teraz już nie możemy się paniki i straszyć społeczeństwa, tylko racjonalnie działać, identyfikować ogniska zakażenia lub potencjalnego zakażenia i wdrożyć procedury ograniczające rozprzestrzenianie się wirusa właśnie w miejscach, gdzie te ogniska mogą powstać (wesela, pogrzeby, imprezy masowe w zamkniętych pomieszczeniach). Należy stale edukować społeczeństwo na temat bezwzględności nakazu zakrywania ust i nosa w dużych skupiskach ludzkich, przestrzeniach publicznych zamkniętych i komunikacji publicznej. Tyczy się to również zachowania dystansu społecznego. Szczególnie osoby starsze i z chorobami przewlekłymi muszą o tym pamiętać i stanowczo póki co odmawiać uczest-

nictwa w dużych imprezach rodzinnych, kulturalnych czy zorganizowanych wyjazdach wakacyjnych. Sezon jesienno-zimowy może być trudny dla polskiej ochrony zdrowia, bo zbiegnie się z sezonem grypowym i występującymi w tym okresie wzmożonymi zachorowaniami na inne infekcje wirusowe, a podobieństwo objawów klinicznych do COVID-19 istotnie może sprawić wrażenie tzw. drugiej fali SARS- -COV-2 i obciążyć izby przyjęć czy SOR-y lawiną pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS-COV-2. Dlatego w tym sezonie szczególnie zachęcam do szczepienia się przeciw grypie.

O autorze: dr n. med. Paweł Rajewski, prof. WSG, specjalista chorób wewnętrznych i zakaźnych, hepatolog, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego

Paweł RAJEWSKI

**- skrót pochodzi od redakcji Opolskiego Biuletynu (przedruk z „Primum” nr 9/20)*

PRZECHOROWANIE COVID-19 SKUTKUJE WYTWORZENIEM PRZECIWCIAŁ

Wskazują na to wyniki największego z badań nad infekcją koronawirusem przeprowadzonego przez badaczy z prestiżowego szpitala klinicznego Mount Sinai w Nowym Jorku. Okazuje się, że wytworzenie przeciwciał nie ma związku z wiekiem, płcią pacjentów oraz przebiegiem choroby – zarówno u osób z lekkim, jak i ciężkim zakażeniem koronawirusem wytwarzana jest podobna ilość przeciwciał we krwi.

W badaniu wzięło udział 1343 mieszkańców Nowego Jorku i okolic, którzy przeszli zakażenie koronawirusem. Osoby te zgłosiły się jako dawcy osocza, które jest wykorzystywane w celu eksperymentalnego leczenia chorych na COVID-19. Dwa tygodnie po ustąpieniu objawów zakażenia przeprowadzono u nich test serologiczny opracowany przez dr. Floriana Krammera z Mount Sinai. Test ten uważany jest za jeden z najlepszych, jakie są obecnie dostępne – jest obciążony marginesem błędu, który wynosi mniej niż 1% wyników fałszywie pozytywnych.

U 80% badanych osób test wykazał wysoki poziom przeciwciał we krwi, natomiast u pozostałych uczestników badania poziom ten był niski albo balansował na granicy wykrywalności. Jednak po powtórzeniu testu tydzień później okazało się, że przeciwciała zostały wytworzone również w tej grupie osób. Jedynie u trzech badanych nie stwierdzono żadnych przeciwciał. Zdaniem naukowców przeprowadzona obserwacja może świadczyć, że przeciwciała specyficzne dla koronawirusa pojawiają się nawet z kilkutygodniowym opóźnieniem po zakażeniu, ale prawie u wszystkich z potwierdzonym COVID-19. Badacze zamierzają sprawdzić teraz, czy wykryte przeciwciała faktycznie chronią organizm przed ponownym zakażeniem koronawirusem.

Źródło: www.mountsinai.org (przedruk z „Medium” nr 9/20)

PIENIĄDZE NA ZDROWIE. MA NIE BYĆ MNIEJ

W kolejnych latach plany finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia na pewno nie będą mniejsze niż w tej chwili - ogłoszona z sejmowej trybuny, przy okazji uchwalania ustawy o tzw. pionizacji lub raczej dalszej centralizacji NFZ, „obietnica” pośła PiS Bolesława Piechy może i powinna wywołać ciarki na plecach u wszystkich zainteresowanych sytuacją w ochronie zdrowia. Pieniądzy jednak miało być więcej. „Nie mniej” oznaczałoby nie tyle stagnację, ile kolosalny regres.

Na razie powodów do niepokoju, przynajmniej oficjalnie, nie ma. Rząd w przyjętym pod koniec sierpnia pro-

jekcie ustawy budżetowej na 2021 r. zapisał, że wydatki na ochronę zdrowia wzrosną o około 12 mld zł w stosunku do roku 2020. I potwierdził wolę realizacji ustawy 6% PKB na zdrowie, z przewidywanym 5,3% PKB (z roku 2019) jako minimalnym wskaźnikiem.

Ciągle natomiast nie wiadomo, czym zakończy się rok 2020, jeśli chodzi o poziom wydatków. Można się spodziewać, że prędzej czy później plan finansowy NFZ na bieżący rok zostanie znowelizowany nie tylko w obszarze wydatków (fundusz dokonuje bowiem w tym zakresie koniecznych korekt, polegających głównie na sięga-

niu do rezerw), ale również przychodów. W lipcu obecny minister zdrowia, a ówczesny prezes NFZ Adam Nieldzielski przekazywał optymistyczną informację o spływie składek za czerwiec: różnica między ściągniętymi a zaplanowanymi wyniosła 200-300 mln zł (przy wolumenie około 7,5 mld zł). W sierpniu było jeszcze lepiej - wpływy ze składek osiągnęły poziom sprzed pandemii, czyli właśnie 7,7 mld zł), ale problemem nie jest „tu i teraz”. Problemem są miesiące jesienne, gdy wszyscy, nawet najbardziej optymistycznie nastawieni, ekonomiści wieszczą niemal podwojenie bezrobocia, jego wzrost nawet do dwucyfrowego poziomu. Co więcej, ten wskaźnik ma utrzymać się dłużej.

O tegoroczny budżet NFZ i możliwą „dziurę” po stronie wpływów pytała Ministerstwo Zdrowia w wakacje posłanka Monika Wielichowska (KO). Odpowiedź? - *Zgodnie z informacją NFZ Zakład Ubezpieczeń Społecznych do dnia 31 lipca 2020 r. umorzył składki na łączną kwotę około 4 mld zł. Środki w wysokości umorzonych składek zostały przekazane przez Ministerstwo Zdrowia do Narodowego Funduszu Zdrowia - poinformował pod koniec sierpnia wiceminister Waldemar Kraska. - Ostateczna wartość umorzonych składek i przekazanych z tego tytułu do NFZ środków będzie znana po zakończeniu rozpatrywania przez ZUS wniosków złożonych w przedmiotowej sprawie przez uprawnione podmioty. Jak poinformował Narodowy Fundusz Zdrowia, poza powyższym nie dysponuje danymi, na podstawie których można byłoby szacować ewentualne dalsze zmniejszenie przychodów funduszu z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne będące konsekwencją innych okoliczności niż ww. zwolnienie z obowiązku opłacania składek. Takie szacunki możliwe będą w przyszłości, po otrzymaniu przez fundusz danych o wysokości przypisu składek na ubezpieczenie zdrowotne w kolejnych miesiącach 2020 r. Niemniej obecnie nie przewiduje się zmniejszenia w planie finansowym funduszu na rok 2020 środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, jako konsekwencji ewentualnie mniejszych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.*

Kluczem jest słowo „obecnie”. Prognozowanie tego, co wydarzy się w przyszłości - w perspektywie końca tego roku i pierwszych miesięcy 2021 - jest obarczone dużą niepewnością. O ile jeszcze w czerwcu były wicepremier w rządach SLD prof. Jerzy Hausner mówił podczas dyskusji panelowych o bazowym scenariuszu rozwoju sytuacji ekonomicznej w kategoriach „umiarkowanego optymizmu”, z recesją nie wyższą niż 4-5% i bardzo krótką, bo zakończoną już na przełomie 2020 i 2021 r., o tyle po wyborach prezydenckich i zwycięstwie Andrzeja Dudy pojawiły się dwa znaczące sygnały, niosące wyraźny powiew pesymizmu. Wicepremier Jadwiga Emilewicz w jednym z wywiadów stwierdziła, że rząd będzie się starać, by Polska wróciła na ścieżkę wzrostu „w ciągu najbliższych dwóch lat”. Literalnie odczytując jej wypowiedź (bez wątplenia w dobre intencje rządu),

można uznać, że recesja (w najlepszym wypadku stagnacja) może potrwać dłużej niż dwa lata. I że o odbiciu za kilka miesięcy możemy zapomnieć. Drugi sygnał należy traktować nie mniej poważnie - Narodowy Bank Polski również wieszczy nie tylko głębszą, ale i dłuższą niż wynika z aktualnych prognoz recesję i wyższy poziom bezrobocia. Wprawdzie projekt budżetu na 2021 r. opiera się na założeniu, że gospodarka mocno odbije, a wzrost PKB pozwoli na koniec przyszłego roku powrócić do wielkości PKB z 2019, jednak wszystko zależy od następnych siedmiu, ośmiu miesięcy. Drugi kwartał 2020 r. przyniósł bowiem Polsce spadek PKB o ponad 8,2%. Tyle kosztowało zamrożenie gospodarki w kwietniu i maju, i jej stopniowe, a także punktowe odmrażanie w kolejnych miesiącach.

Dla ochrony zdrowia to podwójnie hiobowe wieści. Po pierwsze, można (trzeba) się liczyć z tym, że składek zdrowotnych spłynie przez ZUS do Narodowego Funduszu Zdrowia mniej. Politycy PiS mówią w tym momencie, że na szczęście jest ustawa 6%. PKB na zdrowie, a w niej reguła „n-2”, więc wydatki na ochronę zdrowia są niezagrożone, budżet państwa uzupełni różnicę.

To co najmniej hurraoptymizm. Z wstępnych szacunków ekonomistów wynika, że w przyszłym roku dla osiągnięcia minimalnego poziomu wydatków publicznych, założonego w ustawie 6% PKB na zdrowie, budżet państwa musiałby znaleźć dodatkowo 20-25 mld zł.

O tym, że idą chude czasy, świadczą informacje dotyczące prac nad budżetem. Zamrożone mają zostać płace w sferze budżetowej (nota bene nad ustawą o wynagrodzeniach minimalnych pracowników ochrony zdrowia do końca sierpnia panowała typowo wakacyjna niezmaczona cisza), płaca minimalna wzrośnie, ale raczej niewiele (na pewno nie osiągnie 3 tys. zł, co obiecywał w ubiegłym roku Jarosław Kaczyński), a średnie wynagrodzenie będzie zbliżone do tegorocznego, jednak równie dobrze może się obniżyć, wszystko zależy od koniunktury w przemyśle. Nawet zakładając, że nie nastąpi jesienny lockdown (to raczej przesądzone, politycy nie przeprowadzą tej operacji po raz drugi), trudno dostrzec impulsy, które miałyby znacząco poprawić sytuację makroekonomiczną. Skąd więc budżet, obciążony wypłatą „trzynastki” także dla emerytów i niezmiennym programem 500+, przy niższych wpływach z podatków (również z VAT, jeśli konsumpcja nie wróci do stanu sprzed pandemii), ma wziąć dodatkowych 25 mld zł na zdrowie?

Odpowiedź jest już znana. Z większego deficytu. Politycy dają do zrozumienia, że reguły wydatkowe i progi ostrożności owe (wyższy jest wpisany do Konstytucji RP) to nie Biblia i w nadzwyczajnych okolicznościach można od nich odstąpić.

Jeszcze prościej jednak odstąpić od realizacji ustawy 6% PKB na zdrowie. Nie rodzi to aż tak poważnych skutków prawnych, z odpowiedzialnością przed Trybunałem Stanu łącznie. Są przykłady z przeszłości, że za-





pisy ustaw (np. ustawy o refundacji leków) można latami bezkarnie ignorować. Oczywiście, narażając się na społeczne niezadowolenie i krytykę, ale akurat politycy odpowiedzialni za zdrowie wydają się na to trwale uodpornieni. Takiego scenariusza obecnie rządzący wydają się nie zakładać. I znów powraca słowo klucz: obecnie.

Wracając do obietnicy posła Bolesława Piechy. Nie można jej lekceważyć. Złożył ją podczas formalnego sprawozdania Komisji Zdrowia z pierwszego czytania projektu nowelizacji kilkunastu ustaw zdrowotnych w związku z pandemią COVID-19. Ale nie tylko - złożył ją też jako formalny autor pakietu poprawek wprowadzających nowe rozwiązania organizacyjne w NFZ. Oddziały funduszu tracą resztki swojej autonomii, wszystkie kluczowe kompetencje zostają przekazane prezesowi. Ten z kolei ma wykonywać polecenia ministra zdrowia, nomen omen - byłego przecież prezesa funduszu, zaangażowanego mocno w proces „pionizacji” tej instytucji.

Tajemnicą poliszynela jest fakt, że Piecha nie złożył własnych poprawek, ale przejął część rządowego projektu nowelizacji ustawy. „Pionizacja” i centralizacja NFZ nie była więc przedmiotem uzgodnień w ramach rządu (być może dlatego, by krytycznego stanowiska nie sformułowało Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a konkretnie wiceminister Wojciech Maksymowicz, radykalny przeciwnik centralizacyjnych zapędów ministra zdrowia) ani tym bardziej konsultacji publicznych. A, jak podkreślała opozycja, nie są to kwestie techniczne, tylko zupełnie fundamentalne, ustro-

jowe wręcz. I powinny być przedyskutowane, choćby z samorządami terytorialnymi.

Większość rządząca jest odporna na takie argumenty. Prawdopodobnie po wakacjach Sejm zajmie się projektem ustawy o podziale województwa mazowieckiego. Na województwo warszawskie (stołeczne) i właściwe Mazowsze. To również może mieć kolosalny wpływ na finansowanie świadczeń zdrowotnych, tym razem w Warszawie. Jeśli po wydzieleniu osobnego województwa powstanie osobny oddział wojewódzki NFZ (dlaczego miałby nie powstać?) i utrzymany zostanie algorytm podziału środków ze składki zdrowotnej, Warszawski Oddział Wojewódzki NFZ będzie musiał oddać do wspólnej kasy... No właśnie, ile? Już dziś, przy uśrednionych wpływach ze składki z Warszawy i pozostałych regionów, „janosikowe” stanowi dla Mazowsza duży problem. Może więc dojść do sytuacji, w której Warszawa będzie płacić gigantyczny trybut (niesprawiedliwy, bo we wszystkich pozostałych województwach wpływy ze składek pozostaną uśrednione) na rzecz pozostałych regionów, mimo że jest największym ośrodkiem, skupiającym placówki wysokospecjalistyczne.

To oczywiście na razie dywagacje. Warto jednak pamiętać, że państwo nie jest budowlą z klocków LEGO. I że wyjęcie jednego „elementu” - jedna pochopna decyzja - może przynieść wieloletnie oplakane skutki. W wielu wymiarach.

*Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 9/20)*

#SPRAWDZAM. LICZBY, LICZBY

„Polityka ministra zdrowia zmierzająca do zwiększenia limitów przyjęć na studia na kierunku lekarskim podyktowana jest przede wszystkim zapotrzebowaniem rynku pracy na absolwentów ww. kierunku. Wiąże się to z potrzebą zapewnienia każdemu pacjentowi swobodnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych przez wszystkich specjalistów, bez konieczności długiego oczekiwania na wizytę. Efektem zwiększenia limitów przyjęć na kierunek lekarski będzie więc poprawienie sytuacji w ww. zakresie”. Opublikowane w lipcu rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny pozwala resortowi twierdzić, że - kolejny już rok - liczba miejsc na tych kierunkach wzrosła. Tym razem o 144.

Diabeł tkwi oczywiście w szczegółach. Tylko 51 z owych 144 miejsc to miejsca na stacjonarnych studiach magisterskich w języku polskim. Na niestacjonarnych limit powiększono o 18 miejsc. Największy wzrost limitu (o 75 miejsc) przewiduje się na studiach prowadzonych w języku innym niż polski. Inaczej mówiąc: ministerstwo będzie twierdzić, że zwiększyło limit miejsc o 144, ale zapłaci uczelniom tylko za 51 dodatkowych miejsc. Resztę sfinansują studenci, płacąc czesne. Trudno się spodzie-

wać, że ci, którzy skorzystają z oferty studiów w języku angielskim, zwiążą swoją przyszłość z polskim systemem ochrony zdrowia. Nie po raz pierwszy przeciw takiej polityce ministra zdrowia zaprotestował samorząd lekarski.

Wzrost liczby miejsc w mniejszym stopniu dotyczy kierunków lekarsko-dentystycznych, co powinno dziwić, gdy patrzy się na statystyki Eurostatu, ale również oficjalne dane GUS, zgodnie z którymi w Polsce na 10 tys. mieszkańców przypada 3,3 lekarza dentysty. Gwarantuje nam to ostatnie miejsce na liście krajów europejskich. Eurostat opublikował swoje zestawienie w ubiegłym roku (dane za 2016 r.), ale GUS - zaledwie pod koniec maja, a liczby praktycznie się nie zmieniają. Dla porównania Grecja, która zajmuje pierwszą pozycję na liście, ma nieco ponad 12 lekarzy dentystów na 10 tys. mieszkańców. Za Grecją plasuje się zaś Bułgaria i Litwa.

Czy naprawdę w Polsce mamy tylko 12,6 tys. lekarzy dentystów, jak podają oficjalne statystyki? Naczelna Izba Lekarska kilka miesięcy temu podjęła próbę wyjaśnienia zagadki, posiłkując się - co oczywiste - własnym rejestrem i przypominając, że „prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty posiada w Polsce 42.425 osób, spośród których większość to lekarze dentyści zarejestrowani jako

wykonujący zawód” (dane z początku roku, w tej chwili w rejestrze NIL jest już ponad 42,9 tys. osób). Według NRL dane statystyczne publikowane przez Eurostat dotyczące liczby lekarzy dentyistów w Polsce odbiegają znacząco od faktycznego stanu rzeczy. „Próbując zweryfikować i uwiarygodnić liczbę lekarzy dentyistów czynnych zawodowo, posłużyć się można pewnymi, pochodzącymi z Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentyistów, danymi lekarzy dentyistów, którzy nie osiągnęli wieku emerytalnego. Liczba figurujących w rejestrze lekarzy dentyistów - kobiet poniżej 60 lat i mężczyzn poniżej 65 lat, to 31 tys. osób” - wyjaśnia NRL i dodaje, że „specyfika rynku stomatologicznego to niezmiennie rzadkie w przypadku tej grupy zawodowej przypadki wykonywania innego zawodu niż wyuczony oraz powszechne zjawisko kontynuowania pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego”.

Z rejestru NIL wynika również, że spośród niemal 43 tys. lekarzy dentyistów zawodu nie wykonuje około 4,7 tys.

Skąd ta ogromna rozbieżność? Wyjaśnień oficjalnych nie ma, a warto zaznaczyć, że GUS opublikował dane na temat liczby lekarzy dentyistów już po „konferencji uzgodnieniowej”, co oznaczałoby, że argumentacja samorządu lekarskiego nie została uwzględniona. Najbardziej prawdopodobne jest to, że w statystykach ujęci są wyłącznie lekarze dentyści, których działalność jest w jakieś formie raportowana NFZ. Ze względu na stopień prywatyzacji stomatologii w Polsce oraz dualizm systemu opieki zdrowotnej (jeden z największych w Europie) nie dziwi, że większość lekarzy dentyistów nie jest widoczna dla algorytmów europejskich.

Co prawda w zdecydowanej większości państw UE (i nie tylko) świadczenia stomatologiczne są płatne, ale podstawowa opieka dentyistyczna jest częścią systemu powszechnego (niezależnie od sposobu jego finansowania).

Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 9/20)

KOLEJKI

Długie kolejki do specjalistów to dla pacjentów smutny standard. Ludzie w kolejkach tracą zdrowie, w kolejkach umierają. Alarmowaliśmy o tym podczas naszej ubiegłorocznej kampanii społecznej. Przytaczaliśmy niechlubne dla systemu ochrony zdrowia statystyki zaczerpnięte z Barometru WHC. Z założycielem fundacji Watch Health Care Krzysztofem Łandą rozmawia Renata Jeziólkowska.

Barometr WHC w kampanii Narodowy Kryzys Zdrowia z 2019 r. okazał się przydatnym narzędziem diagnozowania największych bolączek systemu opieki zdrowotnej. Jak to narzędzie działa, a raczej działało?

Ostatni barometr opracowano w lutym 2019 r. Każdy barometr zawiera informacje o średnim czasie oczekiwania w prawie wszystkich dziedzinach medycyny, w których kolejki występują, czyli w większości dziedzin. W każdej zbiera się informacje dotyczące pięciu tzw. świadczeń wskaźnikowych: świadczenia diagnostycznego, świadczenia podstawowego i trzech albo czterech świadczeń specjalistycznych. W przypadku każdego świadczenia zbierane są informacje minimalnie z pięciu szpitali bądź przychodni, oczywiście rozrzuconych po całej Polsce. Jeśli w którejś placówce dane wyraźnie odstają od pozostałych (np. czas oczekiwania na zabieg jest znacznie dłuższy), typujemy kolejnych pięć szpitali. W toku kampanii wyborczej najpierw parlamentarnej, potem prezydenckiej, próbowaliśmy zachęcić do współpracy w opracowaniu nowej wersji barometru partie polityczne i kandydatów na prezydenta. Niestety, odpowiedź przyszła raz, z jednego sztabu - że sztab nie ma pieniędzy. W tym samym czasie okazało się, że wydaje kilkadziesiąt tysięcy miesięcznie na działania w Internecie. Takie są priorytety polityków. Ale bez względu na to fundacja WHC realizuje z sukcesem inne projekty, które mają na celu edukację i uświadamianie społeczeństwu stanu sys-

temu opieki zdrowotnej i na pewno mobilizują rządzących, by bardziej przykładali się do swoich obowiązków. Nasz codzienny przegląd newsów #WHCnews czytany jest z wypiekami na twarzy, a akcja społeczna #StopCielebrytyzacjiPseudonauki przyniosła nam nawet międzynarodowe zainteresowanie.

Jakie są dotychczasowe wnioski z barometru? Czy widać tendencje wydłużania się lub skracania kolejek?

W przypadku pojedynczego świadczenia dane z pięciu czy dziesięciu szpitali nie są precyzyjne. Ale już dla całej dziedziny medycyny, gdy mamy dane dotyczące pięciu świadczeń zdrowotnych i każde jest oceniane w pięciu lub dziesięciu szpitalach, informacja jest precyzyjna. Jeżeli zaś skompilujemy dane dotyczące wszystkich na stałe monitorowanych świadczeń wskaźnikowych z kilkudziesięciu dziedzin medycyny, otrzymujemy bardzo precyzyjną informację dotyczącą średniego czasu oczekiwania na świadczenia w Polsce. Barometr to przede wszystkim informacja o zmianach średniego czasu oczekiwania przez Polaków na świadczenia we wszystkich dziedzinach medycyny, co jest najdobitniejszym wskaźnikiem sytuacji w ochronie zdrowia w naszym kraju i wyznacznikiem, czy w odczuciu pacjentów ta sytuacja poprawia się, czy pogarsza. Zmiany średniego czasu oczekiwania w kolejkach są monitorowane bardzo precyzyjnie. Od kiedy opracowywany jest barometr, następowało (z drobnymi wahaniami) wydłużenie czasu oczekiwania w kolejkach. Mimo że w niektórych dziedzinach czas oczekiwania się skraca, w innych się wydłuża, stąd generalnie wydłużanie się czasu oczekiwania. O czym to świadczy? W polskim systemie opieki zdrowotnej jest coraz gorzej, powiększa się dysproporcja między zawartością koszyka, możliwościami wykonywania świadczeń a wielkością środków finansowych, które są w systemie. Degrengo- ▶▶



lada, można powiedzieć, w systemie opieki zdrowotnej nasila się i tak naprawdę ten system osiada jak kompost.

W jakich dziedzinach dane są najbardziej niechlubne?

Zmieniły się proporcje po zmianach wprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia w przypadku zabiegu usunięcia zaćmy, rezonansu magnetycznego, alloplastyki stawu biodrowego i kolanowego - zniesiono limity, więc kolejki rzeczywiście się skróciły. Skoro nie ma w tej chwili nikogo zainteresowanego monitorowaniem kolejek, to na razie nie zrobiliśmy kolejnej edycji barometru, która by wspomniane zmiany uwzględniała. „Tradycyjnie” najdłuższe kolejki są do endokrynologów, ortopedów, stomatologów, kardiologów dziecięcych i neurochirurgów.

A wielu pacjentów nie może czekać...

Koszyk świadczeń gwarantowanych zawiera świadczenia gwarantowane tylko z nazwy. Bo jakież to są gwarancje, jeśli ludzie czekają tygodniami lub miesiącami na świadczenia zdrowotne, które są superskuteczne i relatywnie tanie, czyli bardzo opłacalne z punktu widzenia płatnika. Jeżeli są do tych świadczeń, powiedziałbym zupełnie podstawowych, kolejki, to znaczy, że system jest niesprawiedliwy i wypaczony. Bo człowiek leczony na wcześniejszym etapie choroby mógłby wyzdrowieć albo jego choroba wolniej by się rozwijała. Jeżeli poczeka w kolejce kilka miesięcy, niestety z dużym prawdopodobieństwem leczenie zostanie wdrożone, gdy choroba będzie znacznie bardziej zaawansowana. Wielu tego leczenia nie doczeka, a wszyscy chorzy są skazani na cierpienie, którego można było uniknąć. Czasem zaprzepaszcza się szansę na wyzdrowienie pacjenta, często choroba jest już tak rozwinięta, że musi on iść na rentę. I znowu państwo, czyli my wszyscy, ponosi koszty - nie tylko droższego leczenia, ale również rent. Dodatkowo pacjent często jest wyłączony z pracy czasowo lub trwale, a więc nie dokłada się do PKB. Ten system jest nastawiony na „produkcję” inwalidów...

Jak Polska wypada na tle innych państw w świecie i w Europie? Czy bardzo odstajemy w tych statystykach?

Tak, wyglądamy bardzo źle w porównaniu z innymi krajami. Zachęcam do zapoznania się z raportem Euro Health Consumer Index, który porównuje stan opieki zdrowotnej we wszystkich krajach Europy i nie tylko. Tam jest bardzo ciekawy diagram - mapa Europy, na której połowę państw zaznaczono na czerwono, a drugą na zielono. Na zielono oznaczono kraje, w których nie ma kolejek. Politycy oszukują polskie społeczeństwo, próbują nam wmówić, że wszędzie jest źle, że wszędzie są problemy z ochroną zdrowia, wszędzie ludzie są niezadowoleni, wszędzie są kolejki. Nieprawda. W połowie krajów europejskich, zaznaczonych na tej mapie na zielono, nie ma istotnych kolejek do świadczeń z koszyka. Na czerwono zaznaczono kraje, gdzie są poważne ograniczenia dostępu, czyli nieznośne kolejki. Polska oczywiście należy do krajów zaznaczonych na czerwono i znajduje się niemal na samym końcu rankingu.

Co pana zdaniem mogłoby uzdrowić system? Jakie decyzje są potrzebne?

Najważniejszy jest koszyk. To fundament opieki zdrowotnej. W przypadku prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych trudno sobie wyobrazić, żeby ubezpieczony nie wiedział, co mu się należy za opłacaną składkę. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie nawoływał na początku XXI w., że nasi rządzący nie przestrzegają konstytucji, gdyż nie określili, jakie świadczenia należą się ludziom za opłacane co miesiąc składki. I to jest podstawowy problem. Politycy w Polsce nie rozumieją lub nie chcą wypełnić nawet tego podstawowego obowiązku i fundują społeczeństwu życie w niedookreślonej rzeczywistości rodzącej morze nieszczęść. Części lekowe koszyka - to znaczy wykazy leków refundowanych - opracowano bardzo precyzyjnie, a budżety lekowe są pod pełną kontrolą. Można przewidzieć, ile będzie kosztować płatnika włączenie nowych leków do koszyka świadczeń gwarantowanych, czyli objęcie ich refundacją. Niestety, części nielekowe koszyka, czyli tzw. rozporządzenia okołoszykowe dotyczące świadczeń nie-lekowych, są bardzo źle zdefiniowane. Określono je tak ogólnikowo, że obywatel nie wie, co mu się należy.

Kiedy byłem wiceministrem zdrowia (od końca 2015 r. do kwietnia 2017), udało mi się rozpocząć przegląd koszyka z pomocą pracowników NFZ, dzięki uprzejmości prezesa Jacyny. Wywalczyłem wtedy pieniądze na zatrudnienie 100 „koszykarzy”, to znaczy analityków, którzy mogliby zrobić pełny przegląd koszyka, lepiej zdefiniować jego elementy, czyli lepiej określić prawa pacjenta do świadczeń gwarantowanych. Ministerstwo Finansów w końcu przyznało środki. Pieniądze trafiły do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która zatrudniła 100 analityków do prac nad koszykiem. Od kiedy odszedłem z resortu, ci ludzie zajmują się wszystkim, tylko nie koszykiem. Bardzo mi przykro, ale jeżeli nikt nie zajmuje się koszykiem, nie ma żadnych szans na poprawę sytuacji chorych w Polsce i zlikwidowanie kolejek.

Czy podejmowane obecnie decyzje mogą być skutecznym rozwiązaniem części problemów? Czy to tylko półśrodki?

Krokiem w słusznym kierunku jest zniesienie limitów na badania obrazowe, alloplastykę stawu biodrowego, zabieg usunięcia zaćmy. Ale to kropla w morzu potrzeb. To tylko cztery czy pięć świadczeń, a ludzie czekają w kolejce na wszystkie świadczenia praktycznie w każdej dziedzinie. To jest z gruntu niesprawiedliwe i niegospodarne.

Jak bardzo sytuację pacjentów skomplikowała epidemia?

Epidemia wywołała chaos w całej opiece zdrowotnej. Wielu ludzi bało się pójść do lekarza lub do szpitala, więc wiadomo, że trafią do tego lekarza czy szpitala niestety z bardziej zaawansowaną chorobą. COVID-19 spowodował zwiększoną zapadalność i nasilenie depresji, uzależnień, otyłości. Ale w niektórych zakresach epi-

demia przyniosła korzystne efekty zdrowotne, np. ludzie przestali się przemieszczać, więc wypadków było znacznie mniej, a tym samym mniej urazów wielonarządowych. Dzięki noszeniu maseczek, powszechnej dezynfekcji i dystansowaniu się istotnie spadła zapadalność na wiele chorób zakaźnych. Jednak kolejki wydłużają się, gdy ludzie przestaną się bać.

A wiadomo, że w sytuacji nagromadzenia pacjentów łatwo się kolejek nie rozładuje. Szpitale to nie jest maszyna w fabryce, która - nagle podkreślona - zrobi dwa razy więcej zabiegów. W większości dziedzin medycyny wydajność jest jasno określona i zależy od liczby lekarzy, ale też sprzętu medycznego, łóżek. Są dziedziny, w których wydajność sprzętu można zwiększyć. Przykładowo urządzenia do rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej mogłyby pracować nie 3 czy 4 godziny dziennie, ale nawet 12. Pojawia się jednak problem z lekarzami, którzy mogliby opisać „wyprodukowane” badania. Zniesiono limity, lecz kolejki wciąż są, tylko nie do aparatury, ale do lekarzy, którzy opisują uzyskane obrazy. Bardzo bym chciał opracować barometr i zobaczyć, jaki jest w tej chwili średni czas oczekiwania w Polsce na świadczenia zdrowotne. Musiałbym jednak mieć potwierdzenie, że to rzeczywiście temat interesujący dla partii politycznych i polityków. Wydaje mi się, że traktują ochronę zdrowia po macoszu, a to, prawdę mówiąc, demotywuje.

Wspomniał pan o zbyt małej liczbie lekarzy. Lekarze są ponadto przeciążeni m. in. biurokracją. Czy wśród rozwiązań systemowych powinno znaleźć się np. zwiększenie roli, a właściwie pojawienie się asystentów medycznych?

Przede wszystkim widać, że alokacja „ręczna” zarówno pielęgniarek, jak i lekarzy jest po prostu błędem. Są takie miejsca, w których lekarze nudzą się, nie są specjalnie obciążeni, i takie, w których nie wiedzą, w co ręce włożyć - przyjmują 50 pacjentów w ciągu 8 godzin pracy. Tak być nie powinno, to jest chore. Wydaje mi się, że w naszym systemie jest trochę za mało rynku, a za dużo ręcznego sterowania. Ktoś tam, jacyś biurokraci, wymyśla sobie różne papierki, które trzeba wypełniać. Praca lekarzy, szczególnie w Polsce, gdzie ich brakuje, jest zbyt cenna, żeby zajmowali się jakimś kwitami. Przypominam, że gdy Łukasz Szumowski objął ministerstwo, zatrudnienie tzw. asystentów medycznych miało być panaceum na wszystkie bóle. Nie wiem, czy ktoś jeszcze pamięta te zapowiedzi, ale ja je pamiętam bardzo dobrze. Szumowski mówił, że będzie cudownie, że lekarze będą odciążeni. Dzisiaj pytam, gdzie są ci asystenci medyczni? Nie ma ich. Zapowiedzi jak zwykle puste, czysta paplanina polityczna, bez żadnej odpowiedzialności za słowo, bez żadnej dbałości o wypełnianie składanych publicznie obietnic. Nie chcę mówić, jak to się nazywa, gdy ktoś nie dotrzymuje słowa, gdy rzuca słowa na wiatr...

(przedruk z „Pulsu” nr 9/20)

GERIATRIA NADZIEJĄ DLA SENIORÓW

Geriatrycja powinna być postrzegana jako wielopłaszczyznowy model opieki nad osobami w podeszłym wieku. Według konsultanta krajowego ds. geriatry prof. Tomasa Kostki, żaden system za 20-30 lat nie udźwignie podzielonej opieki nad osobami starszymi, jaką mamy obecnie. Brak spójnego systemu opieki geriatrycznej, poradni kompleksowo diagnozującej seniora podczas pierwszego kontaktu, zbyt mała liczba łóżek geriatrycznych, kolejki oczekujących pacjentów – to nasza rzeczywistość... I o niej właśnie w rozmowie z prof. dr hab. Małgorzatą Sobieszczańską, kierownikiem Katedry i Kliniki Geriatry Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Magdalena Orlicz-Benedykta: Dane statystyczne są alarmujące. W 2035 r. wg danych GUS osoby po 65 r.ż. będą stanowiły 25% społeczeństwa. Dwukrotnie zwiększy się populacja osób ponad 80-letnich, a projekt systemu opieki geriatrycznej w kraju czeka na wdrożenie od kilkunastu lat. Jaka jest obecnie kondycja polskiej geriatry?

Prof. dr hab. Małgorzata Sobieszczańska: Geriatrycja to interdyscyplinarna dziedzina medycyny, holistycznie traktująca chorych w starszym wieku. Pozwala kompleksowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego, spajając fizyczne, psychiczne, funkcjonalne i społeczne aspekty życia starszych pacjentów. W tym medycznym podejściu do seniorów mieszczą się także działania prewencyjne, które powinny stać się sta-

łym elementem życia już kilka dekad przed osiągnięciem wieku podeszłego. Uważa się, że prozdrowotny styl życia (właściwa dieta, niepalenie tytoniu i regularna aktywność fizyczna) może obniżyć o 40% ryzyko zgonu z powodu najczęstszych chorób cywilizacyjnych, tj. chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów i cukrzycy.

Paradoksalnie, nakłady na promowanie i wdrażanie działań prewencyjnych to jedynie 1,5% wszystkich kosztów ochrony zdrowia. Tymczasem w Polsce „rzeczywistość skrzeczy”. Obecnie funkcjonuje zaledwie ok. 900 łóżek na oddziałach geriatrycznych, czyli na 100 tys. seniorów przypada 1,5 łóżka. Dla kontrastu, w Austrii czy Szwajcarii te proporcje wynoszą średnio 50 łóżek na 100 tys. pacjentów geriatrycznych. Dla starszych chorych na Dolnym Śląsku dostępne są łącznie tylko 74 łóżka geriatryczne: w Klinice Geriatryi USK, Szpitalu im. Falkiewicza Wrocław-Brochów, Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze, Szpitalu „Mikulicz” EMC w Świebodzicach oraz w Centrum Diagnostyczno-Terapeutycznym „Medicus” w Lubinie.

M.O.-B.: Specjalizacja mało spektakularna. Jak zatem zachęcić do niej młodych lekarzy?

M.S.: Finansowo, ale ważne jest też miejsce zatrudnienia. Po zrobieniu specjalizacji z geriatryi nikt nie chce pracować na oddziale internistycznym, gdzie trzeba się skupić na chorobie wiodącej, bo za to są przyznawane ►►



punkty z NFZ. Zatem młodzi ludzie po takiej specjalizacji nie mają gdzie pracować. Najpierw należy zwiększyć liczbę łóżek geriatrycznych i stworzyć oddziały. Aktualnie w naszym kraju zaledwie ok. 450 lekarzy posiada specjalizację z geriatry, najczęściej jest to druga specjalizacja po chorobach wewnętrznych lub medycynie rodzinnej, realizowana z reguły w trybie pozarezydenckim.

W Polsce na 100 tys. mieszkańców przypada zatem tylko jeden geriatra (!), gdy dla porównania, na Słowacji ponad trzech, a w Szwecji prawie ośmiu. Ponadto duża liczba geriatrów nie wykorzystuje w pełni swoich umiejętności ze względu na dotkliwy brak oddziałów i przychodni o tym profilu. Wprawdzie geriatrya została uznana za dziedzinę priorytetową, co oznacza nieco większe wynagrodzenie dla osób, które zdecydowały się specjalizować w geriatry w trybie szkolenia rezydenckiego. Niestety, nie przekłada się to na zwiększone zainteresowanie młodych lekarzy tą specjalizacją. Ma na to wpływ także słabe umocowanie lekarzy geriatrów w systemie powszechnej opieki zdrowotnej (mówiąc wprost – brak możliwości uzupełnienia dochodów w różnych placówkach).

M.O.-B.: Czy biorąc pod uwagę statystyki i brak skonsolidowanej opieki medycznej nad seniorami, możemy być przysłowiowo „mądrzy po szkodzie”? Jak zapobiec ogromnym już kosztom leczenia?

M.S.: Pomimo dobrze już chyba rozpowszechnionych, aktualnych i prognostycznych danych statystycznych dotyczących gwałtownego przyrostu populacji osób starszych (określanego mianem „tajfunu starości”), nadal nie widać w naszym kraju skonsolidowanych działań ukierunkowanych na zbudowanie systemu kompleksowej ochrony obywateli przeżywających jesień swego życia. Dla przypomnienia, osoby w wieku powyżej 65 r.ż. na przełomie XX i XXI w. stanowiły 12% społeczeństwa. Modelowy system opieki nad osobami starszymi powinien bazować na bliskiej współpracy lekarzy POZ z geriatrami, odpowiedniej liczbie pielęgniarek i opiekunów socjalnych, działających w miejscu zamieszkania seniorów, szybkiej ścieżce diagnostycznej, a następnie terapeutycznej, wsparciu rehabilitacyjnym, szerokim dostępie do turnusów sanatoryjnych, niedrogich pobytach w domach „złotej jesieni”, a w ciężkich przypadkach – łatwości znalezienia miejsca w instytucjach opieki długoterminowej (zakładach opiekuńczo-leczniczych) lub opieki paliatywnej (hospicjach).

Współpraca POZ – geriatra u nas funkcjonuje, ponieważ taki oddział jest i są specjaliści, ale w wielu rejonach kraju czy w małych miejscowościach sytuacja wygląda dramatycznie. Brakuje ludzi, pieniędzy, a przede wszystkim zainteresowania i konsekwentnego programu. To musi zainicjować minister zdrowia. Tymczasem zainteresowanie władz ministerialnych zbudowaniem efektywnego systemu opieki nad seniorami charakteryzuje się okresowymi przypływami i odpływami. Przykładem tego było stworzenie wysokospecjalistycznych

oddziałów geriatrycznych, aby po kilku latach, zgodnie z koncepcją kolejnego ministra zdrowia, nastąpiła ich faktyczna likwidacja lub ponowne włączanie do oddziałów internistycznych oraz pomysł przekazywania kompetencji geriatrów w ręce lekarzy rodzinnych, czyli faktyczne uwstecznienie idei sprofilowanej opieki nad starszymi chorymi.

M.O.-B.: Pomówmy o aspekcie finansowym geriatryi...

M.S.: Kontrole NIK wykazały, że na oddziałach internistycznych średni koszt roczny wszystkich świadczeń był wyższy o ok. 1400 zł niż na oddziałach geriatrycznych, w tym także leków. Co stanowi o specyfice oddziału geriatrycznego? Pacjent przechodzi tam kompleksową diagnostykę, poprzedzoną całościową oceną geriatryczną (COG), której efektem jest nie tylko holistyczna ocena jego stanu zdrowia – fizycznego, psychicznego i społecznego, ale także szybkie wdrożenie adekwatnej terapii. Przy okazji lekarz geriatry weryfikuje zestaw leków pobieranych przez pacjenta.

Z powodu wielochorobowości, typowej dla wieku podeszłego, osoby starsze często nadużywają leków, co grozi tzw. polipragmazją. Często jej przyczyną jest dołączanie do listy leków kolejnych preparatów, przepisywanych przez różnych lekarzy specjalistów, o tym samym składzie chemicznym, lecz pod inną nazwą handlową, a także kupowanie leków i suplementów diety bez recepty („over-the-counter”).

W Polsce leki zażywa 95% osób powyżej 70 r.ż., z tego 1/3 co najmniej 5 leków długotrwale, zaś co dziesiąty senior musi pamiętać (jeśli potrafi) o zażyciu nawet kilkunastu leków na dobę! Najczęściej stosowane są leki nasercowe, usprawniające pracę przewodu pokarmowego oraz przeciwbólowe (często dublowane). Przy stosowaniu 5 leków jednocześnie ryzyko niekorzystnych interakcji wynosi już 50%. W rezultacie zamiast korzyści terapeutycznych pojawiają się nasilone działania niepożądane, a nawet kolejne, nowe objawy chorobowe określane mianem jatrogennych zespołów geriatrycznych, stanowiących nawet do 30% wszystkich problemów medycyny wieku podeszłego. Są one często przyczyną przyjęć do szpitala, m.in. z powodu krwawień z przewodu pokarmowego, odwodnienia i hiponatremii, nasilenia zespołu otępiennego, incydentów majaczenia czy upadków. Lekarz geriatry zwraca także uwagę na redukcję dawek leków, co jest konieczne u starszych chorych ze względu na upośledzenia funkcji nerek i wątroby, a także zmienioną farmakokinetykę leków w ustroju (z powodu spadku zawartości wody i wzrostu tkanki tłuszczowej, zastępującej malejącą masę mięśniową). Wykazano, że szybko i dobrze zdiagnozowany (przebadany) pacjent geriatryczny, z właściwie ustawionym przy wypisie ze szpitala leczeniem, znacznie rzadziej korzysta z porad lekarza POZ i nie tak szybko ponownie trafia do szpitala.

M.O.-B.: Z jakimi schorzeniami starsi pacjenci najczęściej trafiają do Kliniki Geriatrii we Wrocławiu?

M.S.: Konieczność częstych hospitalizacji osób w wieku podeszłym wynika z wielochorobowości, nietypowego

obrazu klinicznego schorzeń, zagrożeń związanych z farmakoterapią, zaburzeń poznawczych i trudności z przestrzeganiem zaleceń oraz znacznego stopnia niesprawności. Starsi chorzy stanowią dominującą grupę pacjentów wielu oddziałów szpitalnych i wykorzystują ponad 60% funduszy NFZ przeznaczonych na wszystkie hospitalizacje w Polsce. To także świadczy o randze problemu.

M.O.-B.: Jak wygląda w liczbach typowa dla osób w wieku podeszłym wielochorobowość?

M.S.: Choroba zwyrodnieniowa stawów dotyczy 80% ludzi po 75 r.ż., na choroby układu sercowo-naczyniowego cierpi 75% seniorów, nadciśnienie tętnicze ma połowa osób starszych, na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc choruje co czwarty senior, zdiagnozowaną cukrzycę ma 20%, a następne 20% wykazuje nietolerancję glukozy. Kolejnym ważkim problemem jest stale rosnąca liczba osób z zespołem otępiennym (obecnie już ok. 0,5 mln), najczęściej w postaci otępienia naczyniowo-pochodnego i choroby Alzheimer'a – racjonalny wydaje się zatem postulat opracowania specjalnego narodowego programu dla tej grupy chorych i ich opiekunów.

M.O.-B.: Powinno się stworzyć narodowy program?

M.S.: Koniecznie. Tymczasem nadal nie wprowadzono standardów opieki geriatrycznej w formie rozporządzenia ministra zdrowia, chociaż odpowiedni dokument został opracowany przez Zespół ds. gerontologii przy ministrze zdrowia już w 2007 roku (sic!) i opublikowany w czasopiśmie „Gerontologia Polska” (2013, t. 21, nr 2). W grupie ekspertów opracowujących „Standardy” znalazł się także dr n. med. Zbigniew Machaj, jeden z pionierów geriatry na Dolnym Śląsku, wieloletni konsultant wojewódzki ds. geriatry, powołany przez wojewodę także na obecną kadencję. „Standardy” pokazują krok po kroku, jak powinna być zorganizowana opieka nad pacjentem w podeszłym wieku – począwszy od poradni geriatrycznej, poprzez oddział geriatryczny, po opiekę już po wyjściu ze szpitala. Pomimo upływu wielu lat mizernie wygląda wdrażanie „Standardów” do praktyki lekarskiej i systemu ochrony zdrowia. Jednym z zaleceń jest wykonywanie przez lekarzy POZ, na wszystkich oddziałach, u osób po 65 r.ż. skali VES-13 (Vulnerable Elders - 13 Survey), stanowiącej szybki skrining kwalifikujący do całościowej oceny geriatrycznej (COG). Niestety, praktyka przeczy temu zaleceniu. Do tej pory także NFZ nie finansuje COG w opiece ambulatoryjnej, jak również nie uwzględnia w rozliczaniu świadczeń wielochorobowości starszych pacjentów. Szkoda, że szeroka wiedza, empatia i zaangażowanie lekarzy geriatrów nie jest w pełni wykorzystywane w celu zapewnienia dobrostanu starszym członkom naszego społeczeństwa.

Z informacji Ministerstwa Zdrowia wynika, że w ramach Narodowego Programu Zdrowia w latach 2016-2020 realizowano prace nad schematem opieki geriatrycznej, która ma usprawnić diagnostykę i leczenie starszych pacjentów. Ponadto analizowano propozycje geriatrycz-

nych świadczeń gwarantowanych, tj. diagnostyki otępienia z COG w ramach procedury leczenia jednego dnia, geriatrycznych zespołów konsultacyjnych oraz stacjonarnej rehabilitacji geriatrycznej. W ramach powyższych planów mieściły się także badania o akronimie PolSenior-2 (realizowanych w latach 2016-2020), w ramach których, także na terenie województwa dolnośląskiego, zbadano różnorodne aspekty sytuacji zdrowotnej i socjoekonomicznej starszych osób. Uzyskane obserwacje posłużą do zaktualizowania rekomendacji dla polityki zdrowotnej i społecznej wobec populacji seniorów w Polsce.

M.O.-B.: W 2016 roku na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu powołano do życia Katedrę i Klinikę Geriatrii z Oddziałem Geriatrii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. Jak do tego doszło i kto może liczyć na Waszą pomoc?

M.S.: Było to możliwe dzięki przychylnemu poparciu ówczesnego rektora uczelni i dyrektora USK oraz wspólnym staraniom dr Zbigniewa Machaja, ordynatora oddziału geriatry, i mojej skromnej osoby, jako ówczesnego dziekana Wydziału Lekarskiego. Do programu nauczania wprowadzono geriatricę jako przedmiot obowiązkowy dla studentów 5. roku kierunku lekarskiego w wymiarze 40 godzin rocznie. Dodatkową atrakcją, cenioną przez studentów, są zajęcia wyjazdowe w Ośrodku Alzheimerowskim w Ścinawie. Niewiele jest w Polsce placówek geriatrycznych o tak wysokim statusie dydaktyczno-klinicznym.

Klinika Geriatrii pracuje zgodnie z nowoczesną procedurą diagnostyczno-terapeutyczną, skupiając się na przyjęciach planowych pacjentów, kierowanych przez lekarzy POZ nie tylko z regionu dolnośląskiego. Najczęściej trafiają do nas chorzy z objawami narzucającymi konieczność szybkiego postawienia rozpoznania (jak np. niedokrwistość czy gwałtowna utrata masy ciała), z podejrzeniem zespołu otępiennego, przewlekłymi dolegliwościami bólowymi, niedożywieniem, zespołem słabości, zespołami jatrogennymi. W przeciągu 7-10 dni chory jest poddawany kompleksowej ocenie geriatrycznej, konsultacjom psychologa klinicznego i psychiatry, odpowiednio szczegółowym badaniom laboratoryjnym i obrazowym oraz stosownym konsultacjom specjalistycznym, w tym fizjoterapeutycznym.

Nie do wyobrażenia jest czas i wysiłek, jaki musiałby włożyć starszy chory, by poddać się tak szczegółowej diagnostyce poza naszym oddziałem. Ten szeroki program diagnostyczny przekłada się na kosztochłonność oddziału. Szkoda, że kontrakt z NFZ nie uwzględnia powyższej specyfiki. Niestety, moce przerobowe Kliniki są bardzo ograniczone ze względu zarówno na niedostateczną liczebność personelu lekarskiego, jak i pielęgniarskiego.

Co roku do Kliniki przyjmowanych jest tylko 600-650 pacjentów, choć zapotrzebowanie jest znacznie większe. Dlatego też w kolejce chory czeka na przyjęcie nawet 3-4 miesiące. Ponadto warunki lokalowe w Klinice od- ►►



biegają daleko od obecnie przyjętych standardów. Klinika mieści się bowiem w ponad 100-letnim budynku nadającym się do kapitalnego i zarazem bardzo drogiego remontu. Nasi pacjenci często mówią i piszą, że zaangażowanie i profesjonalizm personelu rekompensują im niedogodności lokalowe. Zobaczmy, co przyniesie przyszłość w tym zakresie...

M.O.-B.: Jak wygląda geriatrycja w dobie pandemii COVID-19?

M.S.: Trwająca epidemia wirusa SARS-CoV-2 wstrzymała na 1,5 miesiąca działalność Kliniki Geriatrii, co wynikało z troski o zdrowie naszych pacjentów, będących w grupie wysokiego ryzyka ze względu na osłabienie odporności związane z wiekiem (tzw. immunosenescencją) oraz wielochorobowością. Obecnie staramy się intensywnie nadrobić zaległości, dbając jednocześnie o zapewnienie bezpieczeństwa epidemicznego pacjentów. Wszyscy przyjmowani do Kliniki chorzy są dzień wcześniej poddawani testom na obecność koronawirusa w punkcie drive-thru przy ul. Borowskiej, przebadany został także cały personel medyczny Kliniki, starannie przestrzegane są zasady reżimu sanitarnego.

Wobec powyższego przyłączam się do licznych apeali o to, by osoby chore nie bały się pobytu w szpitalu.

Odwlekanie w czasie procesu rozpoznania choroby i podjęcia stosownego leczenia może okazać się fatalne w skutkach. Trudno powiedzieć, ile poważnie chorych osób nie udało się uratować z powodu panicznego strachu wywołanego epidemią. Ludzie nadal umierają, i to częściej, także z powodu innych chorób niż COVID-19. Jest to również zadanie dla opiekunów pacjentów geriatrycznych i lekarzy rodzinnych, by przekonywali ich do poddania się bezpiecznej hospitalizacji. Pomimo niezbyt komfortowej sytuacji staramy się zachęcać do podjęcia pracy w Klinice i specjalizowania się w geriatrycji najmłodsze pokolenie lekarzy, którym w podjęciu tej decyzji, mam nadzieję, pomogą zajęcia dydaktyczne prowadzone w Klinice, pokazujące specyfikę i przydatność tej dziedziny medycyny, zwłaszcza w obliczu wiadomego trendu demograficznego. Niestety, względy finansowe odgrywają również niebagatelną rolę, m.in., rozbieżność pomiędzy wynagrodzeniami lekarza-rezydenta i asystenta kliniki. Mimo wszystko Zespół Katedry i Kliniki Geriatrii utrzymuje optymistyczną nadzieję na pozytywny klimat dla rozwoju geriatrycji w naszym kraju, regionie i na naszej uczelni.

(przedruk z „Medium” nr 8/20)

MUZYKOTERAPIA W LECZENIU DZIECI I OSÓB STARSZYCH

Kołysanki śpiewane niegdyś przez mamę, teraz śpiewamy wnukom, gdy ich rodzice wychodzą do teatru. Dziwny stan lekkości odczuwa każdy, kto stojąc w zgromadzeniu, śpiewa hymn narodowy. Każdy też ma swoje ulubione melodie, które wyciszają, uspokajają. Tak pisał dr hab. Andrzej Wojnar, prof. nadzw. we wstępie do wydanej w 2016 roku przez DRL pracy zbiorowej pt. „Muzyka w życiu człowieka”. Ta sama, ulubiona muzyka może też leczyć. O terapii malutkich dzieci i osób starszych z dr n. med. Elżbieta Trypką i dr n. med. Anną Seredyn-Pieniądz rozmawia Aleksandra Solarewicz.

Aleksandra Solarewicz: To, co jest od zarania dziejów częścią naszej kultury, wyznacznikiem smaku, poziomu wychowania, okazuje się, nazwałabym to – dźwiękowym suplementem.

Dr n. med. Anna Seredyn-Pieniądz: Muzyka jest nieodzowną częścią życia człowieka. U tak młodego pacjenta, jakim jest pacjent neonatologiczny i pediatryczny, dzięki kontaktowi z muzyką lepiej rozwijają się wszystkie układy nerwowe, taki pacjent lepiej też odczuwa bodźce. Dziecko ma lepszy kontakt z rodzicami, którzy na przykład mu śpiewają.

A.S.: Czy istnieją takie schorzenia, które są wskazaniem do muzykoterapii u dzieci?

A.S.-P.: Muzykoterapia jest dziedziną nauki, przede wszystkim ma pomóc w terapii chorób psychicznych.

Schorzeniem, w którym stanowi jedno z podstawowych źródeł terapii, jest autyzm wczesnodziecięcy. Muzyka pomaga w przełamaniu i nawiązaniu kontaktu z pacjentem. Dzieci autystyczne mają słabo rozwiniętą sferę emocjonalną, a dzięki bodźcom muzycznym można z nimi nawiązać kontakt wzrokowy i słuchowy. Zresztą, muzykoterapia jest nie tylko jedną z form leczenia, ale również wspomaga znakomicie rozwój dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Pomaga w rozwoju twórczości, myślenia przestrzennego.

A.S.: A w jaki sposób muzyka pomaga seniorom?

Dr n. med. Elżbieta Trypka: Muzyka jest narzędziem pomocniczym w leczeniu zaburzeń pamięci i zaburzeń zachowania oraz znoszeniu zaburzeń lękowych u osób starszych (i u wszystkich, u dzieci też). Większość badań oceniających efekty muzykoterapii wykazało, że muzyka wywiera pozytywny wpływ na lęk i zaburzenia zachowania, choć pamięć (jako taka) nie poprawia się. Dla wielu opiekunów lęk, agresja pacjenta są dużo trudniejsze do zaakceptowania niż zaburzenia pamięci. Wiele osób utożsamia ośpienie z zaburzeniami pamięci i akceptuje to. Natomiast niewiele osób spodziewa się, że ukochana mama czy ukochany tato, którymi się opiekują, będą na nich krzyczeć, bić lub załatwiać swoje potrzeby fizjologiczne w kącie pokoju, bo to także się zdarza. W przypadku takich zachowań muzyka może być bardzo pomocna.

A.S.: W starszym wieku słuch staje się słabszy. Z czego to wynika?

E.T.: Ze zmian fizjologicznych. Mniejsza elastyczność w uchu środkowym powoduje, że przenoszenie dźwięków jest słabsze, w efekcie osoby starsze nie słyszą wyższych dźwięków.

A.S.: Na czym polega muzykoterapia seniorów?

E.T.: Dostępnych jest wiele technik, często stosowana jest muzyka reminiscencyjna, która może być zalecana przez lekarzy różnych specjalności, nie tylko psychiatrów. Polega na przywoływaniu przeszłości poprzez śpiewanie lub odtwarzanie znanych piosenek. Pacjenci słuchają znanego utworu, który uruchamia ich wspomnienia i wtedy są w stanie przypomnieć sobie zapomniane fakty. Muzyka wydobywa z pacjenta coś, o czym on zapomniał.

A.S.: A jak „podajemy” muzykę maluszkom?

A.S.-P.: To przede wszystkim czytanie i śpiewanie przez rodziców. W tej chwili w miejscu, gdzie pracuję, czyli w Klinice Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego, odbywa się co roku „Kołysankowanie”. Nie kołędowanie, ale kołysankowanie. Mamy śpiewają swoim nienarodzonym jeszcze dzieciom kołysanki. Towarzyszy im kwartet smyczkowy z Narodowego Forum Muzyki.

A.S.: Jakież inne techniki?

A.S.-R.: Puszczanie audiobooków dzieciom, które są w inkubatorze, i tym, które są już w domu. Podkreślam, że nie mówimy nigdy o najlepszej metodzie muzycznej dla dzieci, ponieważ każde dziecko czy jest to przedszkolak czy dziecko w wieku szkolnym wymaga indywidualnego podejścia i ćwiczeń z udziałem muzyki, aby je ukształtować.

E.T.: W przypadku osób starszych jest to na przykład muzyczny, zmysłowy trening orientacyjny stosowany po to, żeby pacjent lepiej orientował się co do czasu i miejsca, w którym się znajduje. Z kolei słuchowy trening percepcyjny dotyczy osób, które nie słyszą. Polega na nauczaniu mózgu słuchania. Pacjenci słuchają muzyki i otrzymują instrukcje, które pomagają im rozpoznawać i odróżniać dźwięki. To są niektóre techniki wykorzystywane u osób starszych. Jest ich więcej i są one wykorzystywane przy zaburzeniach nastroju lub redukcji lęku.

A.S.: Ważny jest dobór odpowiedniej muzyki...

E.T.: Sugeruje się, aby była przez nich akceptowana, a więc pochodziła z ich młodych lat, żeby im się dobrze kojarzyła.

A.S.: Może pani podać przykład melodii, która została szczególnie życzliwie przyjęta?

E.T.: Tak jak powiedziałam, dobieramy ulubione melodie pacjentów, te, które dobrze im się kojarzą. Współpracujemy z Akademią Muzyczną, muzykoterapeuci przychodzą do nas. We współpracy z uczelnią nagraliśmy płytę z pieśniami patriotycznymi. Właśnie na zajęcia. To nasi pacjenci wybierali, które piosenki miały być nagrane. Np. „Rota”, „O mój rozmarynie”. Śpiewał chór akademii muzycznej, ale to nasi pacjenci wybierali,

co oni mają nagrać. Natomiast w terapii dziecięcej często stosujemy muzykę klasyczną. Dlaczego? Nie, nie, to nie jest kwestia badań. To wynika z naszych obserwacji.

A.S.: Dzieci i muzyka klasyczna - a jednak! Które rodzaje muzyki i utwory dzieci lubią szczególnie?

A.S.-P.: Rzeczywiście, zawsze stosujemy klasyczną, bo ona wycisza. I to niezależnie, czy chodzi o dziecko, czy osobę dorosłą. Ale to nie jest Bach i nie jest Beethoven, które są najczęściej tonacjami molowymi, ciężkimi, tylko raczej muzyka o delikatniejszych tonacjach, muzyka, która dzieci wycisza. Zarówno w ich okresie prenatalnym, jak i postnatalnym.

A.S.: W których ośrodkach seniorzy będą objęci terapią muzyczną?

E.T.: Kiedy podczas wizyty opiekunowie pytają mnie o dodatkowe metody wsparcia, mówię im o słuchaniu muzyki, o tańcu, a nawet o układaniu piosenek. Oddział dzienny naszej kliniki jest do takich zajęć przystosowany. Ale przystosowane są też wszystkie domy dziennego pobytu prowadzone przez fundacje. Tam, pod auspicjami naszej kliniki, staramy się wprowadzać muzykoterapię. Tylko że problemem jest zatrudnienie muzykoterapeuty...

A.S.: Bo to musi być profesjonalista?

E.T.: Tak.

A.S.: Kim jest muzykoterapeuta?

E.T.: Muzykoterapia stanowi odrębny kierunek studiów magisterskich na akademii muzycznej. Trafiają tam oczywiście muzycy, bo w tej pracy trzeba bezwzględnie umieć grać na instrumentach, albo terapeuci, którzy chcą uzupełnić swoje kwalifikacje (mogą wybrać studia podyplomowe). [...]*

A.S.: Jak wyglądają zajęcia muzyczne?

E.T.: Przykładowo, grupa wraz z muzykoterapeutą tworzy melodię. Każdy pacjent wybiera sobie jeden instrument, np. trójkąt, marakasy. Ja uderzam dwa razy, ty uderzasz trzy razy i tworzy się melodia. Natomiast psychoterapeuta musi regulować rytm. Pacjenci muszą słyszeć, że przez to, co robią, tworzą muzykę, a więc terapeuta musi umieć nimi kierować, musi sam potrafić tworzyć muzykę. Stąd konieczne jest wykształcenie muzyczne prowadzącego.

A.S.: Czy podejście holistyczne, a należy do niego stosowanie muzykoterapii, jest popularne w polskiej medycynie?

E.T.: Te ośrodki, które specjalizują się w geriatrici, tak, starają się podchodzić holistycznie, wykorzystując nie tylko muzykoterapię, ale różne techniki. W Polsce problemem jest to, że tych ośrodków mamy niewiele i choć są wyspecjalizowane, pracuje dobra kadra, jest ich mało i nie da się dotrzeć do większej liczby osób.

A.S.-P.: Gabinet lekarski jest wciąż jeszcze pustą przestrzenią, zawierającą biurko i szafkę. Nie ma miejsca na kolory, na muzykę, więc dzieci czują się w niej niepewnie. Znaleźć taki ośrodek naprawdę jest ciężko. Są stosowane, owszem, karty hałasu na OIOM-ach, żeby nie za-



chowywać się za głośno. Lekarze zaczynają to doceniać i rozumieć, że nie może być za głośno, natomiast nie uważałam jeszcze w klinikach, by muzyka była traktowana poważnie.

A.S.: Czy do muzykoterapii istnieją przeciwwskazania?

E.T.: Tylko jeśli senior nie lubi muzyki, i zdarzają się rzeczywiście tacy seniorzy. Czasem muzyka jest dla nich za głośna. Trudno powiedzieć, że to przeciwwskazanie, jest to raczej utrudnienie u cierpiących na niedosłuch. Żle dobrane tony, u pacjentów noszących aparaty małżowinowe, drażnią starsze osoby i wtedy niechętnie uczestniczą one w takich zajęciach. Natomiast z moich obserwacji wynika, że pacjenci na oddziale bardzo chętnie biorą udział w muzykoterapii, zwłaszcza że jest to muzyka, którą dobierają oni sami. Oczywiście, istnieje pewien kanon utworów, ale bardzo często to oni decydują i to im sprawia dużą przyjemność.

A.S.: Również dziecko jest bardzo wrażliwe na tony, głośność?

A.S.-P.: Każdy dźwięk, który pod względem decybeli jest niedostosowany do dziecka, odbierany jest jako coś niechcianego. Dzieci potrafią np. zachowywać w pamięci sytuację zamykania inkubatora i bardzo mocno na nią reagować, tak samo jak na kładzenie przyrządów, strzykawek i „nerek”. Pudło rezonansowe inkubatora silnie reaguje. Dzieci to wszystko słyszą i są potem bardzo nerwowe. Dźwięk, jako taki (nawet nie muzyka), dla noworodka, który jest wcześniakiem, nie może być ani za cichy, ani za głośny. Musi być do niego dostosowany.

A.S.: Czyli sami kontrolują państwo dźwięk, który dociera do uszu noworodków?

A.S.-P.: Oczywiście. Obecnie istnieją nawet specjalne „ucha” które stosujemy na OIOM-ach, a które określają nam natężenie dźwięku.

A.S.: Ucho z OIOM-u. To brzmi jak podsłuch!

A.S.-P.: A jest to urządzenie elektroniczne umożliwiające pochłanianie i monitorowanie natężenia dźwięków na oddziałach szpitalnych. Na jego ekranie wyświetla się zarys ucha ludzkiego, w obrębie którego ukazują się kolorowe znaczniki: żółty półokrąg oznacza ostrzeżenie, a czerwona „kulka” sygnalizuje już hałas.

A.S.: A więc stoi sobie takie ucho przy inkubatorze i...?

A.S.-P.: I pokazuje nam, czy nie jesteśmy za głośno, czy pielęgniarki i lekarze nie rozmawiają ze sobą za głośno. Kiedy na oddział wchodzi grupa studentów i dajmy na to, wszyscy oni zaczynają rozmawiać, to jest to szkoldliwe dla dzieci i ich rozwoju.

A.S.: Bardzo ciekawe!

A.S.-P.: To jest bardzo szeroki temat, dlatego że nie zdajemy sobie sprawy, jak wiele dzieci mogą wynieść z życia płodowego, jeśli chodzi o rozwój sensoryczny. Muzyka zapewnia komfort dziecku, bezpieczeństwo. Słyszac głos matki czy ojca, pielęgniarki czy lekarza - gdyż jeśli dziecko zostało porzucone i zostaje na oddziale, to lekarz jest dla niego osobą najbliższą - uspokaja się. I my to widzimy. Widzimy, że dziecko, do którego się mówi, dziecko, które słyszy powtarzalne dźwięki i tonacje, jest zdecydowanie spokojniejsze. I tu nie chodzi nawet o rodzaj muzyki, ale o jej głośność i kontakt nawiązywany z rodzicem.

A.S.: A więc nie jest to jedynie moda. To działa?

A.S.-P.: To nie jest moda. To było wiadomo od dawien dawna. Dzieci rozwijają się lepiej.

Dr n. med. Elżbieta Trypka - adiunkt w Katedrze i Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Specjalista z zakresu psychiatrii. Współzałożycielka i członek zarządu Polskiego Towarzystwa Psychogeriatrycznego. Zajmuje się głównie chorobami neurozwyrodnieniowymi OUN, możliwościami wczesnego diagnozowania oraz istniejącymi zaburzeniami biochemicznymi w przebiegu choroby Alzheimera. Autorka wielu prac naukowych w czasopismach polskich i zagranicznych.

Dr n. med. Anna Seredyn-Pieniądz - pracownik naukowy od 20 r.ż. Doktorat z neonatologii i położnictwa, promotor - prof. Lidia Hirnle. Obecnie neonatolog, asystent w I Katedrze i Klinice Ginekologii i Położnictwa oraz wykładowca UM we Wrocławiu. Laureatka nagrody Hippokrates 2017 jako pediatra. Średnie wykształcenie muzyczne. Pracuje charytatywnie.

** - skrót pochodzi od Redakcji Opolskiej - JBL.
(przedruk z „Medium” nr 3/20)*

TELEMEDYCyna – AUTOSTRADA DO PRZYSZŁOŚCI CZY ŚLEPA ULICZKA?

Mimo iż technologia wkracza z impetem w medycynę już od wielu lat, to właśnie aktualna pandemia koronawirusa spowodowała prawdziwy rozkwit usług telemedycznych na naszym rynku.

Z wrodzonej ciekawości, zainteresowany tematem jeszcze w czasach studiów oraz z myślą o tym artykule, postanowiłem wykorzystać moment odpoczynku od mojej codziennej pracy i przyjrzeć się z bliska rozwojowi

przychodni telemedycznych. W tym celu w kwietniu zatrudniłem się w trzech wiodących centrach telemedycznych w Polsce, a czwarte mogłem obserwować, zaglądając przez ramię mojej małżonki. Dodatkowo w przychodni stacjonarnej też zmuszeni byliśmy przejść praktycznie tylko na teleporady.

Na swoim małym poletku i w grupie raptem kilkuset stałych pacjentów opieram się na konsultacjach zdal-

nich, systemach teleinformatycznych oraz zdalnym monitoringu już od 2012 r. Byłem niezmiernie ciekawy, jak to wygląda na dużo większą skalę i w przypadku pacjentów, których nie znamy i nigdy nie badaliśmy osobiście.

Na odległość

Zacznijmy od tego, że świadczenie usług telemedycznych, teleporady, e-recepty, e-ZLA i e-skierowania bez osobistego zbadania pacjenta są w Polsce całkowicie legalne. O zasadności ich wystawienia decyduje lekarz i tu zaczynają się kontrowersje... „No bo jak można zdecydować o leczeniu, nie widząc pacjenta!” - mówią jedni. Innym nie wystarczy nawet zobaczenie za pomocą wideokonsultacji, ponieważ „na odległość to można co najwyżej emotikony wysyłać, a nie recepty czy zwolnienia”. Jeszcze inni poważnie obawiają się o ryzyko przeoczenia poważnych chorób. Zagorzali przeciwnicy tej formy świadczenia usług medycznych donoszą o „pierwszych ofiarach śmiertelnych telemedycyny”. Czy słusznie? Tak, bo bez tych głosów sprzeciwu istnieje szansa, że ten szybki rozwój poszedłby o krok za daleko, a telemedycyna również ma swoje ograniczenia i trzeba mieć to na uwadze. Czy w związku z tym całkowicie zablokować tę drogę? Zdecydowanie nie. Zamiast blokować i protestować, nauczmy się z niej korzystać! W swoim prywatnym gabinecie dwa lata temu zastąpiłem pierwszą wizytę formularzem badania podmiotowego on-line, którego wypełnienie zajmuje pacjentowi ok. 25-30 min, a ja potrzebuję później 5 min na jego analizę. Wcześniej zajmowało to średnio 1h 15 min. Oszczędzam czas, a pacjent pieniądze. Cały proces przebiega sprawniej, jest bardziej uporządkowany, udokumentowany i pozwala na późniejszą analizę statystyczną trendów zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości. Kolejny plus to dokumentacja, jaką automatycznie otrzymuje pacjent z każdej teleporady, co zwiększa compliance.

Konsultacja konsultacji nierówna. Wiele porad w POZ to kilkuminutowe wizyty oparte na szybkim wywiadzie, krótkie badanie i skrawki dokumentacji (jeśli w ogóle), często bez badań lub z pojedynczym badaniem morfologii krwi. Telemedycyna stwarza możliwość chociażby udostępnienia danych pacjenta z jego mobilnej aplikacji „Zdrowie”, przechowującej dane, np. dotyczące tętna, ciśnienia tętniczego, aktywności fizycznej, wyników morfologii i biochemii krwi, pomiarów glikemii czy składu masy ciała. To świetny punkt odniesienia dla lekarza i wgląd do czasem kilkuletniej samoobserwacji pacjenta. Systematyczne pomiary dokonywane samodzielnie przez pacjentów za pomocą przeróżnych akcesoriów i aplikacji mHealth, mimo mniejszej dokładności niż specjalistyczna aparatura medyczna, potrafią dostarczyć znacznie więcej informacji o pacjencie niż pojedyncze badanie z użyciem wyszukanego i certyfikowanego klinicznie sprzętu. Wiele z tych mobilnych „gadżetów” i aplikacji z czasem uzyskuje akceptację amerykańskiego FDA. Do

tego dochodzi możliwość obejrzenia pacjenta przez wideorozmowę, analiza formularza wypełnionego wcześniej przez pacjenta i późniejszy kontakt poprzez chat w celu uzupełnienia zaleceń. W takim wydaniu telekonsultacja wypada bardzo dobrze, jeśli nie lepiej na tle standardowej szybkiej wizyty w NPL. Jest też jednak ciemna strona medalu - prośba o zolpidem lub alprazolam, bez głębszego uzasadnienia w formularzu (często n-ta w danym tygodniu od tego samego pacjenta), brak weryfikacji telefonicznej i recepta 5 min później na e-mailu. W mojej opinii nie jest to jednak problem systemowy, a kwestia etyki i odpowiedzialności zawodowej lekarzy w ten sposób postępujących.

Dla kogo jest telemedycyna?

Przed wszystkim dla pacjentów, ale też dla lekarzy. Jednak z całą pewnością nie dla wszystkich. Jeśli chodzi o tych pierwszych to młode, względnie zdrowe, ale też wiecznie zabiegane osoby oraz te nieco starsze chorujące przewlekle, ale bez zaostrzenia dolegliwości znajdują w teleporadach odpowiedź na to, co dręczyło ich do tej pory najbardziej - stracony cały dzień na prośbę o wypisanie jednej recepty. Są też sytuacje awaryjne (i nie mam tu na myśli tylko antykoncepcji „po”). Byłem zaskoczony liczbą zgłoszeń i przypadków, gdzie ludzie w mniejszych miastach i wsiach zostali całkowicie odcięci od lekarzy specjalistów, ale także od swoich POZ-ów. Dla takich ludzi możliwość porozmawiania przez telefon z lekarzem w ramach przychodni telemedycznej jest jedyną szansą na konsultację medyczną czy kontynuację leczenia przewlekłego. Niektórzy muszą też usłyszeć od lekarza: „proszę dzwonić po pogotowie” lub „proszę jechać do izby przyjęć”, żeby uświadomić sobie realne zagrożenie swojego zdrowia.

Jeśli chodzi o lekarzy, to trzeba przyznać, że ciężko wyobrazić sobie specjalistów dziedzin zabiegowych udzielających teleporad z zakresu chirurgii czy ortopedii. Da się znaleźć takie zastosowanie, ale jego zakres jest bardzo ograniczony. W telemedycynie odnajdą się najbardziej lekarze rodzinni oraz interniści. Z pomocą przychodzi od razu Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej z kompletem wskazówek dotyczącym udzielania telekonsultacji - brawo! Wierzę, że dla wielu innych specjalizacji telekonsultacje stanowiłyby również znakomite uzupełnienie opieki nad pacjentem. Moim zdaniem trzeba myśleć o telemedycynie jak o narzędziu pomocnym w kompleksowej opiece nad pacjentem i formie odciążenia niewydolnego systemu usług zdrowotnych w Polsce. Jak wspominałem wcześniej, problemem nie jest narzędzie samo w sobie, ale sposób, w jaki z niego korzystamy.

Poniżej moje krótkie spojrzenie na telemedycynę w Polsce z różnych perspektyw. Zachęcam do pisania do redakcji „Panaceum” i dzielenia się swoimi doświadczeniami oraz przemyśleniami dotyczącymi tego tematu. Czekamy na opinie pod adresem panaceum@oil.lodz.pl.





Przychodnia nr 1

Jeden z liderów na rynku, kilka lat działalności medycznej, głównie dla podmiotów ubezpieczeniowych. Chwałą się 50 tys. konsultacji miesięcznie. Pacjent wybiera formę konsultacji - chat, telefon, wideorozmowa. Może dołączyć dokumentację medyczną. Teoretycznie kilkuset lekarzy dostępnych 24h/7. W praktyce: prawie wszyscy lekarze mają włączone grafiki na 2-3h w tygodniu - nic dziwnego, skoro pacjentów w rzeczywistości jest niewielu. Największa wpadka to dziurawe zabezpieczenia i odkryty dostęp do danych wrażliwych pacjentów. Nawet jeśli to tymczasowy błąd, to taki absolutnie nie powinien się zdarzać. Kolejny minus to skomplikowany system online, do którego są dwie osobne platformy, a jak się później okazuje, nawet więcej niż dwie. Może dlatego ciągle zdarzają się problemy techniczne. Recepty wystawiane przez system, zwolnienia trzeba osobno podpisać przez ZUS PUE. W pewnym momencie dochodzę do wniosku, że łatwiej byłoby mi wystawić receptę kalkulatorem. Historia poprzednich wizyt pacjenta (o ile takie były) bardzo nieczytelna. To, co proste z punktu widzenia informatycznego, okazuje się po prostu bardzo niepraktyczne w pracy lekarza i prowadzeniu dokumentacji medycznej. Pacjenci, na jakich trafiłem, w większości wymagający osobistego kontaktu, ale było ich stosunkowo mało - może po prostu miałem takie szczęście.

Przychodnia nr 2

Jedna z najbardziej kontrowersyjnych ze względu na swój agresywny marketing. System pracy uberowy. Największa dostępność dla pacjenta do konsultacji (krótki formularz, wymóg realizacji zgłoszenia w ciągu 30 minut). Pomysł w rozbudowie. Przyglądam się z zaciekawieniem i zasadniczo kibicuję, bo lubię ludzi z pasją i determinacją, którzy nie koncentrują się tylko na procencie zwrotu inwestycji. Aktualnie lekarze pracują na własnych systemach gabinetowych, a sam kontakt z pacjentem jest poprzez platformę - dla mnie wygodnie i szybko, bo pracuję na własnym programie, który znam i działa bez zarzutu, mogę skoncentrować się na rozmowie z pacjentem i analizie dokumentacji, a nie na błędach informatycznych. Minus to brak historii wizyt pacjenta (ale prace nad tym trwają). Z uwagi na zdecydowanie największą dostępność dla pacjenta pojawia się dużo prób wymuszenia leków psychotropowych (niektóre bardzo kreatywne).

Przychodnia nr 3

Tutaj chapeau bas! Po pierwsze - działalność pro bono! Po drugie - ogrom wiedzy, zarówno stricte medycznej, jak i prawnej w zakresie działalności przychodni telemedycznych nie tylko w Polsce, ale i na świecie (w końcu doświadczenie przywiezione po kilkuletniej pracy w UK). Po trzecie: koncentracja na pandemii koronawirusa w kontekście diagnostyki, obserwacji i porady dla zaniepokojonych pacjentów.

Po czwarte - sprawdzony program do dokumentacji medycznej bazujący na chmurze danych. Po piąte - ogromne ambicje rozbudowy projektu! Pomysł od A do Z realizowany na idei niesienia pomocy pacjentom. Zdecydowanie wyróżnia się na tle konkurencji.

Przychodnia nr 4

Gałąź telemedyczna jednego z największych dostawców prywatnych usług medycznych w Europie. Jeden z najbardziej popularnych i rozbudowanych programów do dokumentacji medycznej (minus to konieczność instalowania na swoim komputerze i tylko w środowisku Windows). Obsługa stałych pacjentów w ramach ich pakietów ubezpieczeniowych. Pełny dostęp do historii medycznej, badań, konsultacji. Po prostu uzupełnienie przychodni stacjonarnej.

Przychodnia stacjonarna POZ, czasowo świadcząca tylko teleporady

Tu pracuję w gabinecie jako lekarz rodzinny. Przede wszystkim znam pacjentów. Po rozmowie telefonicznej decyduję, czy wymaga osobistego zbadania (wtedy zapraszamy do POZ, a tu czeka słuza, badanie temperatury, kwestionariusze i zgody, badanie w środkach ochrony, czas < 15 min, dezynfekcja). Zdecydowanie najlepsze rozwiązanie, a wentyl bezpieczeństwa w postaci możliwości decyzji o przyjęciu niekiedy bardzo istotny). W populacji pediatrycznej i do 55 roku życia chwalone przez pacjentów rozwiązanie.

Problem pojawia się w starszej grupie wiekowej, bo tu już ciężiej zmienić przyzwyczajenia i mimo świetnej organizacji i szybkiej adaptacji przychodni do nowych warunków pod drzwiami tłum ludzi ustawiający się w kolejce po... teleporady... Ale zmiany wymagają czasu, a rozwiązanie w postaci zatrudnienia w POZ jednego lekarza, który na stałe realizowałby telefoniczny triage wydaje się obiecujące z punktu widzenia efektywności całej przychodni.

Inne rozwiązania na rynku usług telemedycznych to oferty pośredniczenia w sprzedaży konsultacji lekarskich przez duże i znane portale medyczne. Lekarze płacą abonament, w ramach którego otrzymują reklamę oraz system rejestracji pacjentów. Niektóre platformy udostępniają także własne oprogramowanie do dokumentacji medycznej. Świetne w perspektywie kontynuacji leczenia własnych pacjentów z gabinetów prywatnych.

Podsumowując - najlepiej wypada model POZ plus telefoniczne konsultacje/triage. Przychodnie wirtualne powinny zdecydowanie iść w kierunku połączenia z portalem pacjent.gov.pl i ZUS PUE, tak by lekarz udzielający porady miał pełny wgląd do historii recept i leczenia pacjenta po drugiej stronie słuchawki.

Piotr KOSIELSKI
(przedruk z „Pranaceum” nr 7-8/20)

CO ZMIENI NOWELIZACJA O ZAWODZIE LEKARZA?

Uchwalona przez Sejm nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w dużej mierze jest odpowiedzią na postulaty zgłaszane zarówno przez środowisko medyków, jak i samorząd lekarski.

Ostateczny tekst uwzględnia część poprawek zgłoszonych przez Senat (mających na celu wykreślenie przepisów dotyczących szczególnego trybu przyznawania ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarzom specjalistom spoza UE, a także przewidujących dodatkowe punkty za list intencyjny w postępowaniu kwalifikacyjnym do specjalizacji).

Z uwagi na obszerność materii, omawiane zmiany zostały podzielone na zagadnienia, w których postaram się zwrócić uwagę na ważne kwestie i różnice w stosunku do dotychczasowej regulacji.

Niniejszy tekst poświęcę poszerzaniu i aktualizowaniu wiedzy, które nowelizacja określa nazwą „ustawiczny rozwój zawodowy”. Pod tym pojęciem należy rozumieć:

- kształcenie podyplomowe (obejmujące staż podyplomowy, kształcenie specjalizacyjne, a także nabywanie umiejętności z zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub umiejętności udzielania określonego świadczenia zdrowotnego, zwanych umiejętnościami zawodowymi) oraz
- doskonalenie zawodowe, które obejmuje stałą aktywność w ramach samokształcenia lub zorganizowanych formach kształcenia, potwierdzonych odpowiednią liczbą punktów edukacyjnych.

Zgodnie z nowymi przepisami, Okręgowa Rada Lekarska dopełnienie przez lekarza obowiązku doskonalenia zawodowego będzie dokonywać na dwa sposoby - poprzez System Monitorowania Kształcenia oraz poprzez dokonanie wpisu w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów (SMK).

Wprowadzono zapis, iż obowiązek doskonalenia zawodowego nie dotyczy lekarza, który odbywa staż podyplomowy, przebywa na urlopie macierzyńskim, a także który jest na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przekraczającej łącznie 50% okresu rozliczeniowego (czyli choroba trwa dłużej niż 2 lata w 4-letnim okresie rozliczeniowym).

Zagwarantowano również lekarzom zatrudnionym na podstawie stosunku pracy, którzy nie realizują w danym roku szkolenia specjalizacyjnego, urlop szkoleniowy. Jego wymiar wynosi do 6 dni roboczych, a udzielany czas wolny jest płatny według tych samych zasad jak

urlop wypoczynkowy. Uzgodnienie terminu winno nastąpić z kierownikiem danej jednostki, któremu należy również okazać dokument poświadczający udział w danym doskonaleniu zawodowym.

Przewidziano również szczególne rozwiązanie dedykowane lekarzom dentystom. Zgodnie z nim, podmiot, który prowadzi kurs szkoleniowy objęty programem specjalizacji, będzie mógł dopuścić do udziału w tym kursie dentystów nieodbywających szkolenia specjalizacyjnego w przypadku dysponowania wolnymi miejscami. Zasady uczestnictwa w kursie dana jednostka obowiązana będzie ustalić w porozumieniu z dyrektorem Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP).

Wprowadzono rozwiązanie, zgodnie z którym wszystkie podmioty prowadzące ustawiczny rozwój zawodowy, za wyjątkiem stażu podyplomowego, mają obowiązek przekazać Okręgowej Radzie Lekarskiej informacje o sposobie dopełnienia przez lekarza ciążącego na nim obowiązku. Ułatwi to rozliczenie uzyskanych punktów edukacyjnych i dokonanie niezbędnych wpisów: w dokumencie prawa wykonywania zawodu, okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów oraz w SMK.

Uzyskanie umiejętności zawodowych, o których mowa wyżej, będzie potwierdzane stosownym certyfikatem, który będzie mógł być przyznawany przez określoną kategorię podmiotów:

- towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym, które prowadzą działalność naukową przez co najmniej 5 lat przed złożeniem wniosku, albo
- państwowe instytuty badawcze, które uczestniczą w systemie ochrony zdrowia, które to są właściwe dla danej umiejętności zawodowej i zostały wpisane do rejestru prowadzonego przez dyrektora CMKP.

Jednym z warunków uzyskania wpisu jest posiadanie i przedstawienie regulaminu organizacji i prowadzenia certyfikacji w zakresie danej umiejętności.

Omawiane przepisy dotyczące ustawicznego rozwoju zawodowego weszły w życie z dniem 8 sierpnia 2020 r., za wyjątkiem regulacji dotyczącej certyfikatu umiejętności zawodowej, która zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2021 r.

Katarzyna RÓŻYCKA
radca prawny
Zespół Radców Prawnych ŚIL
(przedruk z „Pro Medico” nr 9/20)

ZMIANY W PRAWIE, O KTÓRYCH LEKARZ WIEDZIEĆ POWINIEN

W okresie wakacyjnym, poczynając od drugiej połowy czerwca do pierwszych dni sierpnia 2020 r., opublikowano niżej wskazane akty prawne, wprowadzające zmiany dotyczące następujących obszarów:

Kasy fiskalne

Od 19 czerwca 2020 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 10 czerwca 2020 r. w sprawie przedłużenia terminów prowadzenia ewidencji sprzedaży przy zastosowaniu kas rejestrujących z elektronicznym lub papierowym zapisem kopii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1059).

Rozporządzeniem przedłużono terminy, w których podatnicy mogą prowadzić ewidencję sprzedaży przy zastosowaniu kas rejestrujących z elektronicznym lub papierowym zapisem kopii - w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentyistów - do dnia 30 czerwca 2021 r.

Biologiczne czynniki chorobotwórcze

27 czerwca 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2020 r. w sprawie zgłaszania wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1118).

Rozporządzenie określa biologiczne czynniki chorobotwórcze podlegające obowiązkowi zgłoszenia, wynikającemu z przepisów ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a także przesłanki dokonywania zgłoszeń, z uwzględnieniem zgłoszeń wyników dodatnich i ujemnych, jak również sposób dokonywania zgłoszeń oraz właściwych państwowych inspektorów sanitarnych, którym są przekazywane zgłoszenia. W rozporządzeniu zawarte są także wzory formularzy zgłoszeń.

Wynagrodzenie rezydentów i priorytetowe dziedziny medycyny

Od 1 lipca 2020 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz. U. z 2020 r. poz. 1134). Dodano chirurgię dziecięcą, choroby zakaźne oraz specjalizację z medycyny paliatywnej, do grupy specjalizacji, których odbywające je lekarze otrzymują zwiększone wynagrodzenie w ramach rezydentury.

Jednocześnie usunięto ortodoncję z tego wykazu, przy czym lekarze dentyści, którzy zostali zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie ortodoncji w trybie rezydentury przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, zachowują prawo do wynagrodzenia zasadniczego w wysokości określonej w §1 dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury w dziedzinie priorytetowej, do dnia zakończenia odbywania tego szkolenia w tym trybie. Wzrost wynagrodzeń w zakresie wskazanych wyżej trzech specjalizacji pokrywa się z rozszerzonym katalogiem priorytetowych dziedzin medycyny, obowiązującym od 1 lipca 2020 r. na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia prioryte-

towych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1156). Z ww. katalogu została wykreślona ortodoncja.

Deklaracje wyboru w POZ

Od 1 lipca 2020 r. obowiązuje również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1143). Rozporządzenie określa wzory deklaracji lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ.

Wynagrodzenie stażysty

Od 1 lipca 2020 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2020 r. po 1147). Rozporządzeniem podwyższono wynagrodzenie lekarza stażysty do kwoty 2.900 zł (z dotychczasowej 2.700 zł).

Centralny rejestr danych o ekspozycjach medycznych

2 lipca 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 czerwca 2020 r. w sprawie zakresu informacji zawartych w Centralnym Rejestrze Danych o Ekspozycjach Medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1051).

W Rejestrze zawarte są informacje o ekspozycjach medycznych wykonywanych w jednostkach ochrony zdrowia w ramach szczegółowych medycznych procedur radiologicznych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej, medycyny nuklearnej oraz radioterapii. Obejmują one liczbę zastosowań medycznych procedur radiologicznych oraz wielkości narażenia na promieniowanie jonizujące z tytułu zastosowania medycznych procedur radiologicznych dla każdego z zakresów.

Zaznaczyć należy, że dane zamieszczane są w Rejestrze w podziale na następujące kryteria: płeć oraz wiek, z uwzględnieniem osób do 16. roku życia oraz osób powyżej 16. roku życia. Wielkość narażenia jest wyrażana jako średnia dawka skuteczna przypadająca statystycznie na przeciętnego mieszkańca Rzeczypospolitej Polskiej.

Badania lotniczo-lekarskie

W dniu 16 lipca 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 17 czerwca 2020 r. w sprawie badań lotniczo-lekarskich (Dz. U. z 2020 r. poz. 1168). Przepisy rozporządzenia określają sposób przeprowadzania badań lotniczo-lekarskich kandydatów na członków i członków personelu lotniczego oraz pokładowego, a także warunki i tryb wydawania i przechowywania orzeczeń o zdolności lub niezdolności do wykonywania lotów i innych czynności lotniczych, kontroli przeprowadzania takich badań lotniczo-lekarskich i orzekania, ich częstotliwość oraz sposób postępowania z dokumentacją medyczną badań lotniczo-lekarskich oraz wzory stosowanych dokumentów.

Katarzyna RÓŻYCKA
radca prawny

Zespół Radców Prawnych ŚIL
(przedruk z „Pro Medico” nr 9/20)



Duży dom po remoncie, blisko Szpitala Uniwersyteckiego w Opolu. Działalność gospodarcza i mieszkanie. Idealny dla lekarza.
tel.: 693-043-797.

MIĘDZYNARODOWA WYSTAWA FOTOGRAFICZNA LEKARZY POD HASŁEM „MÓJ ŚWIAT...”

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, jednak tym razem o zasięgu międzynarodowym, powakacyjna Wystawa Fotograficzna Lekarzy pod hasłem -„Mój świat...” - realizację tego tematu pozostawiamy inwencji oraz wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć udział w Wystawie.

Tegorocznej edycji Wystawy, podobnie jak poprzednim, towarzyszyć będzie konkurs, w którym prace oceni Jury złożone z profesjonalistów. Do udziału w Wystawie i Konkursie Fotograficznym zapraszamy Koleżanki i Kolegów nie tylko z okrajowych izb lekarskich w Polsce, ale także z zagranicy.

Zapraszamy do przysyłania fotografii drogą elektroniczną lub na nośnikach danych. Pozostawiamy też możliwość dostarczania zdjęć w wersji papierowej. Termin dostarczania fotografii upływa 9 października br.

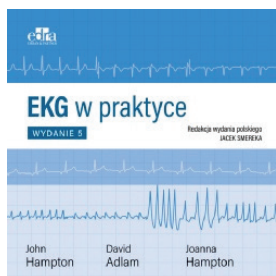
Wernisaż Wystawy, podczas którego zostaną ogłoszone wyniki Konkursu Fotograficznego (bądź w zależności od rozwoju sytuacji epidemiologicznej relacja online z wernisażu) odbędzie się 25 października 2020 r. (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 30 października br.

Prosimy o zapoznanie się z regulaminem, który określa warunki przystąpienia do Konkursu Fotograficznego. Kontakt: Iwona Szelewa, Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, tel. 42/683-17-01.

Nawiążę współpracę z lekarzem stomatologiem. NYSA - kontakt Marek Jodełka tel. 501-765-899 i 77/433-33-13.

NOWOŚCI WYDAWNICZE

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86w



EKG W PRAKTYCE

D. Adlam, J. Hampton, J. Hampton

wyd. 5, red. J. Smereka

rok wydania 2020

ISBN 978-83-66548-22-0, format 185 x 185, oprawa miękka, stron 348, cena: 57.60 zł

Niniejsza książka jest siódmym wydaniem podręcznika The ECG in Practice. Tytuł zmieniono na The ECG Made Practical, by podkreślić związek z publikacją The ECG Made Easy. Założono, że czytelnik tej książki dysponuje wiedzą na temat EKG zawartą w podręczniku The ECG Made Easy.

EKG to badanie naprawdę proste w swoich podstawach, ale odmiany zapisu obserwowane zarówno u osób zdrowych, jak i u pacjentów z chorobami serca i innymi schorzeniami mogą sprawić, że wyda się ono bardziej skomplikowane, niż jest w rzeczywistości. Ta książka koncentruje się na tych odmianach i zawiera kilka przykładów poszczególnych nieprawidłowości. Jest ona przeznaczona dla każdego, kto rozumie podstawy, ale chce maksymalnie wykorzystać potencjał badania EKG jako narzędzia klinicznego.



TRÓJWYMIAROWA MANUALNA TERAPIA WAD STÓP U DZIECI

B. Zukunft-Huber

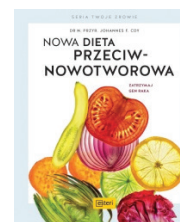
wyd. 3, red. K. Hrynyszyn

rok wydania 2020

ISBN 978-83-65373-48-9, format 170 x 240, oprawa miękka, stron 304, cena: **107.10 zł**

Niniejsza książka jest siódmym wydaniem podręcznika The ECG in Practice. Tytuł zmieniono na The ECG Made Practical, by podkreślić związek z publikacją The ECG Made Easy. Założono, że czytelnik tej książki dysponuje wiedzą na temat EKG zawartą w podręczniku The ECG Made Easy.

EKG to badanie naprawdę proste w swoich podstawach, ale odmiany zapisu obserwowane zarówno u osób zdrowych, jak i u pacjentów z chorobami serca i innymi schorzeniami mogą sprawić, że wyda się ono bardziej skomplikowane, niż jest w rzeczywistości. Ta książka koncentruje się na tych odmianach i zawiera kilka przykładów poszczególnych nieprawidłowości. Jest ona przeznaczona dla każdego, kto rozumie podstawy, ale chce maksymalnie wykorzystać potencjał badania EKG jako narzędzia klinicznego.



NOWA DIETA PRZECIWNOWOTWOROWA. ZATRZYMAJ GENY RAKA

Johannes F. Coy

rok wydania 2020

ISBN 978-83-66548-21-3, format 165 x 200, oprawa miękka, stron 144. Cena: **36.75 zł**

Dieta odgrywa ważną rolę w rozwoju raka. Komórki rakowe potrzebują cukru do wzrostu i rozprzestrzeniania się w organizmie. Jednocześnie rozwijają mechanizmy obronne, które chronią je przed atakami układu odpornościowego organizmu, a także przed chemioterapią i radioterapią. Znacząca redukcja węglowodanów przed leczeniem pomaga zmienić metabolizm komórek rakowych w taki sposób, by zwiększyła się ich wrażliwość na chemioterapię i radioterapię a w następstwie wzrost szans na wyleczenie. Zdrowe kwasy tłuszczowe i wysokiej jakości białko zapewniają energię, którą zdrowe komórki mogą dobrze wykorzystać. Jednocześnie naturalne substancje roślinne z pożywienia wspierają organizm w walce z rakiem.

Ponad 60 przepisów pokazuje, jak jeść zróżnicowaną dietę i pozbawiać komórki rakowe ich ulubionej bazy odżywczej.

Kolorowe oznaczenia pomogą ci już na pierwszy rzut oka odróżnić zdrowe produkty spożywcze od tych niebezpiecznych.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454 67 09,

opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30-15.30**;

środa **7.30-16.00**; piątek **7.30-15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952,
przyjmuje: poniedziałek 9.00-10.30, środa 14.30-17.00,
czwartek 14.00-16.00,

piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej:

tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39,

www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach; OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X