



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Czerwiec 2021

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 294

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



zdj. Jerzy Lach

MASKA

*Maska opada, pozostaje człowiek,
A bohater znika.*

Jean - Baptiste Rousseau

Od tygodni nie jadł. Każdy kęs przeszywał go bólem, dźgał od środka, ciął na żywca. Każdy łyk palił i wykręcał jelita. Napoleon Bonaparte dusił się, dygotał w konwulsjach, skręcał w spazmach, na przemian trząsł się z zimna i pocił jak hutnik. Jego wyzbyte kolorów oczy przygasły, a skóra porośla trupim meszkiem. Czy ja jeszcze żyję? Gdzie mój brzuch? – pytał doktora. Po chwili krzyczał: Wynos się. Przyjdź, gdy już będzie po wszystkim. I pamiętaj, że obiecałeś mi porządną sekcję zwłok. Co za maskarada. Przysłali mi tu prosektora zamiast lekarza. Ten gruby i gnuśny konował chce mnie wykończyć! Masz tu dwadzieścia franków i kup sobie sznur. Nie, nie zbliżaj się wisielcu! Albo podejdź. Tylko zabierz ból! Słyszysz? To coś wyżera mi flaki!

Napoleon umarł 5 maja 1821 roku w Longwood House, swoim domu więzieniu położonym na Wyspie Świętej Heleny. Niedługo potem jego osobisty lekarz, Korsykanin Francesco Antommarchi, „ten gruby i gnuśny konował”, zdjął maskę pośmiertną. A było tak: do prosektorium zakradł się po zmroku i porządnie zaryglował drzwi. Bonaparte leżał na kamiennym stole. Za dnia odwiedziło go w kostnicy dwóch generałów, kilku oficerów sztabowych, kupiec i sześciu światłych lekarzy angielskich. Razem 17 osób. Szacowni goście delegaci przybyli żeby postawić diagnozę: post mortem. Oświadczyli, że cesarza Francuzów zabił „squirrhe of the stomach” czyli coś pomiędzy wrzodami i skrętem kiszek. Antommarchi nie wierzył w te brednie. Sam zbadał zniszczone organy denata, dostrzegł dziurę w jelicie, opukał żołądek i wymacał w nim duży wrzód, zmierzył wątrobę, policzył plamy, krosty i nacieki. - Cholerni partacze – zaklął - rozłupali go jak zwierzę i nawet porządnie nie zszyli.

Podreptał do biurka, wyszarpał szufladę i kopniakiem rozwalił przednią ściankę. Następnie wsunął tę prowizoryczną formę pod głowę umarlaka. Jak szufelkę. Garnek z gipsem przytargał zawczasu i ukrył za kotarą. Teraz wlał wodę, zamieszał, dodał kroplę, jeszcze jedną i ucierał łopatką, zdecydowanym ruchem, aby rzadka, lepka pulpa się nie zbryliła. Przechylił baniak i maź popłynęła po twarzy imperatora. Gips też. Medyk czekał.

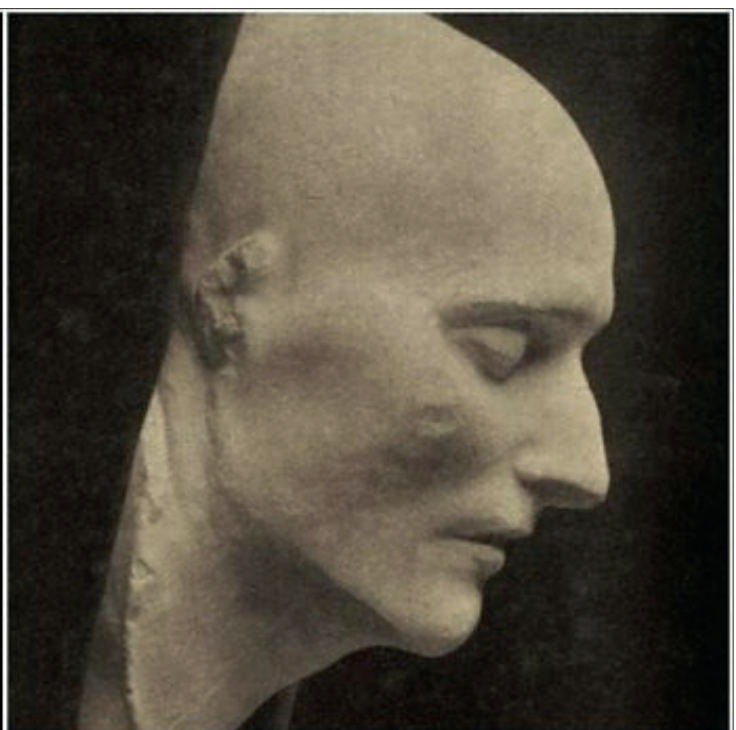
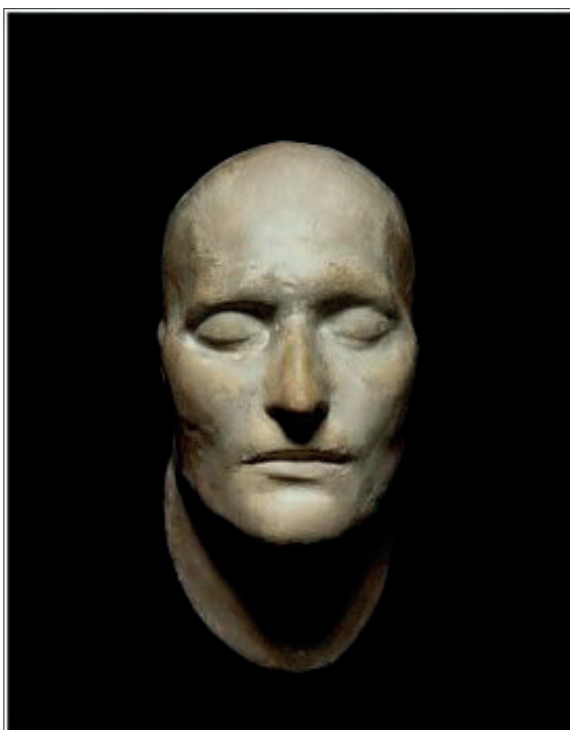
Wreszcie wygrzebał z kieszeni skalpel, opuszczeniem palca sprawdził czy się nie stępił. Pierwsze cięcie poprowadził po garbie nosa aż do brody. Ostrze szło płytko, żeby nie zranić skóry. Antommarchi przekreślił nóż, skierował wzdłuż trzonu żuchwy, potem w górę, do skroni. Pętlę zamknął na środku czoła. To samo powtórzył po drugiej stronie. Zdmuchnął kurz z dłoni, wsunął palce pod gips i centymetr po centymetrze uwalniał maskę od oblicza. O świetle wycieńczony osunął się na kolana i zaszeptał: Skończyłem z tobą.

Napoleon żył 51 lat. Antommarchi miał lat 41, gdy jego kariera zawisła na włosku. Już wcześniej mówiło się o nim: partacz, nieuk, laik i ciemniak. Po śmierci imperatora krzyczano: morderca, zabójca i kanalia! Na próżno doktor Francesco rozsyłał swoje CV po szpitalach i klinikach. Zła sława szła pierwsza. Kiedy otworzył prywatną praktykę w Paryżu, też nie znalazł pacjentów. Uciekł więc za ocean, do Nowego Orleanu, ale i tam dosięgły go plotki. Prawdopodobnie zmierzył się z rakiem żołądka. I przegrał. Czy na początku XIX wieku miał szansę ocalić swojego pacjenta?

Antommarchiego ocaliła maska. Zbrojny w maskę przeżył. Kopiował ją i sprzedawał bonapartystom. Bo niekiedy lekarzowi pozostaje wyłącznie maska.

W tym roku mija 200. rocznica śmierci Napoleona.

Agnieszka KANIA



Pośmiertna maska Napoleona



Drodzy Czytelnicy!

Macie przed sobą ostatni przedwakacyjny Biuletyn. Niestety ze względu na panującą wokół pandemię nadal znajdziecie w nim głównie materiały dotyczące COVID-19. Bo, choć wydaje się, że sytuacja ulega systematycznej poprawie, to nadal jednak jesteśmy w „ogniu walki”. Nic więc dziwnego, że w tym numerze postanowiliśmy przedstawić wam tych, którzy od samego początku znajdują się nieprzerwanie już ponad rok na pierwszej linii. Mowa tu o bohaterach projektu „My z covidowego”, o którym wspomina w swojej „Szpalcie” Pani Prezes Smerkowska-Mokrzycka. Opiera się on na wywiadach z personelem jednoimiennego szpitala w Kę-

dzierzynie-Koźlu – od pielęgniarki do dyrektora. Ludzie Ci mówią o tym jak wygląda codzienna walka o życie pacjentów chorych na COVID-19. Warto ich posłuchać, bo tych emocji nie odczytacie z tekstu pisanego – a to one są najważniejsze. Szkoda tylko, że tak mało koronasceptyków sięga do nich! W numerze znajdziecie także więcej informacji na temat tego projektu (podobnie, jak i na stronie internetowej naszej Izby) wraz z odnośnikami do wywiadów.

Oprócz tego znajdziecie szereg tekstów okołocovidowych – myślę, że większość z nich powinna Was zainteresować. I to tyle. Żegnam się z Wami do podwójnego numeru wakacyjnego za miesiąc.

Jerzy B. LACH



Koleżanki! Koledzy!

Wygląda na to, że chwilowo łapiemy oddech w trwającej już drugi rok pandemii. Trzecia fala wydaje się słabnąć, co wiąże się z odmrażaniem gospodarki i znoszeniem obustrzeń. Zwiększa się systematycznie liczba zaszczepionych Polaków, choć wciąż - pod względem wyszczepienia ludności - daleko nam do takich krajów, jak Izrael czy Malta. 8 maja szefowa Komisji Europejskiej Ursula von der Leyen na konferencji prasowej w Porto uchyliła rąbka tajemnicy na temat wprowadzenia paszportów covidowych. Dla tych z nas, którzy lubią w czasie wolnym wędrowki po Europie jest to dobra wiadomość. Wygląda na to, że niebawem osoby zaszczepione będą mogły swobodnie przekraczać unijne granice. Porozumienie polityczne dotyczące paszportów szczepień przeciw Covid-19 jest oczekiwane do końca maja, a system powinien zacząć działać już w czerwcu - a więc przed letnimi miesiącami, podczas których tradycyjnie większość z nas się urlopuje.

Choć mamy dopiero czerwiec, to warto wiedzieć, że 1 lipca to data ważna z kilku powodów. Jednym z nich, o którym już pisałam wcześniej jest obowiązek posiadania nowych kas fiskalnych on-line. Jest z tym dużo zamieszania, gdyż nie do końca jasna jest sytuacja, kogo z lekarzy i lekarzy dentystów ona dotyczy. Dyrektor Krajowej Administracji Skarbowej stoi na stanowisku (wykładnia

SZPALTA PREZESA

normy zawartej w art. 145b ust. 1 pkt 3 lit. d ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług – Dz. U. z 2021 r., poz. 685. ze zm.), że dotyczy on tylko lekarzy, lekarzy dentystów w praktykach lekarskich (jednoosobowa działalność gospodarcza) i grupowych praktykach lekarskich. Obowiązek ten według niego nie dotyczy natomiast podmiotów leczniczych zatrudniających lekarzy – niezależnie od formy ich zatrudnienia. Prezes NRL skierował w tej sprawie pismo do Ministra Finansów o jednoznaczne zajęcie stanowiska i obecnie oczekujemy na odpowiedź.

Drugą sprawą jest ważność obecnie stosowanych papierowych recept pro auctore i pro familiae do końca czerwca br. Od 1 lipca, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. z 2020 r. poz. 2424) zostaje wprowadzony nowy wzór recept papierowych pro auctore i pro familiae. Ma to szczególne znaczenie dla naszych seniorów, którzy w głównej mierze korzystają przy wypisywaniu leków dla siebie i rodziny z papierowych recept.

Na horyzoncie w lipcu pojawia się także możliwość (przynajmniej tak wynika z planów cyfryzacji w ochronie zdrowia) wdrażania kolejnego etapu, czyli wymiana EDM i raportowanie zdarzeń medycznych. Obecnie trwa intensywna wymiana korespondencji pomiędzy Naczelną Radą Lekarską a Ministerstwem Zdrowia, dotycząca tej kwestii. Wszystko wskazuje bowiem na to, że w obli-

czu trwającego stanu epidemii stopień przygotowania placówek ochrony zdrowia (stan organizacyjny podmiotów leczniczych i praktyk) oraz dostawców oprogramowania do tego etapu jest niedostateczny. Ponadto pacjenci w dalszym ciągu nie dysponują narzędziem elektronicznej autoryzacji zgody na dostęp do ich jednostkowych danych medycznych oraz do spisu indeksów raportów ze zdarzeń medycznych. W związku z tym Naczelna Rada Lekarska zaapelowała do Ministra Zdrowia o odroczenie lipcowego terminu, wskazując na wyżej przytoczone czynniki.

Na koniec chciałabym wspomnieć o pięknym projekcie dziennikarki Agnieszki Pospieszyl i fotografa Adama

Liszki, którzy od ponad roku dokumentują życie pracowników SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle, walczących od samego początku na pierwszej linii frontu z koronawirusem. Fragmenty tego projektu, do którego włączyła się Opolska Izba Lekarska znajdziecie na naszej stronie internetowej. Myślę, że warto poświęcić kilka chwil, by zobaczyć życie kozielskiego szpitala widziane oczami jego pracowników. Tytuł projektu „My z covidowego” jest naprawdę symboliczny.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Koleżanki, Koledzy Seniorzy!

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. z 2020 r. poz. 2424) wprowadza nowy wzór recept papierowych (pro auctore, pro familiae). Dotychczasowe druki recept mogą być stosowane do 30 czerwca 2021 r. (§19 ust. 1 i 2 rozp.). Wiem, że niektórym może to przysporzyć nieco kłopotu. Wycho-
dząc naprzeciw temu Opolska Izba Lekarska zorganizuje osobom, które mają taką potrzebę, pomoc w postaci wypełnienia stosownego wniosku do OOW NFZ (do

pobrania w Izbie) oraz dostarczenia go do Opolskiego Oddziału NFZ celem nadania zakresu numerowego recept. Po nadaniu zakresu zostaną one przesłane na adres zamieszkania, wskazany we wniosku. Lekarz będzie zobowiązany do samodzielnego wybrania drukarni celem wydrukowania recept. W sprawie ww. pomocy należy zgłaszać się w godzinach pracy Izby do pani Klaudii Szewczyk, dostępnej pod numerem telefonu 77/454-59-39.

Z koleżeńskim pozdrowieniem

Prezes ORL

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU



W dniu 28 kwietnia br. odbyło się kolejne internetowe posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, na którym poruszano następujące problemy.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły wnioski o wydanie PWZ:

- po odbytych stażu podyplomowym lekarza, obywatela Ukrainy
- Voronov Hryhorii (uchwała podjęta przy 2 głosach wstrzymujących się);
- w związku z przeniesieniami z innych izb
- lek. Kamieniak Ryszard (z OIL w Gdańsku - uchwałę podjęto jednogłośnie);
- lek. Zandecki Mateusz Sebastian (z OIL w Katowicach - uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się).

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Do Izby wpłynęły uchwały z innych Izb o przeprowadzeniu szkolenia przez firmę „MedicaRescue Ł. Szym-

czynszyn” zarejestrowanej w naszej Izbie, która prowadzi szkolenia dla lekarzy dentyistów o przyznanie punktów edukacyjnych. Szkolenia podyplomowe dla lek. dentyistów przeprowadzono w OIL w Rzeszowie 09.04.2021 r., w Świętokrzyskiej IL w dniach 9,10 i 11 .04. 2021 r., OIL w Częstochowie 24.04.2021 r. Za każde szkolenie przysługuje 9 pkt. edukacyjnych (uchwały podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się i 1 głosie przeciwnie).

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Prezes przedstawiła wnioski o wykreślenie 2 indywidualnych praktyk lekarskich z powodu zgonu lekarzy (uchwały podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się) oraz 4 z powodu zaprzestania wykonywania działalności leczniczej (uchwały podjęto przy 2 głosach wstrzymujących się).

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Wnioski do Funduszu złożyły 4 osoby. Uchwały w sprawie 3 lekarzy podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się,

a w ostatniej - przy 1 głosie wstrzymującym się i 1 głosie przeciwnym.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wnioski o zwolnienie ze składki członkowskiej złożyło dwoje lekarzy - uchwałę w tych sprawach podjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej

Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu wystąpiło do ORL o wyznaczenie przedstawiciela do rozstrzygnięcia konkursu na stanowisko Położnej Oddziałowej Oddz. Ginekologiczno-Położniczego (Pododdziału Patologii Ciąży). Prezydium zarekomendowało kol. M. Łuszczynską-Ostrowską, a Rada przyjęła tę propozycję jednogłośnie.

Sprawozdanie z posiedzenia on-line Konwentu Prezesów ORL z dnia 15.04.2021 r. oraz NRL z dnia 16.04.2021 r.

Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka przedstawiła sprawozdanie z posiedzenia on-line Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich VIII kadencji w dniu 15 kwietnia 2021 r.

Gościem Konwentu był Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja, który:

- Poinformował Prezesów ORL o podpisaniu polisy ubezpieczeniowej dla osób funkcyjnych i organów Samorządu Lekarskiego, obejmującej zdarzenia od 01.01.2020 r. do 31.12.2021 r. W najbliższym czasie zostanie ona rozesłana do każdej Izby.
- W związku z wyrokiem sądowym i uchyleniem uchwały budżetowej za 2018 r. dla OIL w Szczecinie, Zespół Radców Prawnych NIL przygotował projekt uchwały zmieniającej dotychczasową uchwałę w sprawie zasad gospodarki finansowej Samorządu Lekarzy. Będzie ona głosowana na najbliższym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej.
- Z powodu rozbieżności pomiędzy danymi posiadanymi przez Ministerstwo Zdrowia i Naczelną Radę Lekarską dotyczącymi ilości przyznanych Praw Wykonywania Zawodu dla obcokrajowców, Prezes Matyja poprosił Prezesów o cotygodniowe przysyłanie informacji w tej sprawie do Sekretariatu NIL.
- W zakresie masowych szczepień Prezes A. Matyja poinformował, że został powołany przez Ministra Zdrowia do zespołu d/s opracowania standaryzowanej ankiety wraz instrukcją, z której będzie się korzystać podczas masowych szczepień przeciw COVID-19. Treść ankiety została uzgodniona z NRL.
- Dużym i wciąż nierozwiązanym pomyślnie problemem jest sprawa regulacji wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Naczelna Rada Lekarska nie została zaproszona do tych prac. Szerzej na ten temat w sprawozdaniu z obrad Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 16.04.2021 r. (patrz poniżej – przyp. Redakcji).

Sprawozdanie z posiedzenia NIL z dnia 16.04.2021 r. przedstawił Jerzy Jakubiszyn

Posiedzenie odbyło się po raz kolejny w trybie zdalnym za pośrednictwem systemu GoToMeeting. W trakcie posiedzenia przegłosowano zmiany w trzech uchwałach NRL:

- w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów (kolejne poprawki związane z procedowaniem przypadków, w których lekarze spoza UE otrzymują decyzje administracyjne Ministra Zdrowia o dopuszczeniu do wykonywania zawodu);
- w sprawie zasad gospodarki finansowej Samorządu Lekarzy (zmiana sposobu podpisywania rocznego sprawozdania finansowego izby);
- w sprawie utworzenia funduszu wydawniczego NRL.

W swoim sprawozdaniu Prezes Matyja odniósł się do kwestii negocjacji w sprawie ustalenia minimalnego wynagrodzenia dla lekarzy specjalistów. Ustalona w porozumieniu między Ministrem a Porozumieniem Rezydentów kwota 6.750 zł obowiązuje tylko do końca czerwca br. Kiedy prowadzono negocjacje w lutym 2018 r. kwota ta stanowiła 1,67% średniej krajowej. Ministerstwo proponuje na II połowę br. kwotę 6.769 zł, co stanowi 1,31% średniej. Propozycje na następne lata 2022-24 - to odpowiednio 1,33%, 1,34%, 1,36%. Z zapowiedzi Ministerstwa wynika, że na pewno znaczące podwyżki obejmą salowe. Wiceprezes Drobniać przekazał dane, które padły na spotkaniu z przedstawicielami pracodawców. Otóż w przedziale czasowym 2010-20 wzrost kontraktów, wynikający z podwyższania wyceny świadczeń, wyniósł 12%, natomiast wzrost wydatków na płace – 90%. Jeżeli mamy realnie myśleć o kolejnych podwyżkach wynagrodzeń, to w systemie powinno być co najmniej 7% PKB.

Prezes poinformował również, że od 14.03. nie obowiązuje już ubezpieczenie, jakie wprowadził Minister Szumowski, które dotyczyło lekarzy pracujących na Oddziałach Chorób Zakaźnych oraz w Szpitalach Jednostek.

Sprawozdania członków Rady

Sprawozdanie z uczestnictwa w posiedzeniu on-line Rady Społecznej OOW NFZ w dniu 20. 04. 2021 r. przedstawiła Prezes.

Było to ostatnie posiedzenie Rady Społecznej OOW NFZ tej kadencji pod przewodnictwem dyr. Mieczysława Wojtaszka. W pierwszej części omówiono sytuację epidemiologiczną Opolszczyzny. Według Dyrektora OOW NFZ zajęte łóżka respiratorowe i na OIOM-ach w dniu 20.04.2021 r. stanowiły 71% wszystkich dostępnych łóżek. Gorzej sytuacja przedstawiała się z zajętością łóżek internistycznych. Tu na 239 dostępnych, zajętych było w dniu posiedzenia 200.

Ruszyły punkty szczepień powszechnych. Problemem - jak zawsze - są dostawy szczepionek. Gdyby dostawy





ich były zgodne z planem, ludność Opolszczyzny mogłaby być zaszczepiona w ciągu 9-14 tygodni, przy założeniu, że działają punkty szczepień powszechnych w każdym powiecie. Jeśli będzie spadać liczba zakażonych osób rozważany jest powrót do zabiegów planowych w szpitalach po 3 maja br.

Po pilotażowym ośrodku rehabilitacji pocovidowej w Głucholazach zostanie dodatkowo uruchomiony na Opolszczyźnie ośrodek w Korfantowie z liczbą 50 łóżek. W końcowej części posiedzenia Przewodniczący Rady podziękował wszystkim jej członkom za współpracę.

Sprawy różne i wolne wnioski

Do Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej wpłynęła prośba o objęcie patronatem oraz o wsparcie finansowe i organizacyjne projektu „My z covidowego”. Projekt ma na celu ukazanie pracy personelu jednoimiennej szpitala w Kędzierzynie-Koźlu. Prezydium jednogłośnie rekomendowało podjęcie uchwały dotyczącej objęcia patronatem tego projektu, a także jego wsparcie finansowe i organizacyjne. Projekt ten w pełni popierał kol. Jacek Mazur, który – tak, jak i całe Prezydium – uważał, że jest to oddanie honoru tym wszystkim, którzy są bezpośrednio zaangażowani w walkę z COVID-19 i często narażając własne życie śpieszą z pomocą chorym. Ze strony Izby organizacyjnie zaangażowałby się w ten projekt kol. Jerzy Lach. Wsparcie finansowe, po rozmowach z autorami projektu i z naszym Skarbnikiem – kol. Jerzym Jakubi-

szynem, ustalono na kwotę 4.000 zł (całość projektu opiewa na sumę 12.000 zł, ale uważamy, że z powodu ujęcia w projekcie wszystkich grup zawodowych, np. pielęgniarek, salowych, ratowników medycznych itd. wspomóżenie projektu w 1/3 całości jest wyjściem optymalnym). Uchwałę w tej sprawie podjęto jednogłośnie.

Polskie Towarzystwo Wakcynologii zwróciło się do Izby z ofertą szkoleniową. Jest nią 2-dniowy certyfikowany kurs PTW on-line „Szczepienia ochronne z uwzględnieniem obecnej sytuacji epidemicznej związanej z COVID-19”. Kurs odbędzie się w dniach 11-12.06.2021 r. Skierowany jest do lekarzy i pielęgniarek, wykłady prowadzone są przez specjalistów PTW w zakresie wakcynologii. Izba obejmie patronatem to szkolenie i w związku z tym cena 2-dniowego kursu dla członków naszej Izby (z uwzględnieniem stosownego certyfikatu) wyniesie z VAT-em 99 zł (standardowo koszt kursu to 299 zł). Do tego bezpłatnie zamieścimy informacje o szkoleniu na stronie naszej Izby i w Biuletynie. Współpracę taką z PTW nawiązała już OIL w Łodzi, a jej Prezes - dr Paweł Czekalski potwierdził podobne zaangażowanie się OIL w Łodzi (nawet dwukrotnie organizowano tam szkolenia) i jego pozytywny odbiór. Uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

KASY FISKALNE RAZ JESZCZE

W ślad za artykułem ostatnio opublikowanym w ramach naszego Biuletynu Informacyjnego na temat kas fiskalnych on-line, powstała wątpliwość odnośnie podmiotów, które mają obowiązek wymiany tych kas. Należy wyjaśnić, iż wątpliwości te sprowadzają się do właściwej interpretacji zapisu art. 145b ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, który stanowi, iż począwszy od dnia 1 stycznia 2021 r. kasy fiskalne on-line będą musieli wprowadzić podatnicy świadczący usługi: „w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentyistów”. Termin 1 stycznia 2021 r. został następnie przesunięty na 1 lipca 2021 r., co wynika z zapisów Rozporządzenia 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. Wątpliwości te wynikały z pozornie niedookreślonego katalogu adresatów tego obowiązku.

Jakkolwiek, Dyrektor Krajowej Izby Skarbowej w wielu interpretacjach indywidualnych (np. z dnia 31 grud-

nia 2020 r. 0114-KDIP1-3.4012.701.2020.1.PRM, z dnia 3 marca 2021 r. 0114-KDIP1-3.4012.94.2021.1.MPE, z dnia 7 kwietnia 2021 r. 0114-KDIP1-3.4012.123.2021.1.KP) wyjaśnił, iż jak wynika z obowiązujących przepisów, do stosowania kas fiskalnych on-line od dnia 1 lipca 2020 r. na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej i rolników ryczałtowych w zakresie opieki medycznej zobowiązani są podatnicy będący lekarzami lub lekarzami dentyistami, bądź lekarze, lekarze dentyści w ramach grupowej praktyki lekarskiej. Tym samym wyłącznie lekarze prowadzący indywidualną, bądź grupową praktykę lekarską muszą dokonać wymiany kas na kasy on-line. Podmioty lecznicze takich zmian dokonywać nie muszą. Jak argumentował Dyrektor KIS: W tym miejscu należy wskazać, że przyjęte rozwiązania prawne w zakresie form wykonywania zawodu lekarza (lekarza dentyisty) wynikają ze specyfiki zawodu lekarza oraz reguł dotyczących odpowiedzialności zawodowej oraz cywilnej. O ile w przypadku praktyk zawodowych decydującym jest substrat osobowy, o tyle w przypadku

podmiotów leczniczych oprócz zespołu osób niezbędny jest zespół składników majątkowych zorganizowanych w przedsiębiorstwo, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.

Cechą charakterystyczną wykonywania zawodu w formie praktyki lekarskiej jest więc udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza/lekarzy na własny rachunek i własną odpowiedzialność. Właśnie ta cecha odróżnia

prowadzenie praktyki od podmiotu leczniczego, w którym lekarze wykonują zawód na podstawie stosunku prawnego zawartego z podmiotem leczniczym, udzielając świadczeń na rachunek i odpowiedzialność (wobec osób trzecich) podmiotu leczniczego.

Anna KRAUZE

Radca prawny

Opolskiej Izby Lekarskiej

MY Z COVIDOWEGO

Od marca ubiegłego roku społeczność Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu codziennie walczy z koronawirusem. To pierwszy i jedyny szpital w województwie całkowicie przekształcony i dedykowany leczeniu chorych na Covid-19.

Dzięki wspólnemu wysiłkowi pracownicy szpitala są w stanie sprawić, że kolejny pacjent będzie mógł złapać oddech, że młoda matka przytuli swoje dziecko, a dziadek zobaczy wnuki. Gdy przegrywają walkę o życie, razem z rodziną pacjenta przeżywają smutek i żal. Choć czasem jest trudno, codziennie przychodzą do pracy, bo czują, że to nie tylko zawód, ale i ich życiowe powołanie.

Jak wygląda walka o życie i zdrowie chorych? Jakie emocje temu towarzyszą? Czy boją się koronawirusa? Czy ważne dla nich były okłaski wiosną 2020 roku, czy rani ich hejt „wylewany” w mediach społecznościowych? Jak wygląda praca w szpitalu covidowym?

Dziennikarka Agnieszka Pospiszyl i fotograf Adam Liszka dokumentują życie kozielskiego szpitala widziane oczami pracowników. Przystawiają je w formie wywiadów audio i towarzyszących im zdjęciom portretowym rozmówców.

- Pomysł powstał w już w marcu 2020 roku, dużo czasu zajęło przygotowanie i zebranie potrzebnych informacji – mówią Agnieszka Pospiszyl i Adam Liszka. - Natomiast sama realizacja tego niekomercyjnego projektu rozpoczęła się po drugiej fali pandemii. Kiedy się skończy – sami tego nie wiemy. Tak długo, jak pracownicy szpitala będą chcieli dzielić się z nami i z Państwem swoimi opowieściami, tak długo będziemy je zbierać i pokazywać.

- Od samego początku pandemii mieliśmy mocną potrzebę, żeby wejść do szpitala, ale nie po żeby go poznać, lecz żeby pokazać ludziom spoza szpitala, co tutaj się dzieje – mówi Agnieszka Pospiszyl. - Szpital covidowy jest placówką zamkniętą. Nawet jeżeli trafi tam ktoś z naszej rodziny, możemy się komunikować jedynie przez telefon. Nie widzimy tego, co się dzieje, jak wygląda praca tego szpitala, walka o życie i zdrowie pacjentów. Mogą to powiedzieć tylko ludzie, którzy pracują za służą. Opowiadają, jak sobie radzą z presją, z odchodzeniem pacjentów, z wielką niewiadomą, jak był covid. Ale też opowiadają o tym, że w covidzie jest wiele radosnych momentów, że są pacjenci którzy wychodzą o własnych

siłach, choć na początku ich szanse były bardzo małe. Chcieliśmy dać głos pracownikom tego szpitala, nie tylko medykom, ale wszystkim: od dyrekcji, administracji, przez lekarzy, pielęgniarzy, ratowników medycznych, salowe, techników, laborantów... Ten szpital to jest system naczyń połączonych i cała ta maszyna, ludzka maszyna, musiała w zeszłym roku zacząć działać inaczej. Razem sprawili, że medycy są w stanie walczyć o kolejnego pacjenta, który jest tutaj przywożony.

- Stworzyliśmy specjalną stronę internetową o adresie myzcowidowego.pl, gdzie umieszczamy wszystkie materiały związane z projektem – mówi Adam Liszka. - Celowo wybraliśmy prostą formę przekazu, czyli zapis dźwiękowy rozmowy i do tego prosty w formie portret, żeby nie przytłaczać przesłania emocji osób, z którymi rozmawiamy. Ten wywiad można odsłuchać można go też przeczytać – jeśli ktoś woli taką formę, to wystarczy tylko kliknąć.

Zostały stworzone profile w mediach społecznościowych, o tej samej nazwie – myzcowidowego – zarówno na LinkedIn, Facebooku i Instagramie. Zapraszamy serdecznie do zapoznania się z nimi.

Poza prezentacją przygotowanych wywiadów na stronie internetowej i w mediach społecznościowych, w przygotowaniu jest wystawa wielkoformatowa „My z covidowego”. Ma być ona prezentowana w Kędzierzynie-Koźlu i Opolu. Jej powstanie Opolska Izba Lekarska wsparła finansowo, a cały projekt jest objęty patronatem Izby.



Od Redakcji
Film promocyjny dotyczący tego projektu znajdziecie Państwo tutaj - <https://youtu.be/kaEeNdAflgg>
Strona internetowa projektu: myzcowidowego.pl







PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2021 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
14-18.VI.2021 r. poniedziałek-piątek	Prof. dr hab. Krystyna Sosada	Ratownictwo medyczne	Lekarze/lekarze dentyści w trakcie specjalizacji modułowych wszystkich specjalności

Wszystkie szkolenia odbywać się będą on-line ze względu na pandemię COVID-19. Zgłoszenia proszę już wypełniać na formularzu (do pobrania na stronie internetowej Izby - szkolenia podyplomowe): opole.szkolenia@hipokrates.org.

Terminy szkoleń, które są w trakcie ustalania pojawiają się najszybciej na stronie internetowej Izby.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

W imieniu Polskiego Towarzystwa Wakcynologii mamy przyjemność zaprosić Państwa do współpracy przy cyklicznym wydarzeniu jakim jest **2-dniowy, Certyfikowany Kurs On-line PTW „Szczepienia ochronne z uwzględnieniem obecnej sytuacji epidemicznej związanej z Covid-19”**.

Kurs odbędzie się w dniach **11-12 czerwca 2021 r.** Kurs skierowany jest do osób zainteresowanych - w tym lekarzy i pielęgniarek, a wykłady prowadzone są przez specjalistów PTW w zakresie wakcynologii. Udział w kursie oraz ukończenie testu online podsumowującego wydarzenie uprawnia do otrzymania certyfikatu w formie elektronicznej.

W ciągu kilku dni po zakończeniu kursu uczestnicy wydarzenia otrzymają również pakiet materiałów edu-

kacyjnych w formie slajdów z prezentacji omawianych podczas kursu.

Miło nam również poinformować, że Polskie Towarzystwo Wakcynologii planuje wprowadzić tytuł Wakcynologa, który przyznawany byłby dla osób spełniających dwa kryteria, tj. członkostwo w PTW oraz ukończenie kursu.

Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółowym programem kursu na stronie internetowej: <https://www.kurs-szczepien-ptw.pl/> [1].

Opolska Izba Lekarska objęła kurs PTW patronatem partnerskim, dzięki temu koszt 2-dniowego kursu z uzyskaniem Certyfikatu wynosi 99 zł (z VAT) - standardowo koszt udziału w kursie on-line to 299 PLN (z VAT), a dla członków PTW 199 zł.

JAK TO SIĘ STAŁO, ŻE ELŻBIETA II, KTÓRA ZAJMOWAŁA TRZECIE MIEJSCE W SUKESJI DO TRONU ZJEDNOCZONEGO KRÓLESTWA WIELKIEJ BRYTANII I IRLANDII PÓŁNOCNEJ ZOSTAŁA KRÓLOWĄ?



Aby odpowiedzieć na to pytanie musimy sięgnąć do początków XX w. Wg opinii współczesnych polityków było nieprawdopodobne aby została ona królową Wielkiej Brytanii. Kiedy bowiem przyszła na świat była trzecią w kolejce po stryju Edwardzie VIII (nie miał dzieci) oraz po ojcu Jerzym VI.

Otóż po śmierci króla Jerzego V na tron brytyjski wstąpił 20 stycznia 1936 r. jego najstarszy syn Edward VIII (urodzony 23 czerwca 1894 r.). Już w czasie koronacji łączyła go ogromna miłość z Amerykanką, podwójną rozwódką, Wallis Simpson, dla której postanowił abdykować 11 grudnia

1936 r., ponieważ temu związkowi przeciwstawił się rząd, kościół, rodzina królewska i opinia publiczna. Edward VIII zmarł w Paryżu 28 maja 1972 r. z powodu raka gardła.

Po jego abdykacji na tron brytyjski powołano jego młodszego brata, księcia Yorku, który przybrał imię Jerzego VI. Przeszedł on do historii m.in. z tego powodu, że dotknięty był silnym jękiem, co deprymowało go podczas wystąpień publicznych (vide film Toma Hoopera z roku 2010 pt. „Jak zostać królem”). Jerzy VI urodził się 14 grudnia 1895 r. Jego żoną była Elżbieta Bowes-Lyon, potomkini króla Szkocji Roberta i króla Anglii Henryka VIII.



Królowa Elżbieta II

Mieli dwie córki: Elżbietę, urodzoną 21 kwietnia 1926 r. i Małgorzatę, urodzoną 21 sierpnia 1930 r. (zmarła 9 lutego 2002 r.). Panowanie Jerzego VI to początek rozpadu Imperium Brytyjskiego, m.in. utrata Indii, Pakistanu, Cejlonu, Irlandii. Niemniej jednak cieszył się on wielką sympatią i szacunkiem społeczeństwa, ponieważ podczas bombardowań Londynu w trakcie II wojny światowej, m.in. Pałacu Buckingham, mimo nacisków, nie opuścił miasta.

Jerzy VI zmarł 6 lutego 1952 r. z powodu raka płuc i gardła (był namiętnym palaczem) i pochowany został w kaplicy św. Jerzego w Pałacu w Windsorze.

Jego najstarsza córka Elżbieta w czasie II wojny światowej wstąpiła do Kobiecej Służby Wojskowej, m.in. ko-

piąc okopy na przedmieściach Londynu, dochodząc do stopnia kapitana. W dniu zakończenia wojny na tarasie Pałacu Buckingham wystąpiła w mundurze oficerskim.

W dniu 20 listopada 1947 r. w opactwie Westminster- skim poślubiła młodego przystojnego oficera pochodze- nia grecko-duńsko-niemieckiego Filipa Mountbattena, syna księcia greckiego Andrzeja mimo, że istniały po- dejrzenia, iż krewni Filipa byli związani z reżimem na- zistowskim. To małżeństwo przetrwało już prawie 70 lat (w sumie 74 lata – przyp. Red.).

Elżbieta II i jej mąż książę Filip doczekali się 4 dzieci:

1. Karola, księcia Walii i następcy tronu (ur. 14 listo- pada 1948 r.),

2. Anny (ur. 15 sierpnia 1950 r.), która kiedyś spadła z konia,

3. Andrzeja, księcia Yorku (ur. 19 lutego 1960 r.),

4. Edwarda, hrabiego Wessex (ur. 10 marca 1964 r.).

Wiadomość o śmierci ojca zastała Elżbietę w czasie pobytu w Kenii podczas licznych wizyt państwowych w krajach wspólnoty Brytyjskiej. Jej uroczysta korona- cja odbyła się w Opactwie Westminster- skim w dniu 2 czerwca 1953 r. w obecności ponad 7000 osób.

Panowanie Elżbiety II to dalszy rozpad Imperium Brytyjskiego. Niepodległość uzyskały, m.in. Ghana, Ni- geria, Uganda, Kenia, Malta, Jamajka, Bahamy. Kraje te zniosły monarchię i zostały republikami, aczkolwiek pozostały państwami członkowskimi Wspólnoty Naro- dów Brytyjskich.

Królowa Elżbieta II cieszy się wielką sympatią i sza- cunkiem społeczeństwa, czego dowodem były wspania- łe uroczystości jej Srebrnego Jubileuszu panowania w ro- ku 1977 oraz Złotego Jubileuszu w roku 2002 (powstały wówczas nowe linie metra londyńskiego o nazwach „Si- lver” i „Gold”). Niedawno obchodzono diamentowy Ju- bileusz 60-lecia panowania ze wspaniałą paradą stat- ków na Tamizie.

Elżbieta II jest najdłużej panującą królową brytyjską ponieważ również długowieczna królowa Wiktoria pa- nowała tylko 64 lata (1837-1901).

Szczególną sympatią Elżbieta II darzy swojego naj- starszego wnuka Williama (syna księcia Karola) i nie tyl- ko politycy zastanawiają się, kto zostanie następcą tro- nu brytyjskiego.

W przeciwieństwie do króla Hiszpanii Juana Carlosa Elżbieta II nie planuje abdykacji.

PS. Rok koronacji Elżbiety II przeszedł również do historii z tego powodu, że w dniu 29 maja 1953 r. No- wozelandczyk Edmund Hillary (otrzymał tytuł szla- checki) i Tensing Norgay Szerpa z Solukhumblu zdobyli dach świata Mont Everest. W tym samym roku 6 mar- ca 1953 r. zmarł „wybitny językoznawca i jutrzenka wie- lu narodów” Józef Stalin (a więc 3 miesiące przed koro- nacją Elżbiety II).

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI
(fragmenty książki pt. „Historie znane i nieznanie”)*

TENISIŚCI POWRÓCILI NA KORT

Po długiej przerwie związanej z pandemią lekarze tenisiści ponownie wyszli na korty. Dzięki wielkiemu zaangażowaniu kolegi Bogusława Rataja ze wsparciem Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi i Polskiego Towarzystwa Tenisowego Lekarzy w dniach 7-9 maja odbył się Turniej Tenisowy Łódź-Chojny. Do trzeciego co do wielkości miasta Polski zjechało ponad 50 tenisowych pasjonatów. Turniej rozegrano w grupach wiekowych na hali z trzema kortami ceglany. Niestety część gier trzeba było skrócić z powodu wyłączenia z gry kortów odkrytych z powodu deszczowej aury.

Miałem zaszczyt wraz z kol. Zbyszkim Nanowskim reprezentować naszą opolską IL. Pomimo starań nie zakwalifikowałem się do rozgrywek pucharowych. Natomiast kol. Nanowski ponownie zachwyił formą. W swojej grupie wiekowej (75+) zdobył II miejsce w grze pojedynczej, a w grze podwójnej został zwycięzcą wraz z kol. Krzysztofem Michałowskim. Brawo! Spotkanie towarzyskie zorganizowane na terenie Klubu Sportowego Chojny uświetniło dwudniowe zmagania na kortach.

Kolejne tenisowe wyzwania czekają nas w pierwszy weekend czerwca. Zapraszam chętnych lekarzy tenisistów na Letnie Mistrzostwa Polski w Szczecinie. Wszystkie informacje na stronie naszego Stowarzyszenia PSTL (www.pstl.pl).

Do zobaczenia na korcie.

Krzysztof PARTYKA



CO PISZĄ INNI

ZANIM BĘDZIE ZA PÓŹNO...

Rozmowa z profesorem UEK dr hab. Beatą Buchelt, kierującą Centrum Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, specjalistką z zakresu zarządzania kadrami w ochronie zdrowia.

Pani Profesor, ilu lekarzy, Pani zdaniem, chciałoby dzisiaj – wiosną 2021 roku, wyjechać z naszego kraju, rzucić pracę? Latem ubiegłego roku, kiedy rzeczywistość wyglądała lepiej, aż 15% lekarzy deklarowało chęć emigracji lub rezygnację z czynnego wykonywania zawodu, a 29% zamierzało po pandemii radykalnie ograniczyć aktywność zawodową – to dane z raportu przygotowanego przez Panią oraz prof. UJ dr hab. Iwonę Kowalską-Bobko, dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ. Można zakładać, że powtórzenie tej analizy dałoby obecnie jeszcze gorszy wynik...

– Z pewnością, dlatego zamierzamy wkrótce powtórzyć badania. Poprzednie prowadziliśmy w pierwszych

miesiącach pandemii. Był strach, obawy przed nowym zagrożeniem, brakowało procedur i środków ochrony osobistej. Potem przysłała druga fala i bardzo liczne zachorowania także wśród personelu medycznego, narastało zmęczenie. Ci, którzy mogli, pracowali za chorych i tych na kwarantannie. Dziś mamy trzecią falę. Medycy są generalnie zaszczepieni, obawy o życie są mniejsze, lecz występuje skrajne przemęczenie. Kondycja psychiczna jest na pewno gorsza, więc pewnie chęć porzucenia takiej pracy, w polskich warunkach, w panującej tu atmosferze, jest większa niż wcześniej.

Czyli już dramatyczne i stale rosnące niedobory kadrowe mogą się pogłębić?

– Niestety. Obecna sytuacja to najbardziej drastyczny dowód na to, że przez 20 lat, a nawet więcej, nikt nie słuchał ostrzeżeń i tego, co mówią specjaliści. Przecież niedobory kadr wynikają z konkretnych sytuacji i zbyt ni-

ska liczba kształconych lekarzy nie jest jedyną przyczyną problemów. Przypomnijmy, że każdego roku duża grupa wykształconych lekarzy wyjeżdża z Polski. I tu kolejny mit – nie wyjeżdżają tylko i wyłącznie z powodu niższych niż w zachodniej Europie wynagrodzeń. To jest bzdura – ktoś, kto twierdzi, że lekarzy przywiązuje do miejsca pracy wyłącznie wynagrodzenie, nie ma pojęcia o zarządzaniu. Nie zna profesji lekarskiej. W prowadzonych przeze mnie od lat badaniach lekarze wskazują na takie czynniki satysfakcji z pracy, jak możliwość rozwoju (szkolenia, kariera), dobre warunki pracy czy przyjazna atmosfera.

O dobrą atmosferę dziś wszędzie trudno, lecz lekarze szczególnie dotkliwie to odczuwają. Zarówno społeczeństwo, jak i rządzący miotają się między hejtem a wdzięcznością, choć to drugie jest coraz rzadsze.

– Rzeczywiście, dzieje się coś złego. W pierwszych tygodniach pandemii społeczeństwo manifestowało poparcie dla 6 lekarzy, biło im brawa, a teraz, kiedy lekarzom jest o wiele trudniej, kiedy wykonują tytaniczną pracę, nie mają wsparcia. Dziś, pod wpływem planowanej rozmowy z panią, pojawiła się u mnie myśl, dość desperacka, by skontaktować się na przykład z profesorem Horbanem, doradcą premiera, i powiedzieć mu: „Czy naprawdę nie widzicie, że oprócz respiratorów trzeba zadbać o ludzi? Nie można lekarzy traktować tak przedmiotowo!”. Nie jestem lekarzem „covidowym”, który cały dzień jest w tym kombinezonie, w którym nie ma swobody ruchu ani nawet swobody zaspokajania podstawowych potrzeb fizjologicznych, ale sama wizja tej sytuacji jest dla mnie przerażająca. Tymczasem zamiast wdzięczności wylewa się fala hejtu. Może więc sami lekarze powinni zacząć się bardziej skarżyć, bo ludzie chyba nie mają pojęcia, jak naprawdę ta praca wygląda. Może powinni mówić więcej o własnych problemach, a nie tylko o dramacie pacjentów. Lekarze są takimi samymi ludźmi. Poczucie docenienia, szacunku jest szalenie ważne. Także szacunku ze strony przełożonych, więc nie wspomnę o niektórych poniżających wypowiedziach decydentów. Ciągłe też słyszę o „służbie zdrowia”. Jaka „służba”? Terminy mają znaczenie – lekarze mają nam pomagać, a nie służyć. To jest praca, normalny zawód. Podobnie zresztą, jak nie ma „siły roboczej” – to jest „kapitał ludzki” i pracowników należy traktować jak cenny kapitał. Cała ta atmosfera sprawia, że pojawia się przemęczenie, nie tylko fizyczne, lecz także psychiczne, rozgoryczenie, wypalenie zawodowe, potem absencja chorobowa i w efekcie ucieczka z zawodu. Będzie dużo gorzej.

Czy jest jakaś szansa poprawy sytuacji i ograniczenia skali tej ucieczki? Pomysły słyszymy od lat, jednak nic z tego nie wynika. Co w obecnych warunkach jest możliwe, co jest realne?

– Gdybym miała podzielić działania na bieżące, czyli zarządzanie operacyjne, i długoterminowe, to dziś zastanowiłabym się, w jaki sposób szybko wesprzeć lekarzy psychicznie – tu i teraz. Należy skoncentrować się na tym, czego w tym momencie lekarze oczekują i czego po-

trzebują. Konsultacje psychologiczne, e-learningi, jak radzić sobie ze stresem i emocjami, powinny być dostępne online w każdym momencie. Praca lekarzy powinna być stale doceniana. Jednak, przede wszystkim, należy spytać samych lekarzy, czego teraz najbardziej potrzebują. To działania bieżące. Długoterminowo – trzeba jak najszybciej zacząć eliminować lukę związaną z niedoborem lekarzy na rynku pracy. Nie wiem, jak to efektywnie robić, bo samo środowisko lekarskie jest w tym zakresie podzielone, więc zacznijmy od wypracowania konsensusu w tej kwestii. Na przykład w zakresie wydzielania niektórych kompetencji do innych zawodów medycznych, oczywiście tych, w których deficyty kadrowe nie są tak wielkie, czyli może farmaceutów? Postarajmy się jednocześnie zwiększyć nabór w innych dziedzinach. Tymczasem na przykład w ratownictwie medycznym kształcą się coraz mniej osób, a z badań wiadomo, że wielu ratowników również deklaruje chęć wyjazdu z Polski. Podobnie jest w przypadku pielęgniarek. Może należałoby jednak przywrócić dawne licea pielęgniarские? No i maksymalnie zwiększać nabór na studia medyczne, choć pamiętajmy, że to długie i wysoce kosztochłonne studia.

Kształcenie medyczne zawsze jest drogie, a wśród oczekiwanych deklarowanych przez lekarzy w Państwa badaniach znalazła się też możliwość rozwoju specjalistycznego, pomoc w zdobywaniu nowych umiejętności i wiedzy – jako element przywiązania do miejsca pracy i zawodu.

– Niestety, systemy, które funkcjonują w szpitalach, nie przystają do obecnych czasów. Nie uwzględniają ani zmian pokoleniowych, ani tego, że personel lekarski musi się stale rozwijać. Dzisiaj konstrukcja systemu dopuszcza do tego, że po specjalizacji lekarz nie musi już nic, chociaż prawo zobowiązuje lekarza do rozwoju. Nie ma ani systemu zachęt, ani monitoringu ciągłego rozwoju kompetencji zawodowych lekarzy, choć medycyna to najszybciej rozwijająca się dziedzina nauki. Samorząd lekarski dba o kształcenie, lecz mógłby w tym zakresie robić jeszcze więcej, bo przecież jeśli nie ma przymusu, tylko nielicznym chce się ciągle uczyć. Niestety, wiele w tym wszystkim hipokryzji. Miałam kilka lat temu kontakt z lekarzem, który za podstawę swej wiedzy specjalistycznej miał książkę z lat 90. ubiegłego wieku. Pozwalam sobie na takie uwagi, bo pochodzę z rodziny lekarskiej, mój ojciec stale coś czyta, ciągle czegoś się uczy, choć praktykuje już ponad 50 lat. Ilu jest dziś takich lekarzy?

Lekarze często usprawiedliwiają się brakiem czasu. Jeśli ktoś zauważy, że przecież nie muszą pracować w kilku miejscach jednocześnie, tłumaczą to także niedoborem kadr i potrzebami pacjentów. Jak więc dać lekarzom czas na odpoczynek i samodoskonalenie, jak lepiej zarządzać kadrami, których nie ma?

– Tak, lekarze są przepracowani, może nie wszyscy, ale duża część z nich. Dyskusję czy muszą, czy nie muszą pracować w kilku miejscach, zostawmy na marginesie. Część



robi to ze względów ekonomicznych. Część dlatego, że gdyby tego nie robiła, w publicznym systemie ochrony zdrowia czekalibyśmy na świadczenie zdrowotne, np. zwykłą wizytę u specjalisty, o wiele dłużej. Sytuacja nie jest tutaj czarno-biała. Natomiast ja chcę zwrócić uwagę na to, że przepracowaniu lekarzy, brakowi czasu na rozwój sprzyjają elastyczne formy ich zatrudniania, tzw. kontrakty. Kontrakty nie są dobre ani dla lekarzy, ani dla podmiotów ochrony zdrowia. Wieloletnie badania w tym zakresie, m.in. w Wielkiej Brytanii, potwierdzają, że elastyczne formy zatrudniania mogą się przyczyniać do pogorszenia jakości świadczeń medycznych. Oczywiście, mam świadomość, że kontraktów nie da się wyeliminować z dnia na dzień, ale można je stopniowo ograniczać, tworząc ciekawą ofertę zatrudnienia w jednym miejscu pracy.

Kiedys przeciw kontraktom głośno protestowano, lecz dziś już nie budzą emocji, są coraz powszechniejsze. Dlaczego Pani Profesor uważa, że nie należy ich akceptować?

– Dobra umowa o pracę jest zawsze lepsza od nawet najlepszego kontraktu. Przede wszystkim, umowa o pracę zapewnia stabilność zatrudnienia, bezpieczeństwo. Dzisiaj jednym z argumentów podkreślanych przez lekarzy, kiedy usprawiedliwiają swoją pracę w wielu miejscach, jest chęć zapewnienia sobie większej stabilizacji. Jeśli w jednym miejscu coś nie będzie się układać, mają zabezpieczenie w innej placówce czy gabinecie. Dajmy więc lekarzom bezpieczeństwo zatrudnienia. Kolejna sprawa – kontrakt to ucieczka od limitu czasu pracy, i to jest szkodliwe. Przemęczony lekarz szybciej ulegnie wypaleniu zawodowemu i efekt jest odwrotny – całkowicie się go traci. Nie można tak bardzo eksploatować lekarza, zwłaszcza starszego, a wiadomo, jaka jest średnia wieku polskiego medyka. Nikt nie ma siły i zdrowia, by stale pracować, spada efektywność, koncentracja. Wypalenie zawodowe to efekt przemęczenia również emocjonalnego, nie tylko wielu godzin pracy. Dziwne, że w Polsce wypalenia zawodowego wśród lekarzy nie analizuje się, choć w innych zawodach takie dane są szeroko i szczegółowo zbierane. Wygląda to tak, jakby lekarze sami mieli sobie radzić z tym problemem.

Czy wszystko nie sprowadza się w końcu tylko do pieniędzy – wysokości nakładów na szeroko rozumianą ochronę zdrowia? Na kształcenie, wynagrodzenia, poprawę warunków pracy itd.

– Jak wyjaśniłam wcześniej, pieniądze to nie wszystko, jednak w systemie na pewno jest ich za mało. Jak je zdobyć? Dlaczego na przykład nie można wprowadzić dopłat do leczenia? Tylko z przyczyn politycznych? Nie jestem politykiem, więc nie muszę powtarzać politycznych sloganów. Duża część społeczeństwa mając kogoś bliskiego w szpitalu chętnie zapłaciłaby za dodatkową opiekę, lepsze warunki. Szpitale miałyby więcej pieniędzy i sytuacja uległaby poprawie nie tylko dla tych dodatkowo płacących, ale i dla pozostałych pacjentów. Moim studentom tak to tłumaczę – przyjmijmy, że ochrona zdrowia

to taki pociąg do Warszawy. Wsiada się do niego, by dojechać do celu. Celem jest też wyleczenie pacjenta. Jedni jadą „ekstraklasą”, inni „dwójką”, lecz kiedy wysiadamy na dworcu, czy kogoś z nas interesuje, w jakich warunkach dojechał tam inny pasażer, czy dopłacił za kawę? Tak samo nie jest ważne, czy w sali jedno-, czy pięcioosobowej, ważne, że odzyska się zdrowie. Trzeba to ludziom wytłumaczyć, wyedukować społeczeństwo i wprowadzać zmiany. Natomiast nie jestem zwolenniczką upowszechnienia dodatkowych, komercyjnych ubezpieczeń – one nie dają pełnej ochrony, zwiększają dostęp tylko do wybranych procedur. Jestem za dopłatami do publicznego systemu ochrony zdrowia – to jest inny poziom i inny rodzaj świadczeń. W poważniejszej chorobie ostatecznie i tak trafimy do publicznego szpitala.

To może pomysł obecnego rządu, by przejąć pełną kontrolę nad opieką zdrowotną i ponownie „upaństwić” szpitale nie jest taki zły?

– Ale po co to robić? Płaci się dostawcy usług. I jeszcze premier mówi, że prywatna ochrona zdrowia się nie sprawdzi w walce z pandemią. Co chwilę jakiś polityk mówi coś nieprzemyślanego i zaraz się z tego wycofuje. Przecież to prywatne podmioty jeżdżą do ludzi, by ich szczepić, przyjmują pacjentów, którzy nie mogą się dostać do przyszpitalnych poradni. Cóż, rządzący nie mają na kogo zwać winy za to, że kiedy był czas przygotować się do kolejnej fali zakażeń, nic nie zrobiono. Teraz szuka się winnych wszędzie, tylko nie u siebie. Oczywiście, zmiany w systemie są potrzebne, lecz nie mogą być rewolucyjne. Siadźmy i zastanówmy się, co poprawić. Na poważnie i długofalowo. Czy nie można spytać osób, które się na tym znają, które potrafią doradzić, jak to zrobić dobrze? A tu ktoś niekompetentny wstaje z fotela i mówi: „dzisiaj damy podwyżkę tym, a tym drugim nie”. I fakt przyznania podwyżki wywołuje konflikt oraz jeszcze większe oburzenie niż jej brak.

Ale co z kadrami? Za żadne pieniądze liczba lekarzy w Polsce szybko nie wzrośnie.

– Marzy mi się, by utworzyć centra zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia, na poziomie powiatu czy nawet województwa. I w takim centrum można zgrupować konieczne działania – od tworzenia projektów rozwiązań, zasad pozyskiwania kadr itd. To nie jest wielka filozofia, potrzebna jest tylko specjalistyczna wiedza i planowe działanie. Minie pandemia, lecz pewne zjawiska pozostają stałe. Nasze społeczeństwo się starzeje, inne też. Bogatsze państwa od lat wyciągają personel medyczny z różnych krajów, a my jesteśmy bardzo atrakcyjnym kąskiem, ponieważ mamy świetnie wykształconą kadrę. Będą żniwa. Tymczasem my nie chcemy zastosować podobnej polityki. Mówi się o niższych kwalifikacjach choćby lekarzy zza wschodniej granicy. Wcale nie jestem przekonana, że absolutnie wszyscy nasi lekarze są lepsi od lekarzy spoza krajów Unii Europejskiej. Stwórzmy dobry system weryfikowania kwalifikacji, można opracować system doksztalcenia. Uważam, że

nie mamy wyjścia, musimy to zrobić. Wykształcenie lekarza zajmuje jakieś 10 lat, doksztalcenie medyka, np. ze Wschodu, będzie szybsze. Określmy, kogo nam najbardziej brakuje, i otworzmy się na innych. Poza tym, może Słowak by do nas przyjechał, Rumun, Bułgar. Poziom

życia u nas jest wyższy i warunki pracy też lepsze. Trzeba się tylko otworzyć na inność. Musimy sobie uświadomić, że nie mamy wyboru. Przed czym się bronimy?

*Rozmawiała Jolanta GRZELAK-HODOR
(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 2/21)*

EPISKOPACIE, DAJCIE ŻYĆ!

- Paracetamol – leczenie bólu oraz gorączki.
- Ibuprofen – lek przeciwbólowy, przeciwzapalny, przeciwgorączkowy.
- Kwas acetylosalicylowy – jw. + przeciwplatek.
- Pseudoefedryna – lek stosowany w terapii infekcji górnych dróg oddechowych.
- Loratadyna – leczenie alergicznego nieżytu nosa.
- Dukozynian sodu – lek przeczyszczający.
- Gwajfenezyna – ułatwia odkrztuszanie przy mokrym kaszlu podczas m.in.: grypy czy zapalenia oskrzeli.
- Fenylefryna – leczenie kataru w przebiegu grypy, przeziębienia.
- Zasadowy salicylan bizmutowy – leczenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.
- Lewotyroksyna – leczenie niedoczynności tarczycy.
- Atorwastatyna – leczenie hipercholesterolemii (podwyższonego stężenia cholesterolu).
- Amlodypina – leczenie nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca oraz objawu Raynauda.
- Metoprolol – leczenie nadciśnienia tętniczego, przewlekłej niewydolności serca.
- Omeprazol – leczenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.
- Lozartan – leczenie nadciśnienia tętniczego i przewlekłej niewydolności serca.
- Azytromycyna – antybiotyk.
- Etanercept – leczenie biologiczne ciężkich postaci ZZSK (zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa).
- Hydroksychlorochina – lek immunomodulujący stosowany w terapii układowych chorób tkanki łącznej (m.in. toczenia rumieniowatego układowego oraz zespołu Sjögrena).

- Remdesivir – jedyny dopuszczony przez FDA lek do stosowania w ciężkiej postaci (wymagającej leczenia tlenem) COVID-19 u osób od 12 roku życia.
- Metformina – podstawowy lek w terapii cukrzycy typu 2.
- Simvastatyna – leczenie hipercholesterolemii.

I wiele innych leków...

Nie jest to lista leków, które chcę reklamować, dlatego – celowo – nie wpisałem nazw handlowych. To lista leków, których niektórzy producenci KORZYSTAJĄ w badaniach przedklinicznych z... linii komórkowych HEK 293 (ludzkie embrionalne komórki nerki 293) lub im pochodnych.

Ciekawe, czy należący do Episkopatu, który śmie głosić antyszczepionkowe i nienaukowe treści, nie korzystali nigdy z leczenia bólu za pomocą paracetamolu czy ibuprofenu, nadciśnienia tętniczego przy udziale amlodypiny, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, zażywając omeprazol, czy cukrzycy typu 2, stosując metforminę?!

Jeżeli tak, to – w przypadku niektórych producentów – używali leków, które testowane były na HEK 293 lub im pochodnym komórkach.

Jeśli przyjmowanie jakiegokolwiek leku badanego na komórkach pochodzących z legalnych aborcji sprzed kilkudziesięciu lat jest niemoralne, to o nowoczesnej medycynie możemy zapomnieć, a jakość i długość życia diametralnie się zmniejszą. W kwestiach naukowych słuchajmy przekazów merytorycznych, a nie emocjonalnych czy ideologicznych.

Bartosz FIAŁEK

*O autorze: lekarz, specjalista w dziedzinie reumatologii,
popularyzator wiedzy medycznej, działacz społeczny
w obszarze ochrony zdrowia.
(przedruk z „Primum” nr 5/21)*

EKSPERCI Z INICJATYWY „NAUKA PRZECIW PANDEMII” W SPRAWIE KOMÓREK LINII ZARODKOWYCH/ EMBRIONALNYCH I SZCZEPIONEK PRZECIW COVID-19

AstraZeneca i Johnson&Johnson wykorzystują do produkcji swoich szczepionek wektorowych przeciw COVID-19 zmodyfikowane genetycznie linie komórkowe, odpowiednio HEK293 i PER.C6. Wprowadzone modyfikacje

umożliwiają namnażanie wektora wirusowego, głównego składnika tych szczepionek. W przypadku szczepionki AstraZeneca wektorem jest adenowirus szympansi ChAdOx1. Szczepionka Johnson&Johnson została stworzo-





na w oparciu o ludzkiego adenowirusa typu 26. Obecne w szczepionkach wektory nie są zdolne do namnażania, gdyż z ich genomu usunięto dwa regiony niezbędne do replikacji. W ich miejsce wstawiono natomiast gen kodujący białko S koronawirusa SARS-CoV-2. (...)

1. Komórki HEK293 wykorzystywane do produkcji adenowirusa w szczepionce AstraZeneca wyizolowano pierwotnie w 1973 r. z materiału abortyjnego ludzkich komórek embrionalnych nerki. Od tego czasu są pasażowane w warunkach laboratoryjnych i wykorzystywane w ogromie badań biomedycznych.

2. Komórki PER.C6 wykorzystywane do produkcji adenowirusa w szczepionce J&J wyprowadzono z tkanki siatkówki zarodka ludzkiego uzyskanej w wyniku zabiegu indukowanego poronienia przeprowadzonego w 1985 r.

3. By wyprodukować szczepionki przeciw COVID-19 w oparciu o technologię wektorową, nie trzeba było przeprowadzać żadnej aborcji, nie ucierpiała żadna istota ludzka.

4. Celem przeprowadzonych aborcji nie było pozyskanie linii komórkowych. Zabiegi nie zostały przeprowadzone celowo i w żaden sposób pobranie nie wpłynęło na decyzję o przeprowadzeniu aborcji. Komórki z tkanek pobrano przy okazji, w celach badawczych. Uzyskane komórki udało się hodować, więc je zachowano. W podobny sposób pozyskuje się komórki do badań od osób dorosłych, zarówno za życia, jak i po śmierci.

5. Wykorzystywanie linii takich jak HEK293 czy PER.C6 w produkcji szczepionek przeciw COVID-19 nie promuje aborcji.

6. Celem pobrania komórek nie było stworzenie szczepionki, to zastosowanie opracowano znacznie później. W przypadku HEK293 pojawiło się ono dopiero w 1985 r., gdy zaadaptowano hodowlę tych komórek w płynnej pożywce (wcześniej prowadzono hodowlę płytkową). Komórki wyprowadzone z materiału abortyjnego wykorzystywano już przed pandemią w celu testowania lub produkowania innych szczepionek.

7. Linie te, a zwłaszcza w HEK293, wykorzystuje się w szeroki sposób w rozmaitych badaniach biomedycznych, dzięki którym poznawane są funkcje ludzkich białek, szlaki metaboliczne, a także zjawiska istotne dla zrozumienia procesu nowotworzenia. Komórki te znajdują również szerokie zastosowanie w zakresie testowania substancji o znaczeniu farmaceutycznym. Komórki HEK293

i PER.C6 nie wchodziły w skład szczepionek AstraZeneca i Johnson&Johnson.

8. Linie te nie są wykorzystywane w produkcji szczepionek mRNA. Niemniej jednak, komórki HEK293 zostały wykorzystane przez Pfizera i Modernę na wstępnym etapie prac rozwoju swoich kandydatów na szczepionkę, by sprawdzić, czy komórki te pobierają mRNA.

Szczepienia przeciw COVID-19 ratują życie. Wskazywanie, że jedne szczepionki są mniej moralne od innych, to budowanie ogólnej do nich niechęci. A powinna przyswiecać nam troska o każdego bliźniego. Zaszczepienie – jakkolwiek szczepionką przeciw COVID-19 – jest najlepszym świadectwem tej troski, również o dzieci nienarodzone. COVID-19 jest bardzo niebezpieczny, także dla kobiet w ciąży.

Ekspertki zrzeszeni w ramach inicjatywy Nauka Przeciw Pandemii www.naukaprzeciwpandemii.pl:

- dr n. farm. Leszek Borkowski, Fundacja Razem w Chorobie,
- prof. Marcin Drąg, Politechnika Wrocławska,
- prof. Andrzej M. Fal, Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego,
- prof. Robert Flisiak, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
- prof. Jacek Jemielity, Uniwersytet Warszawski,
- dr Jacek Krajewski, Federacja Porozumienie Zielenogórskie,
- dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
- prof. Andrzej Matyja, Naczelna Rada Lekarska, Uniwersytet Jagielloński,
- prof. Krzysztof Pyrc, Uniwersytet Jagielloński,
- dr hab. n. med. Piotr Rzymiski, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
- dr n. med. Michał Sutkowski,
- prof. Krzysztof Simon, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych,
- prof. Jacek Wysocki, Polskie Towarzystwo Wakcynologii,
- prof. Joanna Zajkowska, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

(przedruk z „Primum” nr 5/21)

NO-FAULT PO POLSKU

Czy przepisy wprowadzające Fundusz Kompensacyjny w obszarze szczepień to załączek systemu no-fault w Polsce? Tego chcieliby pracownicy medyczni, przede wszystkim lekarze, i znakomita większość ekspertów. Również rzecznik praw pacjenta podkreśla, że odejście od ścigania – na drodze karnej i cywilnej – lekarzy za niezawinione

błędy medyczne jest konieczne, a utrzymywanie obecnego stanu rzeczy to droga donikąd, także z punktu widzenia pacjenta. O tym, że powstanie Funduszu Kompensacyjnego stanowi krok w stronę systemu no-fault, mówił już podczas prezentacji założeń projektu minister zdrowia Adam Niedzielski. Dlaczego?

Ustawa o Funduszu Kompensacyjnym (w tym roku ma dotyczyć tylko szczepień przeciw COVID-19, od przyszłego obejmie wszystkie szczepienia realizowane w ramach PSO, prawdopodobnie jednak tylko preparatami finansowanymi ze środków publicznych, tak przynajmniej wynika z projektu ustawy przesłanego do konsultacji publicznych) nie wprowadza zupełnie nowego w polskim prawie rozwiązania, ale je z pewnością urealnia. I choć dotyczy wyłącznie szczepień, może stać się „poligonem”, na którym przetestowane zostanie postulowane od lat rozwiązanie problemu, który dotyka i pacjentów, i pracowników medycznych w sytuacji, gdy dochodzi do niepożądanego zdarzenia medycznego.

Teoretycznie system, który ma zabezpieczać pacjentów i gwarantować im wypłatę odszkodowania czy raczej rekompensaty za szkodę poniesioną na skutek niezawinionego błędu medycznego (czyli takiego, który nie powstał w wyniku działania umyślnego lub rażącego, zawinionego zaniedbania), już w Polsce istnieje i to od niemal dekady.

W 2012 r. zostały przecież powołane wojewódzkie komisje orzekające o zdarzeniach medycznych. Ich zadaniem jest ustalenie, czy zdarzenie medyczne miało miejsce. Nie orzekają o winie personelu medycznego czy szpitala, mają stwierdzić, że doszło do niewłaściwego postępowania, bo tylko wtedy można mówić o zdarzeniu medycznym. Propozycję odszkodowania składa podmiot leczniczy lub ubezpieczyciel, z którym szpital podpisał umowę. Maksymalne odszkodowanie może wynieść 100 tys. zł w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a jeśli doszło do śmierci pacjenta – 300 tys. zł.

Jednak nie ma żadnych wątpliwości, że komisje się nie sprawdziły. Błędem było (pytanie, na ile, parafrazując materię, której przepisy dotyczą, niezamierzonym i niezawinionym) określenie maksymalnej kwoty odszkodowania, bez określenia minimum, jakie przysługuje osobie poszkodowanej lub jej bliskim. Efekt? Proponowane pacjentom rekompensaty były z reguły bardzo niskie, a zdarzały się wręcz ośmieszająco niskie – w wysokości 1 zł.

Głośno o konieczności wprowadzenia w Polsce rozwiązań no-fault mówili już poprzedni ministrowie zdrowia, zwłaszcza prof. Łukasz Szumowski, który wprost przywoływał przykłady państw skandynawskich, w których po przejściu wiele dekad temu na system odszkodowań bez orzekania o winie personelu znacząco zmniejszyła się liczba popełnianych błędów. Jednak praktyka ostatnich lat szła w naszym kraju w dokładnie odwrotną stronę: już w 2016 r. Ministerstwo Sprawiedliwości pod kierownictwem Zbigniewa Ziobry (prywatnie, choć nie do końca, bo z wykorzystaniem podległych mu instytucji, ścigającego za domniemane błędy medyczne lekarzy jego zdaniem odpowiedzialnych za śmierć jego ojca) doprowadziło do powstania wyspecjalizowanych w badaniu błędów medycznych zespołów prokuratorskich, przeno-

sząc do prokuratur wyższego szczebla wszystkie sprawy dotyczące zgonów pacjentów. Dwukrotnie podjęto również próbę faktycznego zaostreżenia kar za błędy medyczne w kodeksie karnym.

Ministerstwo Zdrowia oficjalnie od kilku lat twierdziło, że działa na rzecz implementacji w Polsce rozwiązań, które wymyślili Szwedzi, a z powodzeniem zastosowali m.in. Duńczycy. Wątek systemu no-fault i konieczności jego wprowadzenia w polskiej ochronie zdrowia przewijał się intensywnie w debacie „Wspólnie dla zdrowia” (2018–2019), będącej konsekwencją protestu młodych lekarzy z jesieni 2017 r. i podpisanego przez nich porozumienia z ówczesnym ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim. Nieoficjalnie prof. Szumowski rozkładał ręce i mówił, że w Polsce brakuje klimatu politycznego i społecznego przyzwolenia na system no-fault.

Problem polega na tym, że w polskich warunkach jako błąd medyczny często kwalifikowane są powikłania choroby lub niezadowolające wyniki leczenia. Brakuje również najważniejszego – wiedzy, czyli rejestrów zdarzeń niepożądanych. Nie ma rejestru, nie ma analizy, nie ma wyciągania wniosków, trudno więc unikać kolejnych zdarzeń niepożądanych i kółko się zamyka. Mowa oczywiście o rozwiązaniach systemowych, bo w poszczególnych placówkach rozwiązania dotyczące wpisów do rejestru są z lepszym lub gorszym skutkiem wdrażane. Często z gorszym: wpisanie do rejestru wymaga przyznania, że doszło do niepożądanego zdarzenia, co z kolei może otwierać drogę do odpowiedzialności pracowników medycznych, więc lepiej do rejestru niczego nie zgłaszać. Co więcej, jedną z przyczyn zmniejszania się liczby chętnych na specjalizacje związane z większym ryzykiem powikłań i niepowodzeń medycznych jest właśnie system oparty na szukaniu winnych. Dotyka to przede wszystkim ginekologii i położnictwa oraz chirurgii. Rośnie, o czym mówią sami lekarze, niebezpieczeństwo rozwoju „medycyny asekuracyjnej”, czyli wybierania metod leczenia bezpiecznych z punktu widzenia lekarza, a niekoniecznie optymalnych dla pacjenta. Podjęcie ryzykownej decyzji, jeśli stawką jest z jednej strony życie chorego, z drugiej spokój, a może i wolność lekarza ze względu na obowiązujące przepisy i „brak społecznego przyzwolenia oraz klimatu politycznego” dla systemu no-fault, staje się coraz trudniejsze.

A jak to robią ci, którym się udało stworzyć system uznawany za wzorcowy? System oparty na zasadzie no-fault wprowadzono w Szwecji w latach 70. ubiegłego wieku. Wszystkie placówki medyczne w tym kraju wykupują obowiązkowe ubezpieczenie na rzecz pacjentów. Gdy dojdzie do niepożądanego zdarzenia medycznego, nie trzeba orzekać, z czyjej winy nastąpiło. Wystarczy udowodnić, że miało miejsce i pacjent poniósł szkodę. Pacjent otrzymuje rekompensatę, a osobno trwa analiza zdarzeń, które doprowadziły do powstania szkody. Szuka się odpowiedzi na pytanie, jak to się stało, że „coś po-



szło nie tak”. Klasyczna sytuacja win-win: pacjent szybko otrzymuje odszkodowanie, a znalezienie odpowiedzi na pytanie o przyczynę lub przyczyny niepożądanego zdarzenia w bardzo wielu przypadkach pozwala uniknąć powtórek w przyszłości.

Według różnych szacunków wprowadzenie w ochronie zdrowia systemu no-fault kosztowałoby kilkadziesiąt, maksymalnie zaś – 100 mln zł rocznie.

W jaki sposób Fundusz Kompensacyjny może otworzyć pole dla kolejnych kroków we wprowadzaniu systemu no-fault? Chodzi przede wszystkim o przetestowanie

rozwiązania przeniesienia procedur do Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Niekoniecznie w tym roku, bo powikłań po szczepionce covidowej nie będzie zbyt wiele. Otwarcie Funduszu Kompensacyjnego na wszystkie (niemal) szczepienia obowiązkowe zwielokrotni jednak tę liczbę i pokaże chociażby, ile faktycznie musi trwać cała procedura (zapewne w przypadku zdarzeń medycznych niezwiązanych ze szczepieniami będzie dłuższa).

*Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 5/21)*

POLOWANIE NA CZAROWNICE

Czym jest w praktyce klauzula dobrego Samarytana? Dla lekarzy przeciążonych pracą w warunkach urągających wszelkim kodeksom i normom oznacza fikcję, która miała być... głębokim ukłonem w ich stronę.

To dość typowa figura, jaką niejednokrotnie władza przyjmuje wobec lekarzy. Kłania się i bije brawo, ale robi to odwrócona tyłem, okazując swój faktyczny do nich stosunek.

Propagandowe oklaski, konferencje prasowe pełne frazesów o poświęceniu, przyrzeczenia podwyżek, a potem pisane na kolanie prawo, które w szczegółach okazuje się gwoździem do trumny lub oznacza wycofanie ze złożonych obietnic.

Nie trzeba w tym miejscu przypominać powiedzenia, że dobrymi chęciami wybrukowane jest piekło, bo to, co od początku pandemii powtarza rząd środowisku medycznemu, a lekarzom w szczególności, jest najlepszą ilustracją zaprzeczania szlachetnych intencji. Wpisana jesienią do jednej z covidowych ustaw klauzula dobrego Samarytanina miała również wychodzić na przeciw oczekiwaniom medyków i stanowić dla nich zabezpieczenie prawne w sytuacjach krytycznych. Innymi słowy chodziło o wyłączenie odpowiedzialności za czyny związane z podwyższonym ryzykiem pomyłki osób wykonujących świadczenia zdrowotne w okresie epidemii. Ale zdaniem prawników wyszła z tego dość nieudolna próba zwolnienia z odpowiedzialności karnej za uchybienia – dziurawa, doraźna, która w dodatku nie jest żadnym oparciem przed sądem.

Czy można lekarzowi wybaczyć błąd? Gdzie się kończy heroiczna próba ratowania życia, a zaczyna przestępstwo? Uregulowania tych kwestii od lat domaga się samo środowisko medyczne, ale na razie politycy stanowiący prawo nie potrafią sobie z tym zadaniem poradzić. Nic im nie pomaga podsuwanie przykładów z niedalekiej Skandynawii ani z antypodów (z Nowej Zelandii), więc tkwimy w zaklętym kręgu obwiniania lekarzy albo medycyny, w której nie da się zaplanować ani przewidzieć

wszystkiego. W przypadku 80% pozwów z góry wiadomo, że nie będzie można nikomu przypisać niestaranności, polowanie na czarownice stało się jednak powszechne.

Oczywiście, bezkarność prowadzi do nadużyć „Ale jeśli nie ukrywasz ani nie wypierasz się popełnionych błędów, jeśli pacjenci i ich rodziny wiedzą, że szczerze nad nimi ubolewasz, czasem możesz otrzymać od nich bezcenny dar przebaczenia” – zapewnia dr Henry Marsh, wybitny brytyjski neurochirurg, w wydanej przed kilkoma laty wspomnieniowej książce „Po pierwsze nie szkodzić”. Pisana z pozycji lekarza reprezentującego dzisiejszą, w której na stole operacyjnym i poza nim może się wydarzyć niemal wszystko, jest odbiciem dzisiejszej sytuacji w pandemii, kiedy również wielu lekarzy pracuje na granicy ryzyka, z pełną świadomością, że tylko w ten sposób może uratować czyjeś życie.

Może więc pogodzić się z tym, że błędy są wpisane w działalność medyczną, i skupić na tych rażących, a niewynikających z natury profesji? Zawód lekarza ma niestety tę specyfikę, że za popełnione błędy płacą pacjenci (gdy Robert Lewandowski kopnie piłkę nie tak jak trzeba, kibice marudzą i gwizdzą, a co by się działo, gdyby taka pomyłka kosztowała czyjeś życie?). To również cena rozwoju medycyny. 40 lat temu nie było ryzyka przebicia naczynia podczas rozszerzania tętnic wieńcowych, bo zwyczajnie nikt takiego zabiegu nie wykonywał i ofiary zawału umierały. W wielu dyscyplinach przywracanie zdrowia tysiącom chorych odbywa się kosztem wąskiej grupy, u której powikłania są trudne do przewidzenia lub po prostu wcześniej nieznanne. A nieraz takie, którym nie można zapobiec.

Z myślą o takich sytuacjach przyjęto w Polsce klauzulę o dobrym Samarytaninie, ale tylko na czas pandemii, która przecież kiedyś się skończy. I co wtedy? Znowu zostaniemy z niczym?

*Paweł WALEWSKI
(przedruk z „Pulsu” nr 5/21)*

KORONAWIRUS ATAKUJE DZIECI! CHORUJĄ TAK SAMO JAK DOROŚLI

Dotychczas dzieci, które zetknęły się z SARS-CoV-2, przechodziły infekcję bezobjawowo albo skąpoobjawowo. Teraz podobnie jak dorośli: mają wysoką gorączkę, duszności, obniżoną saturację – alarmują lekarze rodzinni i pediatrzy.

Czym się różni ta fala pandemii od poprzednich? Między innymi tym, że wirus zmutował i ciężko doświadcza także dzieci. Mają gorączkę lekkooporną, duszności, a nawet spadek saturacji. Najczęściej chorują przedszkolaki oraz dzieci z klas 1-3. Od początku roku do szpitala na kieleckim Czarnewie z powodu ciężkiego przebiegu COVID-19 trafiło już 51 dzieci. Jedno trzeba było poddać respiratoroterapii.

Sebastian Kędzierski, konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny rodzinnej, z niepokojem patrzy w przyszłość.

- Do tej pory dzieci nie chorowały na COVID-19 albo przechodziły go skąpoobjawowo. Zwykle kończyło się na dolegliwościach brzusznych: biegunka lub bóle brzucha. Obecnie dzieci mają takie same objawy jak dorośli: wysoką gorączkę, intensywny kaszel, są bardzo osłabione, śpią po kilka godzin w ciągu dnia, nie chcą jeść, u niektórych spada saturacja - informuje Sebastian Kędzierski.

O WIELE BARDZIEJ ZJADLIWY

Nasz rozmówca nie ma złudzeń, że falę pandemii, przez którą teraz przechodzimy, wywołał nowy wirus. - Nie wiem, czy to jest wariant brytyjski czy jakiś inny, ale z pewnością mamy do czynienia z nową mutacją - stwierdza i uzasadnia: - W ubiegłym roku zdarzały się rodziny, gdzie niektórym jej członkom udawało się nie zarazić, mimo że ktoś z domowników przechodził COVID-19. Teraz takich sytuacji nie ma w ogóle. Jednego dnia zgłasza się do nas np. ojciec, a już następnego choruje cała rodzina.

TYLE SAMO CHORYCH DZIECI CO DOROŚŁYCH

Doktor Kędzierski dostrzega jeszcze jedną, bardzo niepokojącą tendencję. - W ubiegłym roku na stu dorosłych pacjentów z COVID-19 przypadało jedno dziecko (chorzy pełnoobjawowi - przypis red). Teraz mamy tyle samo dzieci co dorosłych - mówi doktor Kędzierski. - Początek infekcji może być mylący, bo pierwsze objawy są identyczne jak w przypadku typowego przeziębienia. Dopiero później zaczyna się gorączka - nawet

40-stopniowa, kaszel, duszności, dzieci nie chcą się bawić, jeść, śpią po kilka godzin dziennie, są bardzo osłabione. Wszystko to samo, co obserwujemy u dorosłych - mówi dr Kędzierski.

SZKOŁA ŹRÓDŁEM ZAKAŻEŃ

Konsultant wojewódzki źródła zakażeń upatruje w szkołach i przedszkolach. - Najczęściej diagnozujemy COVID-19 u dzieci w wieku przedszkolnym. Z tego co słyszę od koleżanek i kolegów, pracujących w POZ, wszędzie jest podobnie. Chorują głównie przedszkolaki i uczniowie klas 1-3, co pozwala wnioskować, że niestety placówki oświatowe są miejscem, w którym najczęściej dochodzi do transmisji. Jedyną dobrą informacją w tym wszystkim jest ta, że na razie nie stwierdziłem ani jednego powtórnego zakażenia COVID-19 u dziecka. Od kolegów słyszałem, że mieli dorosłych, którzy w ubiegłym roku byli dodatni i zachorowali ponownie, ale też były to sporadyczne przypadki - informuje Kędzierski.

W SZPITALIKU TEŻ CORAZ WIĘCEJ CHORYCH

- Obecnie hospitalizujemy sześć osób z COVID-19, ale od początku roku mieliśmy już 51 takich osób na oddziale - 11 w styczniu, 23 w lutym, a w marcu już 17 (wypowiedź z 19 marca). Ewidentnie widać zwiększającą się liczbę dzieci z ciężkim przebiegiem choroby: ze spadkiem saturacji oraz oporną na leczenie gorączką, nasilonymi zmianami zapalnymi w obrazie TK płuc - informuje Barbara Szczepańska, zastępca kierownika I Kliniki Pediatrii Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii w Kielcach.

Część małych pacjentów poddawana była tlenoterapii, trójce ordynowano Remdesivir, dwojgu podawano osocze, jedno przebywało w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej. Szczęśliwie w tym roku specjaliści ze Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii odnotowali tylko trzy przypadki PIMS - Wieloukładowego Zespołu Zapalnego u dzieci po przechorowaniu COVID-19 (20 od listopada 2020 do połowy lutego 2021). Najmłodsze dziecko hospitalizowane z powodu COVID-19 w Pododdziale Infekcyjno-Neurologicznym ŚCP to noworodek (lekki przypadek). Najmłodsze dziecko z ciężkim przebiegiem miało zaledwie dziewięć miesięcy.

(przedruk z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 3-4/21)

CYFRYZACJA LEKIEM NA BRAKI KADROWE?

Pandemia spowodowała nie tylko konieczność wprowadzenia daleko idących zmian w zakresie organizacji ochrony zdrowia, ale przyspieszyła przynajmniej o dekadę tempo cyfryzacji systemu zdrowotnego – tak wyni-

ka z najnowszego raportu firmy Deloitte „Digital transformation: Shaping the future of European healthcare”.

Według szacunków ekspertów Deloitte, w całej Europie około jedna trzecia pracowników systemu ochrony





zdrowia rozważa rezygnację i odejście z pracy, a już teraz 19 krajów boryka się z problemem niedostatków siły roboczej w swoich systemach opieki zdrowotnej. W tym gronie jest też oczywiście Polska – odczuwa to chyba każdy lekarz i lekarz dentyista pracujący w naszym kraju. Jak wynika z raportu, do 2030 r. w Europie zabraknie nawet 4,1 mln specjalistów z zakresu medycyny.

Przyspieszenie cyfryzacji

Wybuch pandemii wpłynął na miliardy ludzi na całym świecie, w tym na miliony pracowników medycznych. Systemy ochrony zdrowia miały niewiele czasu na dostosowanie się do gwałtownie zmieniającej się sytuacji. Wprowadzone wtedy ad hoc zmiany w normalnym trybie zajęłyby lata. W przypadku transformacji cyfrowej eksperci Deloitte oceniają, że pandemia przyspieszyła jej tempo przynajmniej o dekadę.

Wszyscy pamiętamy, jakie obawy jeszcze pod koniec 2019 r. towarzyszyły lekarzom i lekarzom dentyistom w związku z rewolucją, którą niesły za sobą e-recepty. Tymczasem, wybuch epidemii SARS-CoV2 pod koniec pierwszego kwartału 2020 r. sprawił, że większość lekarzy (i pacjentów!) odetchnęła z ulgą, że przynajmniej w temacie recept sytuacja jest pod kontrolą. Szczególnie skorzystali z tego udogodnienia pacjenci przyjmujący leki na stałe. Czyż nie jest to realne udogodnienie dla obu stron, że pacjent nie wyczekuje już w kolejce w przychodni, a lekarz nie traci czasu na kilkuminutową wizytę, której główną częścią jest wypisanie papierowej recepty?

W badaniu przeprowadzonym na potrzeby raportu, prawie 65% respondentów wskazało, że w związku z pandemią COVID-19 ich instytucje zwiększyły wykorzystanie cyfrowych technologii wspierających pracę medyków, a 64,3%, że znalazły one zastosowanie także w zdalnym wsparciu i kontakcie z pacjentami. Jednocześnie, o wykorzystaniu cyfrowych rozwiązań najczęściej mówili lekarze pierwszego kontaktu (74,7%), którzy w związku z koronawirusem powszechnie przyjęli właśnie zdalny sposób wstępnej oceny pacjentów.

Nie tylko w ochronie zdrowia rozwój cyfrowy został wyraźnie przyspieszony. W jednej z międzynarodowych korporacji, zatrudniającej na całym świecie 15 tys. osób, od dwóch lat prowadzone były prace nad wprowadzeniem podpisu elektronicznego, znacząco usprawniającego procesy biznesowe. Tylko w jednym dziale tej firmy przetwarza się ponad 500 dokumentów miesięcznie. Marnowano czas – zebranie co najmniej czterech podpisów na dokumencie zajmowało nawet 40 dni! O zmarnowanych pieniądzach na druk, transport, zabezpieczenie tajnych dokumentów firma nie wspomina, ale można domyślać się, że koszty te przekraczały setki tysięcy euro. Gdy wybuchła pandemia, projekt wprowadzenia podpisów elektronicznych przyspieszył i całość sfinalizowano w dwa miesiące. Usprawnienie pracy widać natychmiast, o oszczędności będzie można zapytać na koniec tego roku.

Cyfryzacja z perspektywy pacjentów

Coraz więcej ludzi w Europie pragnie aktywnie uczestniczyć w wyborze najlepszych dla siebie usług oraz zarządzać własnymi danymi medycznymi, a także decydować, kto i kiedy ma w nie wgląd. Polskim przykładem jest oczywiście Internetowe Konto Pacjenta (IKP), które znacząco zyskało na popularności w trakcie pandemii COVID-19.

Doskonale pamiętamy rozmowy o tym, jak niszowym produktem było IKP przed wprowadzeniem e-recept. Komunikatów płynących z CSiOZ, mówiących o tym, że pacjenci będą mieli dostęp do e-recept na swoich kontach IKP, lekarze słuchali wówczas jak bajki o żelaznym wilku, w roku 2018 bowiem z IKP korzystało raptem 22 tys. osób w całej Polsce. Rok później zanotowano duży wzrost – m.in. wynikający z kampanii informacyjnej dla pacjentów. IKP w 2019 r. miało 850 tys. pacjentów. Ale biorąc pod uwagę fakt, że takie konto mogłoby mieć nawet 30 milionów Polaków, to nadal był to wynik poniżej 3 proc.

Prawdziwy boom na IKP nastał pod koniec zeszłego roku, gdy zaczęto mówić, że za pośrednictwem IKP będzie można zapisywać się na szczepienia. Na początku listopada 2020 r. z IKP korzystało już 3,5 mln Polaków, z czego 19% to seniorzy. Dziś z pewnością ta liczba jest dużo większa. Wynika to choćby z faktu, że tylko z IKP można pobrać autoryzowane zaświadczenie o szczepieniu przeciwko COVID-19 w dwóch językach.

IKP – jak na produkt stworzony przez urzędników – jest naprawdę przyjaznym i intuicyjnym narzędziem, które oferuje pacjentowi różnorodne dane. Również te skłaniające do refleksji, szczególnie w kontekście wyceny świadczeń.

Nie trzeba być ekspertem od ochrony zdrowia, by zrozumieć, jak bardzo niedoszacowane są „usługi” w polskiej ochronie zdrowia. Pięciodniowy pobyt w wojewódzkim specjalistycznym szpitalu pacjentki, zabieg CC, opiekę położnika, neonatologa, doradczyni laktacyjnej, pielęgniarek i położnych, naświetlania na żółtaczkę dziecka i szereg innych procedur wyceniono na... mniej niż pięciodniowy pobyt w skromnym domku nad polskim morzem...

Choć rosnąca liczba pacjentów korzysta z nowoczesnych rozwiązań telemedycznych, nadal duże grono chorych jest zagrożone cyfrowym wykluczeniem – czy to z powodu braku umiejętności, czy też ze względu na niewystarczający rozwój infrastruktury technicznej: 80 mln Europejczyków nie ma dostępu do Internetu, a 28,9% brakuje podstawowych kompetencji informatycznych. Jak wynika z przytaczanego raportu Deloitte, konieczne jest więc podjęcie działań edukacyjnych, pozwalających na powszechniejszy i bardziej zrozumiały dostęp do cyfrowych systemów zdrowotnych.

Najbardziej narażone na niemożność efektywnego korzystania z nowoczesnych systemów ochrony zdrowia są osoby starsze, z terenów wiejskich lub zamieszkujące lokale socjalne, gorzej zarabiające i z niepełnosprawnościami.

Wirtualni asystenci medyczni

Z badania Deloitte przeprowadzonego w 2019 r. na grupie 12 tys. konsumentów wynika, że w Europie nowe technologie medyczne najczęściej wykorzystywane są do mierzenia przez pacjentów własnej kondycji zdrowotnej. Począwszy oczywiście od prostych urządzeń do pomiaru ciśnienia, przez bardziej zaawansowane urządzenia, jak choćby domowe KTG, które ciężarna podłącza przy własnym łóżku, a zapis jest automatycznie wysyłany do lekarza prowadzącego.

Znane są już programy badające stan pacjentów w opiece terminalnej, dający np. sygnały (na podstawie elektrod na ciele pacjenta), czy choremu nie grożą odleżyny albo czy występująca duszność jest powodem do niepokoju, a w konsekwencji do wezwania lekarza.

Dużo mówi się o medycznych botach, takich jak słynna wirtualna psycholożka Ellie z Institute for Creative Technologies w University of Southern California. Osiąga ona wysoki poziom interakcji z pacjentem, bo analizuje nie tylko treść wypowiedzi, ale także mimikę i ton głosu rozmówcy, dopasowując swój przekaz do tych zmian. Zaawansowana wirtualna psychoterapeutka pozwala wykryć takie schorzenia, jak depresja lub zespół stresu pourazowego.

Są też zaawansowane medyczne boty, które na podstawie objawów potrafią rozpoznać konkretną chorobę lub dolegliwość, np. Your.MD czy Mayo First Aid, który za pomocą stworzonego przez Amazon asystenta Alexa zapewnia użytkownikom dostęp do porad dotyczących leczenia różnych schorzeń, takich jak gorączka, ukąsze-

nia przez pajaka lub skaleczenia, opracowanych przez wykwalifikowanych lekarzy.

Uproszczony wirtualny asystent na czas pandemii COVID-19 został wprowadzony przez Centrum e-zdrowia na platformie pacjent.gov. pl. Stosuje on technologię IBM Watson Assistant, wykorzystując technikę machine learning, sieci neuronowych oraz baz referencyjnych. Stworzony w Departamencie Rozwoju Systemu e-zdrowie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) we współpracy z IBM Polska, powstał on w zaledwie kilka dni, jest stale zasilany nową wiedzą, po to, aby przez cały czas rozwijał się o nowe tematy i uczył odpowiadać na pytania internautów dotyczące koronawirusa.

Jednak czy takie rozwiązania są odpowiedzią na rosnące braki kadrowe? Biorąc pod uwagę starzejące się społeczeństwo europejskie, trzeba mieć obawy, że te praktyki nie będą wystarczające. Nie zapominajmy o ważnej gałęzi, jaką jest medycyna zabiegowa. Jakkolwiek rozwój robotyki na tym polu jest imponujący (co niezwykle ciekawie tłumaczy prof. R. Markert w artykule o telemedycynie), to pamiętajmy, że do obsługi robotów potrzebni są jednak wysoko wykwalifikowani specjaliści. Cyfrowe usprawnienia jeszcze długo (zawsze?) będą wymagały kontroli „czynnika ludzkiego” po studiach medycznych.

Raport „Digital transformation: Shaping the future of European healthcare” powstał we wrześniu 2020 r., na podstawie przeglądu literatury tematu, badanie 1781 lekarzy i pielęgniarek oraz opinie ekspertów.

Agnieszka DANOWSKA-TOMCZYK
(przedruk z „Panaceum” nr 5/21)

KTO KWALIFIKUJE, KTO SZCZEPI, KTO PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚĆ?

W połowie maja, zgodnie z harmonogramem – a raczej jego którąś kolejną wersją – Narodowego Programu Szczepień, powinny się rozpocząć szczepienia przeciw COVID-19 w aptekach. Czy się rozpoczną, nie wiadomo, bo Ministerstwo Zdrowia nie określiło jeszcze wymagań wobec punktów aptecznych, a ogólne wymogi dotyczące punktów szczepień raczej nie będą miały w aptekach zastosowania. Farmaceuci nie ukrywają, że czekają na wytyczne, a na razie szkolą się na potęgę. W drugiej połowie kwietnia ukończenie dwustopniowego kursu wykonywania szczepień zameldował pierwszy tysiąc farmaceutów, kolejnych 6 tys. było w trakcie nabywania kwalifikacji i z teorii, i z praktyki. Program kursu obejmuje zarówno procedurę szczepienia, jak i udzielanie pierwszej pomocy. W takich samych kursach uczestniczą chętni do wykonywania szczepień diagności laboratoryjni, fizjoterapeuci, szkolne higienistki.

Pod koniec kwietnia rozpoczęto kolejne kursy (tym razem wyłącznie teoretyczne) z zakresu kwalifikowania

do szczepień. Znowelizowane przepisy rozszerzyły bowiem grupę osób, które będą mogły wykonywać szczepienia, ale też do nich kwalifikować. Już nie tylko lekarze, lecz i lekarze dentyści, felczerzy, pielęgniarki i położne oraz ratownicy medyczni, a po ukończeniu specjalnych kursów również przedstawiciele innych zawodów medycznych oraz studenci ostatnich dwóch lat studiów na wydziałach lekarskich oraz pielęgniarskich, będą mogli decydować o dopuszczeniu do szczepienia.

Podstawowym narzędziem jest bowiem kwestionariusz wypełniany samodzielnie przez pacjenta. Jeśli informacje do niego wpisane nie budzą żadnych wątpliwości, a pacjent nie zgłasza okoliczności, które komplikują ocenę jego stanu zdrowia, kwalifikacja jest jedynie formalnością. Wskazują na to zresztą zagadnienia, jakie obejmuje kurs uprawniający do prowadzenia kwalifikacji do szczepień, w którym uczestnicy uczą się np. wystawiania i realizacji e-skierowań, zasad kwalifikacji, poznają aspekty prawne oraz zasady dystrybucji szczepionek. ►►



Taki kurs muszą ukończyć fizjoterapeuci, farmaceuci, diagnosty laboratoryjni. Studenci piątego i szóstego roku studiów na kierunku lekarskim oraz trzeciego roku studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo muszą się wylegitymować dokumentem potwierdzającym umiejętności kwalifikowania do szczepień wydanym przez uczelnię prowadzącą to kształcenie i będą mogli prowadzić kwalifikacje tylko pod nadzorem, m.in. lekarza. Niejasny jest natomiast status lekarzy stażystów, na co zwracają uwagę izby lekarskie. Są oni, według Ministerstwa Zdrowia, uprawnieni do przeprowadzania badań kwalifikacyjnych każdorazowo pod nadzorem lekarza specjalisty, w dodatku wyłącznie w miejscu odbywania stażu. Rezultat? Studenci, po spełnieniu określonych warunków, mają większe możliwości zaangażowania się w szczepienia niż lekarze stażyści.

Ministerstwo Zdrowia przypomina, że osoby niebędące lekarzami mogą kwalifikować do szczepienia (czyli de facto przyjmować oświadczenie osoby kwalifikowanej o braku przeciwwskazań, bo tak trzeba rozumieć podpisany kwestionariusz) tylko wtedy, gdy nie budzi on żąd-

nych wątpliwości, i gdy takich wątpliwości nie przynosi wstępna rozmowa z pacjentem. W każdym innym przypadku należy szczepienie odroczyć do momentu uzyskania opinii lekarza. W większych punktach szczepień nie powinno być z taką konsultacją problemu, nie będą go mieć również punkty szczepień w poradniach POZ.

Ekspertki od początku zwracają uwagę, że – mimo masowości szczepień pandemicznych – kwalifikacja do szczepień za każdym razem jest sprawą indywidualną i czynnością medyczną, która musi być udokumentowana, a w razie wystąpienia poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych trzeba się liczyć ze sprawdzeniem, czy była przeprowadzona prawidłowo. Jeśli pacjent w ankiecie lub w wywiadzie podał nieprawdziwe informacje (np. o przyjmowaniu określonych leków), trudno udowodnić „winę” czy raczej odpowiedzialność osoby kwalifikującej. Ale już za zaniedbanie pomiaru temperatury albo (jeśli są wskazania) ciśnienia tętniczego kwalifikujący ponosi odpowiedzialność

*Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 5/21)*

W TROSCE O LEKARSKĄ PSYCHE

Pandemia koronawirusa SARS-CoV 2 mocno wyciska swoje piętno na wszystkich pracownikach ochrony zdrowia, a w szczególności na lekarzach. To właśnie na nas spoczywa największa odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta. Błędna decyzja może kosztować chorego zbyt wiele.

Poziom stresu, którego obecnie doświadczają lekarze walcząc z pandemią, można śmiało porównać z tym, który towarzyszy medykom w trakcie działań wojennych. Obserwuje się nasilenie występowania wśród lekarzy m.in. reakcji lękowych, stanów psychicznego wyczerpania, fizycznego znużenia, bezsilności, a także poczucia przegranej i wypalenia. Dla wielu praca w tych ciężkich warunkach kończy się depresją a nawet samobójstwem. Według amerykańskich badań, to właśnie nasza grupa zawodowa cechuje się najwyższym współczynnikiem samobójstw wśród wszystkich zawodów. W Stanach Zjednoczonych w ciągu roku z powodu wypalenia zawodowego życie odbiera sobie od 350 do 400 lekarzy. Większość obecnie pracujących medyków zgłasza co najmniej jeden objaw wypalenia zawodowego, kiedy przed pandemią zjawisko to było znacznie mniej nasilone.

Stan wypalenia zawodowego amerykańska klinika Mayo określa obecnie jako „stan fizyczny, emocjonalny lub wyczerpanie psychiczne połączone z wątpliwościami, co do swoich kompetencji i wartości wykonywanej pracy”.

W czasie każdej epidemii u części personelu medycznego dochodzi do rozwoju objawów zespołu stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder, PTSD). Analiza dotychczas przeprowadzonych badań wykazała występo-

wanie PTSD u 10-20% medyków. Wyższe wskaźniki obserwowano na oddziałach intensywnej terapii (8-30%). Udało się również zdefiniować czynniki ryzyka, mogące wpływać na przełamanie odporności na stres. Zalicza się do nich obciążony wywiad psychiatryczny, płęć żeńską, choć w tym przypadku wyniki badań bywają sprzeczne, krótki czas pracy w zawodzie, brak wsparcia społecznego, posiadanie małych dzieci oraz przeżywanie poczucia bezradności w czasie walki z pandemią.

Dlatego tak niezwykle ważne w czasach pandemii wydaje się budowanie własnej odporności psychicznej, która pomoże nam skutecznie łagodzić następstwa traumatycznych wydarzeń.

Czynniki, które bardzo poprawiają komfort pracy i zmniejszają ryzyko rozwoju PTSD jest wsparcie rodziny, współpracowników oraz przełożonych. Także odpowiednie przeszkolenie, które daje poczucie większego bezpieczeństwa i komfortu w trakcie wykonywanej pracy. Naszym wrogiem jest chaos, zaś praca w dobrze zorganizowanych i zarządzanych jednostkach wydaje się zwiększać odporność pracowników na stres.

Coraz więcej amerykańskich szpitali, celem wsparcia personelu medycznego, decyduje się na tworzenie specjalnych pomieszczeń socjalnych, nazywanych: „pokojami spokoju”. Takie spokojne oazy zawierają wszystko, co choć na chwilę pozwala zrelaksować się i oczyścić swój umysł. Perfekcyjnie dobrane kolory ścian, delikatnie przyściemnione światła, relaksująca muzyka, wygodne fotele oraz napoje i przekąski pozwalają personelowi choć na chwilę oderwać się od pandemicznej rzeczywisto-

stości. W „oazach spokoju” pracodawcy coraz częściej umieszczają rośliny oraz niewielkie fontanny, które dają przyjemnie kojący dźwięk. Bardzo pomocna jest również rozmowa z zatrudnionym przez szpital terapeutą lub psychologiem.

Niektóre amerykańskie szpitale korzystają z usług firm oferujących masaże. Pracownicy mogą skorzystać np. z 15 minutowego masażu, który w doskonały sposób pozwala się zrelaksować i wrócić do pracy niemal w pełni wypoczętym i zregenerowanym. Szpitale oferują swoim pracownikom również zajęcia z medytacji i głębokiego oddychania oraz innych technik relaksacyjnych, z których lekarze i pielęgniarki mogą korzystać w szczególnie stresujących momentach.

Placówki medyczne coraz częściej organizują lub dofinansowują zajęcia grupowe, które zachęcają do kreatywności i wspólnego spędzania czasu w atmosferze relaksu i pełnego mentalnego odcięcia się od przytłaczającej pandemicznej codzienności. Wykonywanie sprawiających przyjemność zajęć, wspólnie ze współpracownikami stwarza dodatkowe korzyści wynikające z socjalizacji.

W badaniach wykazano, że praca na „długie zmiany” może negatywnie wpływać na samopoczucie lekarzy i pielęgniarek. Konieczność dłuższej pracy często tłumaczona jest potrzebami pacjentów i brakiem wyspecjalizowanej kadry. Jednak szpitale, które chcą zredukować uczucie niepokoju wśród personelu oraz stres towarzyszący co-

dziennym wyzwaniom, powinny wypracować odpowiednią kulturę pracy, w której pracownicy nie będą czuli się zmuszani do pozostawiania na „dobrowolnych” nadgodzinach lub do podejmowania dodatkowych dyżurów.

Udowodniono, iż krótszy czas pracy związany jest z niższymi wskaźnikami wypalenia zawodowego. Niezwykle ważne jest przestrzeganie przepisów kodeksu pracy, w tym szanowanie prawa do urlopów, kiedy to lekarze naprawdę mogą odpocząć, by później z naładowanymi bateriami wrócić do pracy.

Brak troski o kadry medyczne, a wręcz niekiedy nawet wrogie nastawienie rządzących, może w szybkim tempie doprowadzić do wielkiej katastrofy ochrony zdrowia w Polsce. Przykładem niech będzie haniebna – w opinii niektórych, wręcz celowo złośliwie zaproponowana – podwyżka dla lekarzy specjalistów, wynosząca 19 zł miesięcznie. Przeliczając kwotę na godzinę pracy lekarza wychodzi, że zaproponowano nam nominalnie około 12 groszy więcej. Przy takiej polityce niestety daleko nie zajedziemy, zwłaszcza że już kilka tygodni temu w angielskim NHS wykazano 8.278 wolnych miejsc pracy dla lekarzy. Być może znaczną część tych etatów zajmą lekarze z Polski.

Marek DERKACZ
marekderkacz@interia.p
(przedruk z „Medicusa” nr 5/21)

KAŻDY DZIEŃ BEZ RUCHU TO JEDEN PROCENT MIĘŚNI MNIEJ

Brać życie na siedząco, rezygnując z systematycznego ruchu, znaczy powoli zabijać swój kręgosłup. I świadomie dążyć do kontuzji, a potem - inwalidztwa. W czasie trwającej pandemii ten proces gwałtownie przyspieszył. Czy jest jeszcze czas na ratunek?

Wystarczy dobrze ruszyć głową, by nie trzeba się było ruszać z miejsca – praca umysłowa oznacza siedzenie po wiele godzin za biurkiem. W normalnych czasach przynajmniej do pracy trzeba było iść. Albo chociaż dojść do samochodu, który zawiezie nas do biura. Jednak koronawirus uwięził wielu z nas w domu, gdzie śpimy,jemy, pracujemy.

Niestety, długotrwałe skazanie na home office to prosta droga do kontuzji i inwalidztwa. Poza tym bez ruszania mięśniami trudno kreatywnie ruszać głową. Jak znaleźć wyjście z tej sytuacji – wydawać by się mogło – bez wyjścia?

Przekleństwo opiekuńczości

Opisana zaledwie lekką tylko przesadą sytuacja mogłaby cieszyć co najmniej dwie grupy zawodowe związane z medycyną – fizjoterapeutów i lekarzy ortopedów. Dlaczego? Bo dzięki takiemu trybowi życia w tych branżach pacjentów na pewno nie zabraknie. Ale tu nikt nie cieszy się z takiego obrotu sprawy.

– W ostatnich latach średnia wieku naszych pacjentów radykalnie się obniżyła. Coraz częściej trafiają do gabinetów dzieci – mówi dr n. kf. Dariusz Harmaciński, fizjoterapeuta. – Kiedyś to były osoby w wieku 50+, a dzisiaj nie ma żadnych limitów, bo to jest i 10 lat, i 20, i 30. Fizjologia mówi nam, że mniej więcej od 25. roku życia nasz organizm zaczyna się starzeć. Okazuje się jednak, że dziś nawet ci młodszy pacjenci, u których proces starzenia komórek jeszcze nie ma miejsca, również cierpią na dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego.

Z czego to wynika? Stoi za tym kilka przyczyn. Kluczowe są jednak: środowisko w jakim dorastamy oraz żywność jaką spożywamy, a także fakt, że dzięki postępowi medycyny przeżywają coraz słabsze dzieci. – Potem ci ludzie są całe życie słabsi i my to doskonale widzimy – przyznaje dr Harmaciński. – U tych ludzi obserwujemy m.in. rozejście mięśni prostych brzucha, koślawość kostek, kolan, zwiększenie lub zniesienie krzywizn kręgosłupa, przesunięcie środka ciężkości ciała. To się później często wiąże z problemami ze zgryzem, nieprawidłowym podciśnieniem w jamie ustnej i źle ustawianym językiem. Mamy do czynienia z pewnymi schematami, które obserwujemy, pracując synchronicznie w jednym zespole



terapeutycznym z dr Ewą Kalecińską (lekarzem stomatologiem i osteopatą) oraz Arturem Natyną (logopedą, terapeutą miofunkcyjnym) – wyjaśnia.

Jak dodaje, gdy takie dziecko dorasta, staje się często wątłym, słabym 20-latkim, który ma problemy głównie z kręgosłupem, a z czasem także ze stawami obwodowymi.

Ale nawet dzieci, które przyszły na świat jako silne noworodki, wcale nie muszą wyrosnąć na silnych ludzi. Dlaczego? Za sprawą stylu życia rodziny – zamiast biegać z rówieśnikami po podwórku, siedzą godzinami w domu, odrabiając lekcje, grając na komputerze, oglądając telewizję. – Rodzice, obawiając się o ich zdrowie i potencjalne kontuzje, często wychodzą z nimi na podwórko, trzymając za rękę, nie pozwalając bawić się samodzielnie. I z tego się biorą problemy związane z rozwojem fizycznym. Styl życia jest dzisiaj jest tragiczny! – martwi się doświadczony fizjoterapeuta.

Trudno się z nim nie zgodzić – to co jeszcze 30-40 lat temu wydawało się naturalną zabawą, dzisiaj dzieci robią na specjalnych zajęciach indywidualnych, za które rodzice płacą niekiedy krocie.

Gdy mięśnie posturalne dostają wolne

Efektom takiej nadopiekuńczości są poważne wady postawy obserwowane już u młodszych dzieci. Dr Dariusz Harmaciński zaznacza, że na tym etapie nie pojawia się jeszcze ból, są za to bardzo duże kompensacje w postawie ciała. Bo – jak podkreśla – dopóki organizm jest młody, jest bardzo plastyczny, tkanki są elastyczne, mają odpowiednią długość i elastyczność, a krążenie jest zachowane.

– Z upływem czasu pojawiają się zwapnienia, zwłóknienia, zaburza się tzw. balans mięśniowy i wtedy dochodzi do upośledzenia krążenia. A jak nie ma krążenia, to mamy zastój, pojawiają się ból i choroba. Dlaczego? Bo podrażnia się receptory, które są zlokalizowane głównie w tkance łącznej. A gdy jest ból, pora się wybrać do fizjoterapeuty lub osteopaty, który manualnie lub stosując indywidualnie dobrany trening medyczny, przywróci równowagę tkankową. Ważne, by nie zwlekać zbyt długo. Im dłużej pacjent zwleka z wizytą, tym dłużej później redukuje się skutki akinezy. Nasi pacjenci dostają po każdej wizycie zalecenia (swego rodzaju zadanie domowe), które muszą wykonywać codziennie po około 20 minut – konstatuje wrocławski fizjoterapeuta.

Jakie problemy są najczęstsze? Dr Harmaciński wylicza jednym tchem: głowa wysunięta do przodu, a mięśnie przy potylicy są zbyt mocno napięte; zbyt mocno napięte mięśnie z przodu na klatce piersiowej, co skutkuje skręconymi, zrotowanymi do środka barkami; miednica wysunięta do przodu, co oznacza, że plecy się robią okrągło-wklęsłe.

– Często w ogóle nie pracują mięśnie, na których siedzimy, czyli te najważniejsze, posturalne: pośladki, które są notorycznie ściśnięte oraz mięśnie ud. Pozycja siedząca powoduje, że pośladki nie potrafią pracować w swoim pełnym zakresie – tłumaczy. – W efekcie miednica

jest w przodopochyleniu, bo pośladek już „zapomniał”, że jego funkcją jest m.in. utrzymywanie pionowej postawy ciała. I wtedy w ramach treningu medycznego musimy to uzupełniać, stosując odpowiednio dobrane ćwiczenia – dodaje.

Większość ludzi tymczasem wybiera sobie takie aktywności, jak np. jazda na rowerze, gdzie pośladki ponownie pracują w pozycji siedzącej. Nie tędy droga...

Zawody „skazane” na kłopoty

Siedzący tryb życia i związane z tym konsekwencje zdrowotne szczególnie boleśnie dotyczą niektórych grup zawodowych. Jednym z „liderów” w tej dziedzinie jest branża IT. – 60% moich pacjentów to ludzie z tej branży, i to młodzi, mający 20, 30, 40 lat – przyznaje dr Dariusz Harmaciński.

Dlatego niektóre korporacje zatrudniające dziesiątki osób pracujących cały dzień przed komputerem, od pewnego czasu zatrudniają też... fizjoterapeutów. Ci systematycznie pojawiają się w firmie, by wykonać informatykiem 10-, 15-minutowy masaż obręczy barkowej i górnego odcinka kręgosłupa po to, by tym ludziom ulżyć.

Ale to niejedyna taka branża. W grupie podwyższonego ryzyka są też ludzie, którzy dużo jeżdżą autem – zawodowi kierowcy, ale też biznesmeni, którzy nieustannie jeżdżą samochodem. – Często nie zdają sobie sprawy, jak bardzo pozycja siedząca jest zabójcza dla zdrowia człowieka – mówi dr Harmaciński. Jak dodaje, trzeba też brać pod uwagę, że to wpływa nie tylko na aparat ruchu, ale też na układ sercowo-naczyniowy. – W wyniku takiej akinezy pojawiają się różnego rodzaju zmiany w naczyniach krwionośnych, może dochodzić do powstawania żylaków, przewlekłej niewydolności żyłnej, a z czasem – zakrzepów. Potem dochodzą problemy z układem oddechowym, bo kiedy siedzimy skuleni, zamknięta klatka piersiowa powoduje, że przepona oddechowa zdecydowanie słabiej działa i nie ma odpowiedniego podciśnienia, które jest ważne z punktu widzenia mobilności narządów wewnętrznych oraz powrotu krwi żyłnej do serca.

Fizjoterapeuta przypomina, że bardzo wiele chorób swój początek ma w jamie brzusznej. Podczas każdego pełnego oddechu, narządy jamy brzusznej się względem siebie przesuwają. Przykładowo u dorosłego człowieka nerka podczas pełnego ruchu przepony może się przemieścić nawet o 4 centymetry. I znowu wracamy do punktu wyjścia: brak ruchu to zastój, a zastój to choroba. Oddychajmy więc prawidłowo!

Klasówka z ergonomii

Doświadczony wrocławski ortopeda, dr n. med. Witold Wnukiewicz wyjaśnia, że wszystkie takie dolegliwości mają związek z przewlekłe utrzymywaną nieprawidłową pozycją ciała albo z przewlekłym wykonywaniem tego samego jednostajnego ruchu (niekoniecznie związanego z wysiłkiem fizycznym). Może to być praca z myszką komputerową, w ogóle praca na komputerze czy in-

tensywne operowanie kciukiem na ekranie smartfonu. – Sama ta czynność wielokrotnie powtarzana bez wielkiego obciążenia sprzyja rozwojowi na tle czynnościowym dolegliwości strukturalnych, czyli czegoś takiego, co czynnościowo jesteśmy w stanie odwrócić rehabilitacją – mówi. – Jeśli natomiast te zmiany czynnościowe przejdą w strukturalne, to innego leczenia niż operacyjne praktycznie nie ma – nie pozostawia złudzeń.

Jak więc zorganizować sobie miejsce pracy, by nie dać szans urazom? Ortopeda tłumaczy, że w normalnej sytuacji, jeśli głowa jest ustawiona w osi kręgosłupa (czyli osi długiej ciała), to punkt podparcia jest taki, że ciężar głowy, która waży parę kilogramów, pada nam osiowo na kręgosłup i jest przenoszony na klatkę piersiową, a dalej na obręcz miednicy. – Natomiast w momencie, kiedy siedzimy i głowę mamy wychyloną do przodu, to ona jest wychylona całkowicie poza ten czworobok podparcia i w tym momencie mięśnie grzbietu pracują znacznie intensywniej, by głowę utrzymać. Potem ktoś taki przechodzi do gabinetu, mówiąc, że nie miał żadnego urazu, nie pamięta intensywnego wysiłku, choćby dźwigania ciężarów – opowiada dr Wnukiewicz.

Każdy powinien starać się minimalizować w pracy czynniki (również w ramach home office’u), które mogą prowadzić do drobnych urazów i poważnych kontuzji. Kiedy więc monitor mamy ustawiony poniżej linii wzroku, to głowę pochylamy do przodu; jeżeli mamy go w linii wzroku – trzymamy głowę prosto; jeżeli mamy ekran powyżej linii wzroku – zadzieramy głowę.

Druga arcyważna kwestia to podparcie przedramion na krześle, na którym pracujemy. Trzecią jest natomiast korzystanie z poduszki ortopedycznej, która wymusza na nas komfortową pozycję do siedzenia, utrzymanie fizjologicznych krzywizn kręgosłupa. – Bo w momencie, gdy robimy hiperkifozę, hiperlordozę, to na tej poduszce zaczynamy tracić stabilność – uśmiecha się pan doktor.

Nie każdy ruch jest równie dobry

Rzecz jasna wiele osób zdaje sobie sprawę, że nie ruszając się, szkodzi sobie samemu. Decyzja o uprawianiu sportu zapada szybko i równie szybko czyny podążają za pomysłem. Ale, jak się okazuje, nie każdy rodzaj ruchu pozwala nadrobić braki spowodowane siedzącym trybem życia. Najczęściej decydujemy się na bieganie albo jazdę rowerem. To, jak twierdzi wrocławski fizjoterapeuta, specjalista treningu medycznego, wcale nie jest najlepszym antidotum na brak ruchu.

– Ludzie wsiadają na rower, a to oznacza dokładnie taką samą pozycję, w jakiej spędzają pół dnia w pracy. A tu chodzi o to, by aktywność fizyczna oznaczała kompletnie inny rodzaj obciążeń niż te, które mamy w pracy! – zastrzega. – Bieganie też wcale nie jest takie dobre w tym przypadku, podobnie zresztą jak jazda konna. Bo pojawia się impakt, takie tąpnięcie, a wtedy szczególnie kiedy taka aktywność trwa długo, pracują tylko wybrane mięśnie. A przecież mamy w organizmie dwa rodza-

je mięśni: jedne głębokie, a drugie – bardziej powierzchowne. Tych głębokich nie kontrolujemy, to mięśnie toniczne. Są też mięśnie fazowe – gdy mają fazę, napną się wtedy, gdy im każemy. Kiedy się więc zrelaksujesz i biegniesz po wałach, na przykład 15 kilometrów, to te małe mięśnie posturalne cały czas pracują, a mając napięcie w nieprawidłowej proporcji, wzmagasz nieprawidłowe napięcie – zaznacza.

Co więc zrobić, by odbudować to, co zostało zdegenerowane wskutek siedzącego trybu życia? Najrozsądniejszym rozwiązaniem jest wybranie się po pomoc do fizjoterapeuty, który zresztą często współpracuje ściśle z lekarzem ortopedą. Specjalista od treningu medycznego zawsze postawi diagnozę i dobierze ćwiczenia z myślą o tym, że każdy człowiek powinien mieć zachowane odpowiednie proporcje zakresu ruchu i siły mięśniowej.

– Kiedy pacjent stoi i dotykam go na brzuchu i na plecach, to te mięśnie mają być tak samo napięte. Taka sama musi być też siła mięśniowa, czyli prostownik grzbietu i brzuch mają być tak samo napięte i silne. W tym przypadku chodzi o utrzymanie równowagi – opisuje doświadczony fizjoterapeuta. – Ale kiedy mówimy o mięśniach w obrębie barku, to on jest silniejszy podczas rotacji do środka, a słabszy na zewnątrz. Prawidłowa proporcja wynosi 3:2 u zdrowych ludzi. I mniej więcej taka musi być zachowana, by człowiek był zdrowy i żeby go nic nie bolało w tej części ciała. Zestaw ćwiczeń powinien być taki, jak dobrze skrojony garnitur.

Jak więc należy ćwiczyć, by się fizycznie nie stoczyć? Zdaniem doktora Harmacińskiego każdy, kto wiele godzin dziennie siedzi, powinien mieć zestaw ćwiczeń starannie dopasowany do swoich potrzeb. Co więcej, należy go tak skonstruować, by można go było wykonać wszędzie i to bez żadnego specjalistycznego sprzętu w każdych warunkach na przestrzeni jednego metra kwadratowego.

– Kiedy pracowałem na AWF-e, zawsze mówiłem studentom: „Rozłóż ręce i obróć się dookoła. Jak masz wokół siebie taką przestrzeń, że ręką nigdzie nie zawadzasz, to wystarczy ci jej na pełnowartościowy trening – tłumaczy obrazowo.

Jak dodaje, kiedyś w przypadku dorosłych mówiło się, że to ma być 3x30x130 (3 razy w tygodniu po 30 minut przy tętnie 130). Jednak według Dariusza Harmacińskiego to zdecydowanie za mało, bo jeżeli człowiek pracuje średnio 8 godzin dziennie, czyli 40 godzin tygodniowo, a zapewni sobie 1,5 godziny pracy treningowej, to jest to proporcja, która ma się nijak do realnych potrzeb. – Powinno się ruszać codziennie. Trening korekcyjny, korygujący postawę ciała wykonuje się każdego dnia, ale krótko – zaznacza. – To jest trening, który ma przede wszystkim działać na układ nerwowy, więc się go wykonuje 15–20 minut każdego dnia. A jeśli masz warunki, możliwość, siłę i chęci, to wykonujesz go 2–3 razy dziennie po 15 minut. Ja zalecam krótką aktywność, ale często – podsumowuje.



Sprawa doszła do trzeciego szeregu...

Zdarzają się jednak sytuacje, gdy sama praca z fizjoterapeutą i trening medyczny już nie wystarczą – potrzebna jest pomoc doświadczonego ortopedy traumatologa. Dzieje się tak np. w sytuacji, gdy osoby mające urazy z jakiegoś powodu na dłuższy czas są pozbawione aktywności fizycznej i rozmaite urazy się kumulują, prowadząc do poważniejszych kontuzji. Tak się dzieje choćby w przypadku zmian zwyrodnieniowych w stawie biodrowym.

– Bardzo często musimy się posiłkować badaniami obrazowymi i odsyłać pacjentów do ortopedów, żeby ci skierowali pacjentów na RTG czy rezonans, bo drobne dolegliwości, które tkwią w człowieku w sytuacji, kiedy pojawia się akineza (czyli brak ruchu), bardzo szybko przybierają na sile. Np. takie chore biodro w miarę

sprawnie funkcjonuje 2–3 lata, a gdy nagle zaczyna brakować ruchu, wystarczy pół roku, żeby się posypało. I potrzebna jest wymiana – mówi dr Harmaciński. – Sam mam w tej chwili dwie takie pacjentki, które przestały

się ruszać, co poskutkowało tak drastycznym zaostrzeniem objawów w ciągu 6 miesięcy, że w tej chwili zostaje już chyba tylko operacja.

Takich sytuacji zdarza się ostatnio coraz więcej głównie za sprawą szalejącej epidemii, która wielu z nas zmusiła do zamknięcia w domu i zniechęciła do systematycznej aktywności fizycznej. W takiej sytuacji zostaje zacytować stare, rzymskie przysłowie: „Sprawa doszła do trzeciego szeregu”, czyli że jest bardzo poważna. Pora więc wybrać się do ortopedy.

– Każdy dzień unieruchomienia oznacza mniej więcej jeden procent spadku siły mięśniowej i masy mięśniowej. To unieruchomienie może być spowodowane tym, że ktoś jest chory. Ale przestawienie człowieka na home office albo posadzenie kogoś na kwarantannie na 2–3 tygodnie w M2, M3 czy M4 również sprawia, że człowiek siedzi w tym mieszkaniu, ruchu ma niezbyt wiele i momentalnie zaczyna się dziać źle – tłumaczy obrazowo ortopeda, dr n. med. Witold Wnukiewicz. – Oczywiście bardziej poszkodowane będą osoby otyłe, z nadwagą czy poważnie chore. Ale również ci, którzy na co dzień są „fit”, w momencie, gdy przestają trenować, zaczynają tracić siłę...

Ortopeda dodaje, że na tym nie kończą się wady pracy w trybie „home office”. Dolegliwym skutkiem ubocznym takiego trybu życia jest też zanikanie codziennego rytuału: wstajemy, mobilizujemy się, myjemy, ubieramy, wychodzimy z domu, maszerujemy do pracy (albo do samochodu, który nas tam zawiezie). Dzięki temu przeciętny człowiek wykonuje każdego dnia około 5 tysięcy kroków.

– Sądzę, że w momencie, gdy jesteśmy skazani na home office, liczba tych kroków spada co najmniej 10-krotnie, bo 500 kroków zrobionych po mieszkaniu to naprawdę sporo. A więc o cały rząd wielkości zmniejszamy naszą

aktywność podstawową! – uświadamia dr Wnukiewicz. – Podczas chodu w pozycji pionowej pracują nam wszystkie mięśnie posturalne. Jeżeli ktoś wcześniej chorował na jakąś dyskopatię, bo miał problemy z kręgosłupem, to się na pewno nasili, bo jego gorset mięśniowy słabnie każdego dnia i to drastycznie. A jeżeli jest to kwestia kilku tygodni (jak teraz, w czasie epidemii), to te różnice są naprawdę ogromne!

Odrobienie takich strat to tytaniczna praca. Jak mówi dr Wnukiewicz, wystarczy to zestawić z sytuacją wy-

czynowego sportowca, któremu przydarzyła się kontuzja. – Mimo że ciało takiego człowieka jest tak, a nie inaczej przygotowane, wytrenowane, to w momencie, kiedy ma powyżej 3 tygodni bez treningu, schodzi powiedzmy do poziomu zero, od którego musi na nowo budować formę – wyjaśnia. – Nie wraca do zera absolutnego, bo on ma swoje umiejętności i pamięć ruchową, ale do swojego poziomu zero, od którego musi formę na nowo zbudować. Reguły, do których musi się stosować sportowiec po kontuzji, dotyczą też przeciętnego Kowalskiego przez długi czas pozbawionego solidnej porcji ruchu – podkreśla pan doktor.

Wirus „podróżuje” po naszych kontuzjach

Ortopeda przestrzega przed zdradliwymi skutkami działania SARS-CoV-2. Mówi, że sam się z nim niedawno zmagał i zauważył, że wirus zachowywał się tak, jakby miał mapę rozmaitych kontuzji, które dotąd przeszliśmy. Jeżeli przechodzimy chorobę tak, że nie wymaga to hospitalizacji, tylko jesteśmy w domu, to najczęściej objawia się to silnym bólem w zakresie kręgosłupa, wszystkich mięśni i stawów. Objawy są grypopodobne. – Jeśli jednak mieliśmy do tej pory jakieś kontuzje (wiem to po sobie), to każda okolica, gdzie w przeszłości coś było uszkodzone, urażone odzywa się z podwójną siłą. Wszystkie dolegliwości, które tkwią gdzieś w nas na zasadzie „zaleczone”, w momencie infekcji gwałtownie się nasilają. Oczywiście nie jest to regułą u wszystkich, ale tak się często dzieje – relacjonuje.

Dlaczego tak się dzieje? Każdy z naszych stawów ma chrząstkę stawową, dzięki której w stawie może się odbywać ruch. Ona nie ma swojego systemu ukrwienia, ale odżywia się poprzez dyfuzję, czyli pobiera składniki odżywcze z płynu stawowego, który jest produkowany przez błonę maziową, a więc wewnętrzną warstwę torebki stawowej. Z kolei błonę maziową do produkcji tego płynu stymuluje ruch. – Kiedy więc nie ma ruchu, to nie ma stymulacji dla błony maziowej do produkcji płynu maziowego. A jak nie ma produkcji płynu maziowego, to nie ma składników odżywczych dla chrząstki. Kiedy chrząstka nie jest odżywiana, to zaczyna się psuć – sprawa jest prosta – tłumaczy.

Doktor Witold Wnukiewicz nie ma też wątpliwości, że taka sytuacja może wzmacniać kłopoty zdrowotne w tym zakresie, zwłaszcza że system opieki zdrowotnej mocno w czasie pandemii kuleje. W wielu przypadkach na

profilaktykę i zapobieganie nieodwracalnym zmianom będzie więc za późno. – Po prostu trafią do nas ludzie, u których nie będzie innej opcji niż operacja. Ten czas na profilaktykę zostanie bezpowrotnie stracony – zaznacza.

Zarówno fizjoterapeuta, jak i ortopeda są zgodni, że najgorsze, co teraz można zrobić, to się zamknąć w domu i nie ćwiczyć. Dr Dariusz Harmaciński podpowiada, by

w czasie intensywnej aktywności nie zapomnieć o jednej ważnej rzeczy. – Pamiętajmy, że maseczka na twarzy w czasie ćwiczeń powoduje kwasicę oddechową. To na pewno nie jest zdrowe. Jeśli więc ćwiczymy, koniecznie róbmy to bez maseczki! – zastrzega.

Maciej SAS

(przedruk z „Medium” nr 5/21)

MEDYCyna PO DYPLomie

AKTUALNE TRENDY W FARMAKOTERAPII COVID-19 – ANALIZA BADAŃ KLINICZNYCH

Optymalizacja farmakoterapii COVID-19 w czasie pandemii to ogromne wyzwanie dla środowiska naukowego. Problem jest istotny i złożony. Z jednej strony zależy nam na rzetelności i jasności publikowanych wyników zgodnie z procedurami weryfikacji danych w poszczególnych fazach badań klinicznych, z drugiej zaś ciąży na nas ogromne oczekiwania społeczne, aby tempo przyspieszyć. Uważam, że nie powinniśmy ulegać tej presji i konsekwentnie realizować kolejne programy badawcze. Jest to warunek konieczny, jeżeli oczekujemy rzetelnych i powtarzalnych wyników, które znajdą swoje odzwierciedlenie w praktyce klinicznej.

Odnoszę wrażenie, że wyniki kolejnych badań z przypadkowymi lekami dopuszczonymi wcześniej do obrotu przez FDA/EMA w innych jednostkach chorobowych nie dają jednoznacznych odpowiedzi, a ich użyteczność z punktu widzenia praktyki jest niewielka. W gąszczu publikacji naukowych i tzw. „newsów” coraz trudniej wyselekcjonować te istotne. Istnieje pewna tendencja do wyciągania przedwczesnych konkluzji tylko na podstawie obiecujących wyników przedklinicznych. To podstawowy błąd metodologiczny. Niestety coraz więcej badań podejmujących tematykę COVID-19 ma charakter doniesień wstępnych i nie weryfikuje jednoznacznie hipotez badawczych. W licznych publikacjach znajdujemy informacje o ograniczeniach wynikających z konieczności dalszych badań, określenia długoterminowych skutków ubocznych czy małej liczebności grup. Dane takie mogą stanowić dla nas jedynie przesłankę do dalszej weryfikacji w kolejnych fazach badań klinicznych, nie mogą natomiast mieć istotnego wpływu na zmianę schematów terapeutycznych w momencie ich publikacji. Doskonale rozumiem pokładane nadzieje w kolejnych badaniach, jednak musimy opierać się na faktach

a nie na oczekiwaniach czy emocjach. Przypomnę, że od początku pandemii przetestowano wiele dostępnych leków przeciw SARS-CoV-2 i – pomimo wstępnych obiecujących wyników – większość z nich nie przeszła pozytywnie przez kolejne fazy badań klinicznych. Poruszyłem tę problematykę w poprzednich artykułach „Primum” i może stąd wynika mój zdroworozsądkowy pesymizm naukowy.

Czy obecnie mamy inne rozwiązanie niż weryfikowanie skuteczności starych, dostępnych od lat leków? Mając na uwadze czas i obostrzenia prawne związane z syntezą i rejestracją nowych leków – wydaje się, że jest to właściwa droga.

W ostatnich miesiącach zainteresowanie badaczy zwróciło kilka leków, które mogłyby znaleźć zastosowanie w farmakoterapii COVID-19. Aktualny stan wiedzy w tej kwestii jest obiecujący, dlatego też postanowiłem przeanalizować wyniki dostępnych badań nt. REGN-COV2/ REGN10933 + REGN10987 (przeciwciała cesirivimab/imdevimab) oraz iwermektyny i molnupiraviru (MK-4482/EIDD-2801).

Cesirivimab/imdevimab (REGN-COV2)

Pod koniec listopada 2020 r. FDA dopuściła do stosowania w nagłych przypadkach dwa przeciwciała cesirivimab i imdevimab u pacjentów COVID-19. REGN-COV2 to koktajl, w skład którego wchodzi dwa przeciwciała uzyskane od myszy transgenicznych oraz limfocytów B ozdrowieńców. Kaplon i Reichert przedstawili aktualny stan wiedzy w tej kwestii na początku 2021 r. Cesirivimab i imdevimab są w trakcie badań klinicznych u pacjentów ambulatoryjnych (NCT04425629) oraz hospitalizowanych (NCT04426695), a także w ramach profilaktyki zakażeń SARS-CoV-2 (NCT04452318). Wyniki badań u pacjentów ambulatoryjnych zostały ogłoszo-



ne pod koniec października ubiegłego roku. Co ciekawe, w grupie chorych wysokiego ryzyka zaobserwowano znaczącą redukcję częstości hospitalizacji i ryzyka zgonu (70%) w porównaniu z placebo, niezależnie od dawki podanego dożylnie wlewu – 1200 mg i 2400 mg. Podobne wnioski prezentują w swoich badaniach Weinreich i wsp. W grupie n = 275 pacjentów z COVID-19 zakwalifikowanych prospektywnie dawki wlewów były większe i wynosiły odpowiednio: 2400 mg i 8000 mg. We wszystkich grupach przeciwciała zmniejszały miano wirusa, z większym efektem u pacjentów, u których odpowiedź immunologiczna nie została jeszcze zainicjowana lub z wysokim poziomem wirerii na początku badania. Można zatem przypuszczać, że skuteczność REGN-COV2 istotnie ogranicza pojawienie się w kolejnych fazach zakażenia tzw. burzy cytokinowej. Odsetek pacjentów z reakcjami nadwrażliwości, reakcjami związanymi z wlewem i innymi zdarzeniami niepożądanymi był podobny w obu grupach badanych w porównaniu z placebo (NCT04425629).

W mojej ocenie przedstawione wyniki badań uzasadniają zastosowanie przeciwciał REGN10933 + REGN10987 u pacjentów z COVID-19. Dysponując jednak ograniczoną liczbą badań, co należy zaznaczyć, potwierdzono korzystny stosunek bezpieczeństwa do ryzyka terapii lekami biologicznymi. Na tym etapie pozostaje nam zatem cierpliwie oczekiwać na kolejne wyniki badań. [<https://investor.regeneron.com>], [Kaplon i Richter], [Weinreich DM i wsp.].

Molnupiravir (MK-4482/EIDD-2801)

W bazach danych znajdujemy niewiele informacji dotyczących badań klinicznych tego leku u pacjentów z COVID-19. Molnupiravir to prolek przeciwwirusowego aktywnego analogu rybonukleozydu β -d-N4 – hydroksycytidyny, eksperymentalnie stosowany w terapii grypy. Mechanizm działania wynika głównie z wpływu na fazę replikacji na poziomie wirusowej polimerazy RNA. Włącznie 5'-trifosforanu NHC do materiału genetycznego wirusa prowadzi do kumulacji uszkodzeń w obrębie jego genomu. Molnupiravir może być stosowany w formie doustnej, co stanowi duże udogodnienie dla pacjentów, w porównaniu z lekami, które wymagają infuzji dożylnej [Toots i wsp.].

Dysponujemy aktualnie pewnymi danymi na poziomie molekularnym, które stanowią podstawę do dalszej weryfikacji klinicznej. W modelu doświadczalnym opracowanym przez zespół Wahl i wsp. (wyniki opublikowane w *Nature* w lutym bieżącego roku) przeszczepiono myszom ludzką tkankę płucną, tzw. LoM. W materiale tym oceniono zdolność MK-4482 do hamowania replikacji SARS-CoV-2 w warunkach *in vivo*, stosując dawkę podobną jak w badaniach klinicznych. Molnupiravir podawano do płuc po 24 h i 48 h, a następnie co 12 h po ekspozycji na SARS-CoV-2. Badacze wykazali, że lek miał znaczący wpływ na replikację wirusa już po dwóch

dniach leczenia. Należy podkreślić, że MK-4482 zmniejszał również miano wirusa w profilaktyce przedekspozycyjnej [Wahl i wsp.].

W kwietniu 2020 r. pojawiły się wątpliwości odnośnie do potencjalnego wpływu molnupiraviru na uszkodzenia DNA i związane z tym działanie mutagenne. Na podstawie dostępnych wyników, podejrzenia te nie potwierdziły się. Organy regulacyjne w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii zezwoliły na rozpoczęcie badań klinicznych wiosną 2020 r. Obecnie kontynuowane są badania mające na celu określenie skuteczności i bezpieczeństwa leku u pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 [Toots i wsp.].

Pewnych informacji odnośnie do profilu bezpieczeństwa molnupiraviru dostarczają badania opublikowane dwa miesiące temu przez Painter i wsp. Badacze podkreślają dobrą tolerancję leku. Mniej niż połowa badanych zgłosiła działania niepożądane, jednak częstość ich występowania była wyższa w grupie otrzymującej placebo. Większość z nich miała łagodny charakter, tylko u jednego pacjenta pojawiała się wysypka, co stanowiło przesłankę do zakończenia terapii. Farmakoterapia nie miała wpływu na wyniki badań laboratoryjnych, elektroradiograficznych czy parametry życiowe. Zaobserwowano jednak, iż stężenie leku w osoczu przekroczyło oczekiwane wartości w oparciu o skalowanie przeprowadzone na modelach zwierzęcych. Nie wiązało się to z żadnymi następstwami klinicznymi. Fakt ten na pewno wymaga wyjaśnienia w kolejnych badaniach, zwłaszcza w aspekcie polifarmakoterapii u starszych pacjentów [Painter i wsp.].

Molnupiravir może okazać się pewną alternatywą w terapii COVID-19, jednak nie na tym etapie zaawansowania badań. Potrzebujemy, poza wartościowymi badaniami na poziomie przedklinicznym, rzeczowej weryfikacji hipotez klinicznych. Takich danych w bazach medycznych jeszcze nie mamy i myślę, że najwcześniej pojawią się one pod koniec roku. Należałoby też ponownie odnieść się do potencjalnego działania mutagennego leku i jego możliwych interakcji, które z pewnością wystąpią z racji odmiennej farmakokinetyki i farmakodynamiki molnupiraviru prezentowanej w modelach zwierzęcych. Mam nadzieję, że kolejne badania jednoznacznie wyjaśnią te kwestie.

Iwermektyna

Jest to znany od wielu lat lek należący do grupy antybiotyków makrolidowych. Wykazuje złożone działanie przeciwpalne, poprzez zahamowanie biosyntezy cytokin prozapalnych, jak również przeciwpasożytnicze, wynikające z działania na kanały chlorkowe w komórkach mięśniowych i nerwowych. W Polsce iwermektyna dostępna jest tylko w formie preparatów przeznaczonych do stosowania miejscowego. Według charakterystyki produktu leczniczego wskazana jest w leczeniu miejscowych zmian zapalnych w trądziku różowatym. Dysponujemy nielicznymi danymi na temat interakcji iwer-

mektyny z lekami metabolizowanymi przez izoenzym CYP3A4. Potencjalnych interakcji należy się spodziewać w przypadku inhibitorów cytochromu – flukonazolu, klarytromycyny, jak również z lekami metabolizowanymi z udziałem CYP3A4 – glikokortykosteroidów, amiodaronu czy NOACs [mp.pl].

W ostatnim czasie spore zainteresowanie budzi iwermektyna jako potencjalny lek w terapii COVID-19. Czy w świetle dostępnych dowodów naukowych nasze oczekiwania są uzasadnione?

Oczywiście znajdujemy liczne publikacje, które na modelach in vitro potwierdzają działanie przeciwwirusowe leku. Nie sposób podważyć wyników z przeprowadzonych badań, jednak byłbym ostrożny przed potwierdzeniem ich znaczenia w aspekcie klinicznym. W pracy opublikowanej przez Caly i wsp. na hodowlach komórkowych autorzy wykazali, że w próbkach inkubowanych z iwermektyną po 24 h nastąpiło zmniejszenie RNA wirusa w supernatancie o 93%, po 48 h efekt ten wyraźnie wzrósł. Wyniki te pokazują, że iwermektyna wykazuje działanie przeciwwirusowe przeciwko izolatowi SARS-CoV-2 w warunkach in vitro. Działanie to jest prawdopodobnie związane z hamowaniem białek wirusa za pośrednictwem IMPα/β1 [Caly i wsp.].

W badaniu eksperymentalnym zespół Pandey i wsp. przeanalizował dane z badania randomizowanego obejmującego 116 pacjentów leczonych na COVID-19. Pierwsza grupa otrzymywała iwermektynę i doksycyklinę, druga hydroksychlorochinę z azytromycyną. W grupie chorych leczonych iwermektyną stwierdzono lepsze efekty w łagodzeniu objawów oraz krótszy czas powrotu do zdrowia. W retrospektywnym badaniu (n=280) pacjentów z zakażeniem SARS-CoV-2 leczonych iwermektyną (n = 173) lub standardową opieką (n = 107) autorzy stwierdzili niższą śmiertelność w grupie iwermektyny (25,2% w porównaniu z 15,0%). Autorzy odnotowali również niższą śmiertelność wśród pacjentów z ciężką chorobą płuc (n=75) leczonych iwermektyną (38,8% vs 80,7%) [Pandey i wsp.]. Odniosę się jednak dość krytycznie do przytoczonego przeze mnie badania. Żaden ze stosowanych leków nie ma obecnie rekomendacji FDA do dostosowania u pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. Większość wyników wielośrodkowych badań neguje stawianą przez autorów hipotezę. Bardzo rzeczowe podsumowanie znajdujemy w liście do redakcji opublikowanym w British Journal of Clinical Pharmacology przez Peña-Silva i wsp. Autorzy jednoznacznie podważają zasadność stosowania iwermektyny w terapii systemowej, tłumacząc to następującymi faktami. Nawet przy najwyższej opisywanej dawce około 1700 µg/kg (tj. 8,5-krotności zatwierdzonej przez FDA) maksymalne stężenie w osoczu wynosi tylko 0,28 µM. 93% iwermektyny wiąże się z białkami osocza, co ogranicza jej wychwyt przez komórki śródbłonna. Biorąc pod uwagę zarówno całkowite stężenie w osoczu, jak i wiązanie z białkami, stężenie wolnej iwermektyny w osoczu byłoby 250 razy

niższe niż stężenie wymagane do zmniejszenia replikacji wirusa SARS-CoV-2 in vitro. W ostatecznej konkluzji przestrzegają przed stosowaniem leku w profilaktyce lub terapii uzupełniającej w leczeniu COVID-19, zwłaszcza stężonymi preparatami dostępnymi w branży weterynaryjnej [Peña-Silva i wsp.; Formiga i wsp.].

Reasumując

W odniesieniu do braku wiarygodnych danych naukowych potwierdzających skuteczność i bezpieczeństwo leku, nie znajdujemy racjonalnych przesłanek do stosowania leku w farmakoterapii COVID-19. Nie dysponujemy odpowiednimi preparatami zapewniającymi lepszą farmakokinetykę i osiągnięcie wysokiego stężenia leku w miejscu działania. Niezależnie od tego żadne dostępne w handlu preparaty do wstrzyknięcia iwermektyny nie są przeznaczone do stosowania u ludzi.

W dobie pandemii niezwykle ważna jest współpraca środowisk naukowych i konstruktywna wymiana opinii. Tylko takie krytyczne spojrzenie może przyczynić się do optymalizacji leczenia pacjentów z COVID-19. Liczne dane naukowe, często niejednoznaczne, a nawet sprzeczne, przysyłają nam właściwą selekcję danych naukowych. Oczywiście wiemy już znacznie więcej niż rok temu. Niemniej jednak, jak to w nauce bywa, często znalezienie odpowiedzi na dane pytanie stawia przed nami kolejne nierozwiązane problemy kliniczne wymagające odpowiedzi. Chciałbym, abyśmy zawsze pamiętali o ograniczeniach w większości badań. Pozwoli to nam na trafniejszą ich interpretację i wyciągnięcie przydatnych w realnej praktyce wniosków. Czego sobie i Państwu życzę.

Piśmiennictwo:

- Hélène Kaplon i Janice M. Reichert Antibodies to watch in 2021. *MAbs*. 2021; 13(1): 1860476.
- Weinreich DM i wsp. REGN-COV2, a Neutralizing Antibody Cocktail, in Outpatients with Covid-19. *N Engl J Med*. 2021;384(3):238-251.
- Toots M. i wsp. (October 2019). Characterization of orally efficacious influenza drug with high resistance barrier in ferrets and human airway epithelia. *Science Translational Medicine*. 11 (515): eaax5866.
- Toots M. i wsp. (April 2020). Quantitative efficacy paradigms of the influenza clinical drug candidate EIDD-2801 in the ferret model. *Translational Research*. 218: 16–28.
- Wahl A. i wsp. Nature 2021, 591. SARS-CoV-2 infection is effectively treated and prevented by EIDD-2801.
- Wahl A. i wsp. Nature 2021, 591. SARS-CoV-2 infection is effectively treated and prevented by EIDD-2801.
- Cohen J. i wsp. Emails offer look into whistleblower charges of cronyism behind potential COVID-19 drug. *Science*. Retrieved 1 August 2020.
- Court E. i wsp. Merck pushes ahead on COVID-19 treatment, vaccines. Retrieved 31 July 2020.



- Painter WP. i wsp. Human safety, tolerability, and pharmacokinetics of molnupiravir, a novel broad-spectrum oral antiviral agent with activity against SARS-CoV-2. Antimicrob Agents Chemother. 2021. AAC.02428-20. doi: 10.1128/AAC.02428-20. Online ahead of print.
- Caly L i wsp. The FDA-approved drug ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro Antiviral Res. 2020;178:104787.doi: 10.1016/j.antiviral.2020.104787.
- Pandey S. i wsp. Ivermectin in COVID-19: What do we know? Diabetes Metab Syndr. 2020; 14(6): 1921–1922.
- Peña-Silva R. i wsp. Pharmacokinetic considerations on the repurposing of ivermectin for treatment of COVID-19. Br J Clin Pharmacol. 2020 :

10.1111/bcp.14476. doi: 10.1111/bcp.14476 [Epub ahead of print]

- Ivermectin: an award-winning drug with expected antiviral activity against COVID-19
- Fabio Rocha Formiga i wsp. J Control Release. 2021 Jan 10; 329: 758–761.

Michał WICIŃSKI

O autorze: dr hab. n. med. Michał Wiciński, prof. UMK, od wielu lat zajmuje się farmakologią eksperymentalną z zakresu neurofarmakologii, chorób układu krążenia oraz teorię receptorową. Współpracuje z ośrodkami naukowymi w Polsce i na świecie. Jest autorem licznych publikacji o zasięgu międzynarodowym oraz cenionym dydaktykiem. Trzykrotny laureat konkursu „Wykładowca Roku”. Obecnie pełni funkcję kierownika Katedry Farmakologii i Terapii CM UMK oraz prodziekana ds. studenckich CM UMK.
(przedruk z „Primum” nr 5/21)

ODESZLI OD NAS

Z wielkim żalem i smutkiem zawiadamiamy, że 16 kwietnia 2021 roku
odeszła od nas nagle

lek. med. Krystyna Lubczańska z domu Malinowska

Najukochańsza Żona, Mama, Babcia.
Oddany lekarz; wspaniały, barwny i inspirujący człowiek.
Brakuje nam słów, żeby wyrazić naszą rozpacz.
Zawsze była przy nas. Miało to trwać jeszcze wiele lat...

Rodzina

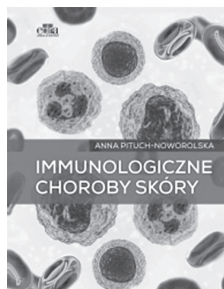
Z głębokim żalem zawiadamiam, że 30 marca 2021 r.
odeszła w wieku 97 lat
Moja Kochana Mama

Śp. Maria Drumlak-Zasadzień

długoletni lekarz pediatra.

Pogrążona w żalu Córka

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



IMMUNOLOGICZNE CHOROBY SKÓRY

A. Pituch-Noworolska

rok wydania 2020

ISBN 978-83-66548-43-5, format 210 x 270, oprawa miękka, str. 120, cena: 57.60 zł

Pomysł napisania publikacji na temat immunologicznych mechanizmów odgrywających istotną rolę w schorzeniach skóry powstał w trakcie obserwacji zmian skórnych u dzieci z pierwotnymi niedoborami odporności. Nasunęło się pytanie, czy zmiany skórne u tych pacjentów przebiegają inaczej ze względu na podstawowe schorzenie, jakim jest zaburzenie układu odporności. Odpowiedź wymagała opisu mechanizmów immunologicznych zaangażowanych w schorzenia skóry u osób bez niedoborów odporności i porównania ich z tymi, które występują u pacjentów obciążonych tymi schorzeniami. To był początek. W trakcie gromadzenia materiałów okazało się, że zagadnienie jest poważne, wiedza obszerna i stale uzupełniana nowymi doniesieniami. Jej znaczenie kliniczne jest istotne, bo stosowane w tych schorzeniach leczenie najczęściej jest kierowane na modyfikowanie aktywności układu odporności, głównie hamowanie w sytuacji przewlekłych procesów zapalnych lub autoimmunizacyjnych.

Przedstawiam Państwu aktualny stan wiedzy na temat układu odporności w wybranych schorzeniach skóry, w których mechanizmy immunologiczne są podstawą patomechanizmu objawów i czynnikiem istotnym dla przebiegu klinicznego.

Mam nadzieję, że ta wiedza będzie przydatna dla lekarzy dermatologów, immunologów, a także wszystkich innych osób zajmujących się skórą człowieka, np. kosmetologów, chirurgów dermatologicznych. Mam również nadzieję, że choć temat nie jest łatwy, to lektura tego podręcznika pozwoli na poszerzenie wiedzy, a także jej usystematyzowanie.

Przedmowa
Prof. Anna Pituch-Noworolska



ORZECZNICTWO LEKARSKIE DLA LEKARZY ORAZ STUDENTÓW WYDZIAŁÓW LEKARSKICH I WYDZIAŁÓW LEKARSKO-DENTYSTYCZNYCH UNIwersYTETÓW MEDYCZNYCH

A. Wilmowska-Pietruszyńska

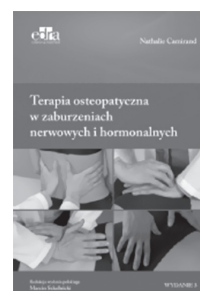
wyd. 6

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-84-8, format 165 x 235, oprawa miękka, str. 153, cena: 53,10 zł

Orzecznictwo lekarskie wykonywane w celu ustalenia uprawnień do świadczeń z zabezpieczenia społecznego, w tym przede wszystkim orzekanie o niezdolności do pracy, należy do bardzo trudnych i odpowiedzialnych zadań lekarza. Odpowiedzialność ta wynika z tego, że od orzeczeń stanowiących podstawę decyzji w sprawie świadczeń z zabezpieczenia społecznego zależy z jednej strony los osoby ubezpieczonej i jej rodziny, a z drugiej prawidłowe dysponowanie funduszem ogółu ubezpieczonych.

Książka skierowana jest do lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich i stomatologicznych. Jest to 6 wydanie monografii dotyczącej orzecznictwa lekarskiego.



TERAPIA OSTEOPATYCZNA W ZABURZENIACH NERWOWYCH I HORMONALNYCH

N. Camirand

wyd. 3,

red. M. Szkolnicki

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-90-9, format 170 x 240, oprawa twarda, str. 192, cena: 107.10 zł

Stres – nasz organizm często reaguje na niego zaburzeniami równowagi i dysfunkcjami w układzie hormonalnym i nerwowym. Konsekwencjami mogą być zaburzenia snu, problemy z koncentracją, przewlekłe stany zapalne, lęk czy depresja.

Autorka jasno i praktycznie opisuje, jakie techniki osteopatyczne możemy zastosować w tych zaburzeniach, i wyjaśnia zależności pomiędzy poszczególnymi gruczołami wewnątrzwydzielniczymi.

W książce znajdziemy m.in.:

- anatomiczne, funkcjonalne i fizjologiczne podstawy układu nerwowego i wewnątrzwydzielniczego
- wskazówki ułatwiające ich samoregulację
- omówienie wzajemnych relacji między poszczególnymi gruczołami wewnątrzwydzielniczymi oraz układem nerwowym
- analizę objawów nadczynności i niedoczynności gruczołowej.

W części praktycznej przedstawiono podejścia terapeutyczne, za pomocą których można przywrócić równowagę neurovegetatywną odpowiednich gruczołów wewnątrzwydzielniczych:

- techniki trzewne i powięziowe
- techniki stymulacji i hamowania
- uznane suplementy diety do terapii wspomagających.

Ta książka jest skierowana do osteopatów i terapeutów holistycznych, których celem jest ukierunkowane i skuteczne leczenie zaburzeń równowagi hormonalnej oraz zaburzeń nerwowych.



KOMUNIKOWANIE SIĘ LEKARZA I PACJENTA W MEDYCYNIE RODZINNEJ

red. A. Mastalerz-Migas, A.K. Jankowska, J. Barański
rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-82-4, format 170 x 240, oprawa miękka, str. 280, cena: 71.11 zł

„Jednym z najtrudniejszych elementów pracy lekarza jest umiejętność komunikowania się z pacjentem. Jest to tym trudniejsze, że do tej pory w zasadzie nie było w toku studiów medycznych przedmiotu, który kształtowałby i doskonalił te umiejętności. W prawidłowej (a więc satysfakcjonującej obie strony) interakcji lekarz–pacjent można napotkać liczne trudności i bariery, które bardzo szczególnie i z dużą znajomością tematu opisują Autorzy”.

„Medycyna rodzinna jest szczególnie dziedziną – lekarz opiekuje się swoimi pacjentami, na wielu etapach życia (od

urodzenia do śmierci), z różnymi schorzeniami i problemami społeczno-środowiskowymi. Dlatego umiejętności komunikacyjne odgrywają w tym wypadku zasadniczą rolę.

Monografia obejmuje szeroki zakres zagadnień, skupiając się na aspektach praktycznych, jednocześnie czytelnik znajdzie tu definicje, koncepcje, nowoczesne modele komunikacji oparte na obszernej światowej literaturze.

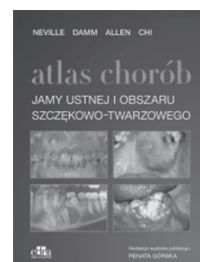
W książce zostały poruszone zagadnienia związane zarówno z komunikacją werbalną, jak i niewerbalną. Na szczególną uwagę zasługuje rozdział poświęcony telekonsultacjom. Jest to stosunkowo nowe narzędzie wykorzystywane w codziennej pracy lekarza. Czytelnik znajdzie tu wszystkie niezbędne informacje, które pozwolą na prawidłowe przeprowadzenie takiego kontaktu z pacjentem. Ponadto w publikacji zawarte są rozdziały dotyczące komunikacji z dzieckiem, nastolatkiem, pacjentem w podeszłym wieku, przewlekłe chorym, uzależnionym, a także część poświęcona komunikacji międzykulturowej.

Na wyjątkową uwagę zasługuje kolejny rozdział dotyczący komunikowania się z pacjentem w dobie COVID-19. Poruszone są w nim kwestie związane nie tylko bezpośrednio z zakażeniem SARS-CoV-2, ale także z depresją i poczuciem izolacji wywołanymi pandemią”.

(fragmenty recenzji)

dr hab. n. med. Ewa Rudnicka-Drożak

Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



ATLAS CHORÓB JAMY USTNEJ I OBSZARU SZCZĘKOWO-TWARZOWEGO

D.D. Damm, B.W. Neville, C.M. Allen, A.C. Chi
red. R. Górka

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-79-4, format 210 x 275, oprawa twarda, str. 552, cena: 134.10 zł

Choroby błony śluzowej jamy ustnej i patologie szczękowo-twarzowe stanowią często duży problem diagnostyczny i terapeutyczny w pracy klinicznej, zarówno dla studentów, jak i dla lekarzy dentystów, a także lekarzy innych specjalności, gdyż zmiany w jamie ustnej mogą występować w przebiegu różnych zespołów i chorób ogólnoustrojowych oraz współtowarzyszyć patologiom skórny.

Przedstawiamy Państwu polską edycję, niezwyklego moim zdaniem, Atlasu chorób jamy ustnej i obszaru szczękowo-twarzowego wybitnych autorów amerykańskich, znanych z wielu publikacji o tej tematyce.

W niniejszym opracowaniu naukowym znajdują Państwo podstawy diagnostyki, wskazówki terapeutyczne oraz bezcenne opisy zdjęć radiologicznych, a także unikalne fotografie zmian klinicznych występujących w jamie ustnej i w obszarze twarzowo-szczękowym.

Jestem głęboko przekonana, że Atlas spełni Państwa oczekiwania i będzie stanowił znakomite źródło wiedzy w tej dziedzinie.

Prof. dr hab. n. med. Renata Górka

OGŁOSZENIA

Praca dla Lekarza Endodenty w nowoczesnym, prywatnym Centrum Stomatologicznym - Opole

Przyjmę do pracy lekarza w Przychodni Rodzinnej ul. Moniuszki 16 w Strzelcach Opolskich na etat lub godziny, mile widziana specjalizacja z medycyny rodzinnej lub internistycznej. Osoby zainteresowane proszę o kontakt tel. 602-384-460.

Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza serdecznie do udziału w **XVIII Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy**, która odbędzie się w dniach 30 maja - 5 czerwca 2021 r. w Klubie Lekarza w Łodzi (także w maju - kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisaży).

Koleżanki i Kolegów lekarzy zainteresowanych udziałem w wystawie prosimy o dostarczenie swych prac do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) do 14 maja br. Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach. Wraz z tytułami prac i nazwami technik, w jakich wykonane, prosimy o przesłanie następujących danych: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, adres zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie 2 prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Kontynuując tradycję zapoczątkowaną podczas wcześniejszych edycji wystawy planujemy przeprowadzenie konkursu, w którym prace oceni jury złożone z trójki profesjonalistów.

Wernisaż wystawy odbędzie się 30 maja 2021 r. (niedziela) o godzinie 1700 w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a Wystawa potrwa do 5 czerwca br. Wernisaż może zostać odwołany z przyczyn niezależnych od organizatorów (sytuacja epidemiczna). W tej sytuacji materiał filmowy z przebiegu otwarcia Wystawy, ogłoszenia wyników Konkursu i wręczenia nagród będzie wyemitowany na platformie YouTube. Planujemy też wydanie Katalogu.

Kontakt: Kierownik Sekretariatu Iwona Szelewa, tel. 42/683-17-01, fax. 42/683-13-78, adres internetowy: biuro@oil.lodz.pl.

Okręgowa Izba Lekarska w Płocku, jako współorganizator serdecznie zaprasza do udziału w **XVI Triathlonie o Puchar Prezydenta Miasta Płocka**, w ramach którego odbędą się **VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie MTB** oraz Otwarte Mistrzostwa Płocka Amatorów w Triathlonie. Zawody odbędą się dn. 19 czerwca 2021 r. (sobota) o godz. 12.00 na Kąpielisku Miejskim „Sobótka” w Płocku.

Zgłoszenia należy składać do dnia 19 maja 2021 r. po dokonaniu opłaty startowej i wypełnieniu formularza znajdującego się na stronie internetowej: <https://foxter-sport.pl/xvi-triathlon-o-puchar-prezydenta-miasta-plocka>. Zgłoszonym po 19 maja 2021 r. organizator nie gwarantuje otrzymania na mecie pamiątkowego medalu, posiłku i upominków od sponsorów. **O terminie zgłoszenia decyduje data dokonania opłaty startowej.** Wszystkie koszty opłaty startowej pokrywa osoba wpłacająca. Opłaty startowe uiszczać należy za pomocą płatności elektronicznych (Przelewy24 w serwisie Foxter-Sport) w trakcie rejestracji na zawody.

Organizator zapewnia po zawodach w ramach opłaty startowej posiłek regeneracyjny, napoje w trakcie zawodów na trasie i na mecie. Organizatorzy nie zapewniają miejsc noclegowych (informacja o noclegach: www.plock.eu/pl/noclegi.html).

Wszelkie informacje dotyczące XVI Triathlonu o Puchar Prezydenta Miasta Płocka można znaleźć na stronie: www.pttdelta.pl.





Przed nami czwarta edycja **Konferencji Nowe Technologie w Schorzeniach Sercowo-Naczyniowych (NTEC, 14 czerwca 2021 r.)**. To główne wydarzenie towarzyszące **VI Kongresowi Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress - HCC)**, który odbędzie się w dniach **14-16 czerwca 2021 roku**.



Konferencja NTEC stanowi wspólne forum dla przedstawicieli świata nauki, medycyny, biznesu oraz regulatorów systemu opieki zdrowotnej, które umożliwia zapoznanie się z najnowszymi technologiami i możliwościami ich zastosowania w kardiologii i innych dziedzinach medycyny sercowo-naczyniowej.

Konferencja odbędzie się w hybrydowej formule, zarówno stacjonarnie, jak i online. Sesje IV Konferencji NTEC będą dostępne na stronie wydarzenia ntec.org.pl oraz na hccongress.pl i rynekzdrowia.pl.

Poprzednie edycje Konferencji „Nowe Technologie w Schorzeniach Sercowo-Naczyniowych (NTEC)” zostały przyjęte entuzjastycznie. Ich przebieg był obszernie relacjonowany między innymi w magazynie i portalu Rynku Zdrowia. Czwarta edycja Konferencji będzie relacjonowana w taki sam sposób, aby jej przesłanie mogło dotrzeć do jak najszerszego grona odbiorców.

Konferencja już po raz trzeci będzie towarzyszyła Kongresowi Wyzwań Zdrowotnych. Swobodny przepływ uczestników i wykładowców pomiędzy dwoma wydarzeniami wzmocni merytoryczną i systemową debatę o przyszłości nowych technologii w medycynie.

Wybrane zagadnienia sesji IV Konferencji „Nowe Technologie w Schorzeniach Sercowo-Naczyniowych (NTEC)”:

- Krajowa Sieć Kardiologiczna – czy to wystarczająca odpowiedź na głównego zabójcę Polaków?
- Kluczowe zagadnienia dla polskiej medycyny sercowo-naczyniowej w czasach pandemii.
- Wyzwania w medycynie sercowo-naczyniowej po pandemii.
- Nowe otwarcie na przyszłość czy tylko walka o powrót do normalności.

Więcej o Konferencji NTEC: ntec.org.pl

Organizatorzy IV Konferencji „Nowe Technologie w Schorzeniach Sercowo-Naczyniowych”:

• III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Śląskie Centrum Chorób Serca

• Klinika Kardiologii i Chorób Strukturalnych Serca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Górnośląskie Centrum Medyczne

• Redakcja magazynu i portalu Rynek Zdrowia wraz z wydawcą – Grupą PTWP

Informacje organizacyjne i programowe:

Joanna Niedospiał

joanna.niedospial@ptwp.pl

Menedżer Sektora Zdrowie Grupy PTWP

Dorota Matysik

dorota.matysik@ptwp.pl

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, 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

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

Szanowni Państwo,

ostatni rok zmienił wszystko w naszym życiu, dotykając znacząco naukę i edukację. Od ponad roku nie było nam dane spotykać się w trakcie zjazdów czy kursów. Byliśmy zmuszeni odwołać zjazd Naszego, jeszcze młodego, **Polskiego Towarzystwa Barku i Łokcia**. Mamy świadomość, że pandemia nadal trwa, ale jesteśmy przekonani, że będziemy mogli spotkać się twarzą w twarz w bezpiecznych warunkach. Dlatego postanowiliśmy zorganizować **III Zjazd PTBL 15 września 2021 r.** tradycyjnie w Poznaniu, w przeddzień organizowanego **Kongresu Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Barku i Łokcia (SECEC)**.

Jesteśmy przekonani, że będzie to Nasze wspólne święto. Planujemy wystąpienia naukowe, jak również wykłady zaproszonych gości. Omówimy opracowane wytyczne ekspertów Naszego Towarzystwa dotyczące postępowania po pierwszym zwichnięciu stawu ramennego.

W Zjeździe wezmą udział zaproszeni wykładowcy ze Stanów Zjednoczonych, Francji, Niemiec i Korei Południowej.

Następnego dnia - 16 września, rozpocznie się najważniejsze wydarzenie tego roku na świecie, dotyczące zagadnień barku i łokcia, czyli kongres SECEC. Dla wszystkich uczestników spotkania SECEC udział w zjeździe PTBL będzie bezpłatny.

Wszyscy zasługujemy, żeby podyskutować, wymienić doświadczenia zawodowe, a przede wszystkim spotkać się w Poznaniu. Wszelkie informacje znajdziecie Państwo na stronie www.ptbl2021.pl

Do zobaczenia! Serdecznie zapraszamy

Roman Brzóska
Prezes PTBL

Przemysław Lubiowski
Prezydent Zjazdu PTBL i Kongresu SECEC



SAMSUNG

Gabinet pełen możliwości



Zobaczysz jeszcze więcej

Samsung RS85 Prestige

Samsung RS85 to istna rewolucja w ultrasonografii dzięki nowym funkcjom diagnostycznym i doskonałej jakości obrazowania. To jeszcze większa pewność diagnostyczna i uproszczony, bardziej przyjazny system. RS85 to aparat, który zrewolucjonizuje Twój gabinet.

Technologia w zasięgu

Samsung HS40

Atrakcyjna cena w połączeniu z nowoczesną technologią – to właśnie aparat ultrasonograficzny Samsung HS40. Popraw możliwości wizualne każdego badania i zapewnij efektywną diagnostykę.



GEMED® | ul. Batorego 19, 41-506 Chorzów | 32 350 04 18 | gemed@gemed.info.pl

COMARCH
Healthcare

medNote

kompletny system
dla gabinetów lekarskich

**90 dni
za 1 zł**

Jedna aplikacja – wszystkie potrzebne funkcje:



rejestracja
pacjentów



e-recepty,
e-skierowania
i e-zwolnienia



zarządzanie
dokumentacją
medyczną



integracja
z systemem
eWUŚ

i wiele więcej!

Wypróbuj system przez 3 miesiące za 1 zł



Zeskanuj kod QR
lub wejdź na stronę

comarch.pl/rabat-mednote/