



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Kwiecień 2021

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 292

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



*Zdrowych, spokojnych i rodzinnych
Świąt Wielkanocnych*

zdz. Krzysztof Adamski

PRZEBUDZENIE CZY OBECNOŚĆ?

Hipnotyzująca. Urzekająca. Mogłaby zdobić okładkę „Zwierciadła” czy innej „Urody”. Gęste, kręcone, zaczesane do tyłu włosy, nie zacierają delikatnego owalu twarzy ani długiej szyi. Natura podarowała jej też wydatne usta, krzaczaste brwi i duże, ciemne oczy. Pod nimi rysuje się głęboki cień. Niby makijaż sceniczny. I jeszcze jeden szczegół: plastikowa rurka. Wystaje z nosa i podąża, wzdłuż kości jarzmowej, za ucho. Nie dynda, bo jest przyklejona plastrem do policzka. To komin łączący dziewczynkę z życiem. Tędy przemieszczają się upłynnione ziemniaki, kotlety i sałata, witaminy, mikroelementy i lekarstwa. Sondę wcisnięto pod małżowinę nosową dolną, dalej zagina się łukowato, biegnie po tylnej ścianie gardła, mija przełyk i wpada do żołądka. Eva – jej imię odczytujemy z łańcuszka zdobiącego dekolt, bardzo długo spała. I nie budziła się śniadania, obiady ani kolacje.

Podobnych dzieci jest więcej. Każdego roku w śpiączkę zapada jakaś setka malców. Dorota Borodaj opowiadała, że pomiędzy styczniem 2003 a kwietniem 2005 roku naliczono ich aż 424. Pierwsze zaśnięcia zauważono w latach 90. ubiegłego wieku i nazwano je syndromem rezygnacji. Rodziny śniących przybyły do Szwecji z objętych wojną Bałkanów, przywędrowały z Armenii i innych krajów byłego bloku sowieckiego. W letarg zapadają też dzieci uchodźców z Bangladeszu i Afryki. Częściej dziewczynki i to najstarsze z rodzeństwa. To one chcą przejąć na siebie odpowiedzialność za wspólnotę. Jednak ciężar okazuje się nie do uniesienia. Toteż zasklepiają się w sobie, odmawiają jedzenia, picia i godzinami, tygodniami, latami drzemią.

Ze swojego kraju dzieci przywlekły ciężką pamięć. Wdziały, jak ktoś zatyka palcem dziurę w brzuchu, a kogoś porywają urękawicznione ręce. Szwecja wydaje się krainą zwolnioną z krzywd. Ale Urząd Migracyjny się nie śpieszy.



„Przebudzenie” – fotografia Tomasz Kaczor



Drobiazgowo bada okoliczności ucieczki. Sprawdza papiery, przepytuje świadków i niekiedy wydaje decyzję o deportacji. Wtedy dzieci zapadają w letarg. Ich śpiączka przypomina paraliż doszczętny, który obezwładnia zarówno ciało, jak i mózg. Strąca w nieświadomość, odrętwienie, gdzie sen staje się nową ziemią.

Jury konkursu World Press Photo 2020 nagrodziło zdjęcie Tomka Kaczora. Jego Przebudzenie zdobyło pierwszą nagrodę w kategorii Portret.

Eva się ocknęła, lecz lekarze nadal tłoczą w nią życie (stąd rurka przyklejona do policzka). Dorosłe dłonie – męska i kobieca, z niedowierzaniem dotykają wątych ramion dziewczynki. Jakby chciały ją osadzić, przeflancować do rzeczywistości, w której ma się ukorzenie. Te dłonie miesiącami przemawiały, podtrzymywały więź. Palce nadal kurczą się bezwiednie czytając Evę, czy może lepiąc ją od nowa, zostawiając odciski linii papilarnych na jej ciele. Odczuwające palce rozumieją, że wymazana z życia powraca zmieniona: zastygła, przygaszona, przesunięta w stronę niewidzialnych. Bo skazując się na byt utajony, oderwany od świata, który deportuje uchodźców, wybierając senność, umowną krainę ludzi starych, słabych, bezużytecznych, jedną nogą już tam pozostanie. Jak mityczna Kore, która połknęła ziarenko granatu i ogłosiła swą przynależność do Hadesu.

Dla mnie to zdjęcie oderwało się od Ewy i niesie ze sobą uniwersalny przekaz: z jednej strony o tym, co dzieje się z dzieckiem, kiedy traci poczucie bezpieczeństwa tak bardzo, że poddaje się; z drugiej - jak niesamowicie dużo daje mu, gdy to bezpieczeństwo odzyska. Tłumaczył Tomek Kaczor wybór jury.

Zdaje się, że komisja konkursowa dostrzegła coś jeszcze. Przebudzenie to portret zbiorowy. Nie tylko Eva oprzytomniała. Na oczy przejrżeli też właściciele dłoni. Głębokie zaśnięcie ociera się bowiem o śmierć. To jakby zgon na próbę. A zbliżenie do absolutu musi pozostawić bliznę, ślad, stygmat. Czemuż to Eurydyka nie mogła znów cieszyć się życiem? Według Czesława Miłosza było tak:

I Hermes przyprowadził Eurydykę
Twarz jej nie ta, zupełnie szara.
Powieki opuszczone, pod nimi cień rzęs,
Posuwała się sztywno, kierowana ręką
Jej przewodnika. Wymówił jej imię
Tak bardzo chciał, zbudzić ją z tego snu
Ale wstrzymał się

Przyjął warunek? A może zawahał się, bo Eurydyka nie była już Eurydyką. Dokonała się w niej przemiana, której nie sprostą żaden Orfeusz. Zerknął więc i skazał ukochaną na wieczne życie po życiu. Drugą przestrzeń.

Na zdjęciu dziewczynka w obramowaniu rąk. Dwoje dłoni uczepliło się dziecka i osadza w tu i teraz. Dwoje zwisa bezwładnie w mimowolnym geście rezygnacji. Przebudzenie nie jest przecież tożsame z obecnością.

Agnieszka KANIA



Kiedy przed rokiem dowiedzieliśmy się, że nie będziemy mogli zasiąść do wspólnego świątecznego stołu z najbliższymi bo nas zamknięto w domach z powodu epidemii CO-

VID-19, nikt nie przypuszczał, że będzie to trwało tak długo. Większość Polaków miała nadzieję, że za kilka miesięcy – najdalej w lecie – będziemy mieli za sobą tę koszmarną pandemię, choć specjaliści ostrzegali przed kolejną falą zakażeń jesienią. I tak też się stało! Za nami druga (jesienna) tura walki z wirusem, a teraz trwa kolejna – czwarta (druga wiosenna).

Ten mijający w cieniu milionów zakażeń i zgonów na całym świecie rok odcisnął na każdym z nas (a zwłaszcza na naszej psychice) swoje niezmywalne piętno. Powoli zapominamy, jak pachnie delikatny powiew wiatru

znad nagrzanego słońcem łąki, czy świeża bryza od morza. Małe dzieci zapewne niedługo będą się dziwić, że ludzie mogą w ogóle chodzić bez masek na twarzach. A najgorsze jest to, że – póki co – nie widać końca tej pandemii. Zakaźnicy bowiem ostrożnie wspominają o możliwości kolejnej fali na przełomie września i października. Czy tak w rzeczywistości się stanie? Miejmy nadzieję, że pomimo ślimaczącej się akcji szczepień, dzięki bezprecedensowemu zaangażowaniu i ofiarności białego personelu w całej Polsce uda się opanować wreszcie tę pandemię i zaświta nam nadzieja na normalność.

Ponieważ zbliżają się święta Wielkanocne – dla wyznawców chrześcijaństwa nadzieja na lepsze jutro – życzę Wam wszystkim przede wszystkim tej właśnie nadziei. A poza tym spokoju i chwili wytchnienia.

Jerzy B. LACH

Z dniem 5 marca 2021 r. Stowarzyszenie Hospicjum Opolskie Centrum Opieki Paliatywnej „Beta-nia” Oddział Opieki Paliatywnej w Opolu, pl. Kościelny 2 zostało wpisane na listę Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego jednostek akredytowanych do prowadzenia specjalizacji lekarskiej w zakresie medycyny paliatywnej. Liczba przyznanych miejsc - 6.

Liczba wolnych miejsc szkoleniowych w trybie pozarezydenckim na sesję wiosenną 2021 w województwie opolskim wynosi 3.

Anna ŚWIERCZ
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie medycyny paliatywnej



Koleżanki! Koledzy!

Trzecia fala pandemii właśnie się rozwija i dynamizuje. Brakuje rąk do pracy nie tylko w dotychczasowych placówkach ochrony zdrowia, ale przede wszystkim w szpitalach tymczasowych. Syndrom „krótkiej koldry” mamy przed sobą. Jeśli lekarze zostają oddelegowani z dotychczasowych miejsc pracy, oddziały są zamykane czasowo lub pracują w trybie awaryjnym. Nie ma dobrego wyjścia i nie lekarze są temu winni. Od lat nasze monity, by zatrzymać młodych lekarzy, by stworzyć system zachęt do pracy w kraju, czy w końcu do bycia lekarzem, trafiały w próżnię, a teraz ziszcza się czarny scenariusz. Lekarzy spoza Unii Europejskiej, chętnych do pracy w naszym

SZPALTA PREZESA

kraju nie blokujemy, ale muszą oni dysponować wiedzą i umiejętnościami, odpowiadającymi polskim lekarzom. Nie mówiąc już o znajomości języka polskiego w stopniu umożliwiającym komunikatywność z pozostałym personelem medycznych - a z tym jest nieraz bardzo trudno. A szpitale tymczasowe - nasz opolski i inne takie placówki w kraju - mają łóżka, mają sprzęt, brakuje tylko personelu medycznego, który będzie w stanie leczyć nowo przyjęte osoby. Szpitale cały czas poszukują lekarzy, tylko skąd ich wziąć? Parę dni temu Narodowy Fundusz Zdrowia zalecił ograniczenie przyjęć planowych do niezbędnego minimum, bo - jak powiedział Minister Zdrowia Adam Niedzielski w jednym z radiowych programów - „ograniczenie liczby zabiegów jest realizacją hasła: Te- ▶▶

raz wszystkie ręce na pokład, jeśli chodzi o walkę z pandemią”. Czy jest to jakieś wyjście z tej trudnej sytuacji? Z pewnością nie! To tylko wybór mniejszego zła.

Codziennie mamy nowe rekordy w ilości potwierdzonych przypadków zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Kolejne województwa zostają zaliczane do regionów z zaostrzonymi zasadami bezpieczeństwa, a nasze województwo ciągle w „ogonie” i bodajże po raz pierwszy w życiu jest to dla mnie powód do zadowolenia. Nie wiem, jakie są tego przyczyny, ale dają realną szansę na walkę z szalejącą pandemią, choć liczne mutacje wirusa nie napawają optymizmem. Zwiększa się systematycznie

liczba zaszczepionych osób, ale to wciąż za mało. Dodatkowo chaos w dostawach szczepionek i ciągle modyfikacje kalendarza szczepień powodują nerwową reakcję zarówno pacjentów, jak i personelu odpowiadającego za szczepienia. Winnego - jak zawsze - brak.

Ale przed nami Święta Wielkanocne. Czas więc na zmianę nastroju. Życzę więc wszystkim pięknych, słonecznych i wiosennych Świąt, dużo zdrowia, radości, pogody ducha i świątecznej atmosfery. Byśmy choć na chwilę zapomnieli, że są to już kolejne Święta z pandemią.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU



W dniu 24 lutego br. odbyło się - po raz kolejny internetowo - posiedzenie Rady Okręgowej, która obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły wnioski o przyznanie ograniczonego PWZ celem odbycia stażu podyplomowego

- lek. Olha Dontsova (cudzoziemiec),
- lek. Oksana Holubchak (cudzoziemiec),
- lek. Aleksandra Ostrowska,
- lek. Dominika Rypała

oraz o wpis do Opolskiej Izby Lekarskiej w związku z przeniesieniem z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

- lek. Anna Cichoń,
- lek. Bartosz Janik,
- lek. Piotr Jasiński,
- lek. Olga Kamińska-Jackowiak,

Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

Ponadto wpłynął także wniosek o wymianę PWZ po uzyskaniu obywatelstwa polskiego lek. Igora Arseniia. W tym przypadku uchwałę podjęto przy dwóch głosach wstrzymujących się.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Prezes przedstawiła cztery wnioski o wykreślenie indywidualnych praktyk lekarskich z powodu zgonu (uchwały podjęto przy jednym głosie przeciwnym) oraz dwa z powodu zaprzestania wykonywania działalności leczniczej (uchwały podjęto jednogłośnie).

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o przyznanie zapomóg - uchwały podjęto przy jednym głosie wstrzymującym się.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Brak wniosków.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor Specjalistycznego Szpitala w Branicach wystąpił do Rady Okręgowej z prośbą o wyznaczenie swego przedstawiciela do Komisji Konkursowej na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych w Oddziale Psychiatrii Ogólnej B oraz w Oddziale Opiekuńczo-Lecznym w/w szpitala. Zgłoszono kandydaturę kol. Antoniego Junoszy-Szaniawskiego, którą Rada przyjęła przy dwóch głosach wstrzymujących się.

Sprawozdanie z posiedzenia on-line Konwentu Prezesów OIL w dniu 28 stycznia i 22 lutego 2021 r. oraz NRL z dnia 29 stycznia 2021 r.

Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka przedstawiła sprawozdania z obu posiedzeń Konwentu Prezesów Izb Lekarskich.

W spotkaniu w dniu 28 stycznia br. jego uczestnikiem był Prezes NRL kol. A. Matyja, który poinformował o stopniu zaawansowania rozmów z TU Inter-Polska, dotyczących ubezpieczenia OC Naczelnej Izby Lekarskiej oraz okręgowych izb lekarskich. Z chwilą otrzymania szczegółów warunków ubezpieczenia każda okręgowa izba będzie musiała się wypowiedzieć, czy chce być objęta takim wspólnym ubezpieczeniem (potrzebne będzie podjęcie stosownej uchwały).

• Następnie Konwent został poinformowany, że jego wcześniejsze wnioski i uwagi dotyczące lekarzy/lekarzy

dentystów, którzy mają niezdany LEK/LDEK zostały przyjęte przez Prezydium NRL i zostały zawarte w jego stanowisku nr 10/21/P-VIII z dnia 28 stycznia br. w sprawie uprawnień zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów, którzy nie zdali egzaminu LEK lub LDEK.

- W związku z projektem porozumienia pomiędzy NIL, a wszystkimi okręgowymi izbami lekarskimi, dotyczącymi modernizacji programu FINN, prezesi izb przekazali swoje uwagi (dwie z nich pochodziły z Opolskiej Izby Lekarskiej).

- Prezes A. Matyja poinformował o najważniejszych zagadnieniach, którymi się teraz zajmuje NIL: opiniowanie nowych projektów aktów prawnych, w tym dotyczącego uregulowania płac w ochronie zdrowia, zaprzestanie możliwości specjalizowania się w trybie pozarezydenckim i konsekwencjach takiego zapisu, różnic w przyznawaniu dodatków „covidowych” w poszczególnych województwach w zależności od interpretacji tych zapisów przez dyrektorów podmiotów leczniczych i oddziały wojewódzkie NFZ.

- Prezesi przekazali swoje uwagi dotyczące organizacji tegorocznych zjazdów budżetowych. Uważają oni, że NRL powinna - biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną - wskazać rodzaj przeprowadzanych zjazdów, jednolity w całym kraju.

- Prezesi okręgowych izb lekarskich zgodnie oświadczyli, że będą się stosować do jednolitej instrukcji postępowania w stosunku do lekarzy/lekarzy dentystów spoza UE, którzy będą się zgłaszać do OIL z pozytywną decyzją Ministra Zdrowia w sprawie wydania PWZ.

W kolejnym spotkaniu Prezesów w dniu 22 lutego br. ponownie uczestniczył Prezes NIL A. Matyja, który poinformował o dalszych negocjacjach i rozmowach z firmami Inter-Polska oraz PZU, dotyczących ubezpieczenia OC Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Okręgowych Izb Lekarskich. Zmodyfikowane oferty mają być przedstawione do 26 lutego br., związku z tym sprawa podjęcia decyzji co do wyboru ubezpieczyciela, a także czy ubezpieczać się razem czy osobno została przesunięta w czasie.

- Omówiono możliwości przeprowadzania okręgowych zjazdów budżetowych. Wszyscy zgodnie przyznali, że w aktualnej sytuacji epidemiologicznej należy zrezygnować ze zjazdów stacjonarnych.

Z kolei sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 29 stycznia br. złożył kol. J. Jakubiszyn.

Przed rozpoczęciem właściwego posiedzenia Rady odbyło się Zgromadzenie Wyborcze, które wybierało nowego Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej (vacat był efektem odwołania na grudniowym posiedzeniu NRL z tego stanowiska kol. J. Kozakiewicza). Prezes Andrzej Matyja zaproponował na to stanowisko kol. Artura Drobniaka, dotychczasowego Zastępcę Sekretarza NRL. W tajnym głosowaniu Artur Drobniak wybrany został na stanowisko Wiceprezesa NRL.

W kolejnym punkcie programu dokonano zmian w uchwale 1/17/VII NRL w sprawie szczegółowego trybu

postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów. Wprowadzenie zmian zostało wymuszone ostatnimi nowelizacjami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, które umożliwiają zatrudnianie w Polsce lekarzy cudzoziemców spoza UE, wprowadzając uproszczony tryb weryfikacji ich uprawnień.

W dyskusji zabrał głos m.in. Prezes OIL w Warszawie kol. Łukasz Jankowski, który poinformował, że do Izby w Warszawie zgłosiło się już czworo lekarzy, posiadających decyzję administracyjną Ministra Zdrowia o możliwości pracy w Polsce. Jedną z tych osób przysłała z pełnomocnictwem, który pełnił też rolę tłumacza, bowiem osoba ta nie zna w ogóle języka polskiego. Osoby te nie przedstawiły żadnych dokumentów, pozwalających na weryfikację ich uprawnień. Ponieważ zażądano od nich uzupełnienia dokumentów, do Izby w Warszawie wpłynęło pismo z Ministerstwa informujące, że od osoby posiadającej decyzję administracyjną Ministra Zdrowia Izba nie ma prawa niczego wymagać, poza okazaniem dowodu tożsamości i zdjęciem do prawa wykonywania zawodu.

Kol. Jolanta Orłowska-Heitzman zapytała, czy osoby te będą w jurysdykcji izbowych organów odpowiedzialności zawodowej. Prezes Matyja wyjaśnił, że w momencie kiedy otrzymają prawo wykonywania zawodu i zostaną wpisane do rejestru danej izby, będą podlegać takiej samej ocenie jak wszyscy członkowie izb. Natomiast jeżeli okręgowa rada lekarska, w wyniku prowadzonego postępowania, odmówi takiej osobie wydania prawa wykonywania zawodu, a mimo to zostanie ona zatrudniona, to odpowiedzialność ponosić będą dyrektorzy podmiotów leczniczych, a rzecznicy odpowiedzialności zawodowej nie będą mieli wówczas nic do powiedzenia.

Kol. Paweł Czekalski zwrócił uwagę, że osoby takie muszą pracować (przynajmniej przez pewien okres czasu) pod nadzorem specjalisty. Jeżeli osoba taka nie dostanie prawa wykonywania zawodu może się okazać, że nikt ze specjalistów nie będzie chciał się podjąć funkcji „opiekuna”. Dyrektor może wówczas wydać polecenie służbowe, a skutkiem nie podporządkowania się może być nawet zwolnienie z pracy.

Prezes Matyja podkreślił, że przyjęcie uchwały jest bardzo ważne, ponieważ będzie prowadziło do jednolitego postępowania wszystkich izb w stosunku do lekarzy z decyzjami administracyjnymi Ministra Zdrowia. W głosowaniu Uchwała została podjęta.

W kolejnym punkcie Wiceprezes Andrzej Cisło przedstawił temat medycyny estetycznej i proponowanych przez NRL zmian w przepisach prawa. Chodzi o to, aby możliwość wykonywania zabiegów medycyny estetycznej pozostawić wyłącznie w rękach lekarzy i lekarzy dentystów. Potrzebne jest zatem, aby rozszerzyć definicję świadczenia zdrowotnego i za takie uznać również zabiegi medycyny estetycznej, mimo że w wielu przypadkach takim zabiegom poddawane są osoby zdrowe.





Przewodniczący NSL Jacek Miarka zwrócił uwagę, że uporządkowanie zapisów prawa, odnoszących się do zabiegów medycyny estetycznej jest bardzo ważne również dla sądów lekarskich. Ostatnio doszło do kasacji przez Sąd Najwyższy wyroku, jaki NSL podjął w stosunku do lekarza, który uczył jak wykonywać zabiegi medycyny estetycznej osoby bez dyplomu lekarza czy lekarza dentystry. SN stwierdził, że nie ma przepisów, które zabraniałyby wykonywania zabiegów medycyny estetycznej osobom, nie mającym takich dyplomów. W głosowaniu odpowiednie zapisy zostały przegłosowane.

W kolejnym punkcie Mec. Kozik przedstawił projekt uchwały w sprawie zgłoszenia udziału NRL w postępowaniu karnym. Chodzi o sprawę lekarza dentystry, specjalisty chirurgii stomatologicznej, który w ramach kontraktu z NFZ wykonywał ekstrakcje zębów, ale zabiegi takie kończył uzupełnieniem ubytku odpowiednim materiałem, za co pobierał opłatę od pacjentów (NFZ takiego uzupełnienia nie finansuje). Po jakimś czasie NFZ zakwestionował legalność wszystkich porad, w których taka procedura została zastosowana. Zażądał zwrotu pieniędzy i skierował sprawę do Sądu. Mimo, że ów lekarz dentysta przedstawił opinię konsultanta krajowego, że jego postępowanie było prawidłowe i korzystne dla pacjenta, został w I instancji skazany. Ponieważ sprawa łączenia porady funduszowej z poradą ponadstandardową (w rozumieniu NFZ) od wielu lat wywołuje dyskusje (bywa, że w trakcie udzielania porady, która w założeniu miała być poradą fundusową, okazuje się, że jej zakres musi być większy, przekraczający to, co NFZ finansuje), sprawa przystąpienia NRL do podstępowania karnego ma tu pewien wymiar symboliczny i precedensowy. W głosowaniu uchwała została podjęta.

Kol. Michał Bulsa przedstawił projekt zmian w regulaminie przyznawania przez NRL stypendiów dla lekarzy i lekarzy dentystrów. Po dwóch latach doświadczeń uznano, że najlepszym rozwiązaniem będzie umieszczenie na stronie NRL odpowiedniej aplikacji, która pozwoli na wypełnienie wniosku o stypendium. Nie będzie zatem już potrzeby występowania o uzupełnienie dotychczas obowiązujących wniosków w przypadku pewnych formalnych braków (co nie było rzadkością). W głosowaniu zmiany w regulaminie zostały uchwalone.

Prezes Matyja przekazał, że na ukończeniu są rozmowy z TU Inter w sprawie ubezpieczenia organów izb lekarskich od odpowiedzialności cywilnej za podejmowane decyzje administracyjne. Jest to o tyle istotne, że stanowisko Konwentu Prezesów OIL, dotyczące postępowania w stosunku do lekarzy cudzoziemców spoza

UE, natrafi na zarzuty ze strony Ministerstwa Zdrowia, a być może i ze strony tych lekarzy. Prezes Matyja przekazał Konwentowi szczegóły tego ubezpieczenia i oczekuje na podjęcie przez poszczególne rady okręgowe odpowiednich uchwał.

Sprawozdanie członków Rady z działalności między posiedzeniami

Sprawozdanie ze spotkania on-line dotyczącego strategii rozwoju woj. opolskiego „Opolskie 2030” w dniu 16 lutego br. przedstawiła Prezes Jolanta Smertkowska-Mokrzycka.

Było to robocze spotkanie członków Grup Doradczych, Zespołów Roboczych i Radnych Województwa. Omówiono na nim zapisy strategii „Opolskie 2030”. Spotkanie prowadził Dyrektor Departamentu Polityki Regionalnej i Przestrzennej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego Waldemar Zadka. Założenia Strategii „Opolskie 2030” przedstawił prof. Wojciech Dziemianowicz. Opolszczyzna w założeniach to region cenionej jakości życia, wynikającej z unikalnego i uniwersalnego łączenia różnorodności. W Strategii główny nacisk położono na środowisko, gospodarkę i społeczeństwo. Cele operacyjne, to podtrzymywanie i rozwijanie trwałych więzi społecznych, podnoszenie przez mieszkańców kwalifikacji. Kierunki działań opierają się na rozwinięciu i dostępie do usług, na bezpieczeństwie regionu. Od marca do czerwca br. będą trwały konsultacje społeczne.

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes przedstawiła projekt uchwały w sprawie zwołania XL Okręgowego Zjazdu Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej. Rada Uchwałę podjęła przy jednym głosie przeciwnym i jednym głosem wstrzymującym się (patrz poniżej – przyp. Red.).

Następnie kol. Smertkowska-Mokrzycka przedstawiła pismo firmy Leximum Jabłoński i wspólnicy, która zwróciła się z prośbą o możliwość umieszczenia na łamach Biuletynu Informacyjnego OIL oraz na stronie internetowej izby cyklu publikacji z zakresu ochrony danych osobowych w indywidualnych praktykach lekarskich celem podniesienia poziomu bezpieczeństwa biznesowego prowadzonych praktyk. Kolejnym celem firmy jest nawiązanie współpracy z praktykami (odpłatnej) jako doradcy, a nawet jako Inspektorzy Ochrony Danych. Rada głosowała następująco: osiem głosów za odpłatną publikacją, trzy głosy za nieodpłatną publikacją, sześć głosów wstrzymujących się.

Wobec wyczerpania programu spotkania, na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

**Uchwała nr 97/21//VIII Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
z dnia 24 lutego 2021 r.
w sprawie zwołania XL Okręgowego Zjazdu Lekarzy
oraz ustalenia terminów posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej i jej Prezydium w I półroczu 2021 r.**

Na podstawie art. 23 ust.1 oraz art. 25 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019, poz. 965) uchwała się co następuje:

§ 1

W uchwale nr 94/20/VIII z dnia 16 grudnia 2020 r. w sprawie zwołania XL Okręgowego Zjazdu Lekarzy oraz ustalenia terminów posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej i jej Prezydium w I półroczu 2021 r. § 1 otrzymuje brzmienie: „Zwołuje się w dniach 19-20 marca 2021 r. XL Okręgowy Zjazd Lekarzy, który odbędzie się w trybie obiegowym”.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz ORL
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

JAKA KASA FISKALNA ONLINE W GABINECIE LEKARSKIM?



W związku z Ustawą o VAT, która weszła w życie 1 maja 2019 r. wybrane grupy podatników zostały zobowiązane do stosowania kas online. W związku z epidemią koronawirusa, terminy obowiązkowego stosowania tych kas uległy zmianie. Ministerstwo Finansów wydało rozporządzenie, na podstawie którego kasy online zaczęły obowiązywać lekarzy i lekarzy dentyстів **od 1 lipca 2021 r.** Na dzień dzisiejszy nic nie wskazuje na to, aby termin ten ponownie uległ przesunięciu.

W związku z powyższym lekarze i lekarze dentyści, prowadzący indywidualne praktyki lekarskie są zobowiązani do prowadzenia rejestru sprzedaży usług przy pomocy kasy rejestrującej, która umożliwia zautomatyzowany i bezpośredni przesył danych do Centralnego Repozytorium Kas prowadzonego przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej, zwanej potocznie kasą online. Co prawda do rzeczonyj daty pozostało wiele czasu, ale warto już teraz zastanowić się nad wymianą dotychczasowego urządzenia, przemyśleć, jaki model wybrać, porównać ich ceny i jakość. Na pewno nie warto odkładać decyzji na czerwiec. Powody są dwa. Kasy mogą być droższe, gdyż znacznie wzrosło na nie popyt, a także dostępność niektórych modeli może nie być zadowalająca.

Chciałbym podzielić się swoimi obserwacjami w kwestii zakupu kasy online. Pewnie dla wielu z Was będą to truizmy, ale nawet gdy skorzysta z tego tekstu kilka osób mniej obeznanych z techniką, to będę miał satysfakcję.

Przed podjęciem decyzji należy przyjrzeć się stosowanemu dotychczas urządzeniu. Niektóre z nich, zwłaszcza zakupione w ostatnim czasie, mają zainstalowany moduł WiFi i już od fiskalizacji wysyłają pliki do repozytorium. Jeżeli ten fakt potwierdzi serwisant kasy – nie trzeba jej wymieniać. Inne modele to tzw. WiFi-ready, kasy które staną się kasą online po zamontowaniu przez serwis modułu wifi wewnątrz urządzenia. Bywa, że kasa posiada już odpowiednie oprogramowanie oraz port USB i umożliwia wpięcie zewnętrznego modułu WiFi (koszt takiej „kostki” to 30-40 zł).

Starsze kasy nie mają możliwości takiej adaptacji i muszą być wymienione. Sposób kontaktu kas online z internetem może polegać na trzech sposobach. Wybór urządzenia musi być uzależniony od warunków technicznych jakie mamy w miejscu udzielania świadczeń i czy kasa będzie z nami wędrować na wizyty domowe.

1. Połączenie LAN. Kasa taka wymaga połączenia kablem sieciowym z internetem stacjonarnym w gabinecie. Nie będzie nadawała się do wędrowki.

2. Połączenie WIFI. Kasa nie wymaga kabla, ale wymaga sieci WiFi tam, gdzie jest używana. Sieć bezprzewodowa musi zatem być dostępna w miejscu udzielania świadczeń. Kasa tego typu jest niewątpliwie wygodniejsza w użyciu w gabinecie, nie bardzo jednak nadaje się na wizyty domowe. Połączenie z inną niż w gabinecie siecią WiFi, będzie musiało być poprzedzone ingerencją w ustawienia (logowanie do nieznanego sieci)





3. Połączenie GSM. Kasy tego typu uzyskują połączenie z internetem wykorzystując zamontowaną kartę SIM. Jest to najbardziej uniwersalne z urządzeń, pod warunkiem bycia w zasięgu sieci telefonii komórkowej. Najczęściej abonament za użycie karty SIM za 2 lub 3 lata jest już wliczony w cenę kasy. Później to koszt kilkudziesięciu zł rocznie.

Reasumując te rozważania: jeżeli kasa nie opuszcza gabinetu wystarczy LAN lub WiFi, jeżeli zabieramy ją na wizyty domowe lub często zmieniamy miejsce udzielania świadczeń – kasa z kartą SIM.

Przy wyborze modelu radziłbym na początku rozważyć, czy na rynku nie ma kasy online, będącej następcą używanej przez nas obecnie. Odpadnie nam wtedy nauka obsługi i zazwyczaj będzie pasował stosowany dotychczas papier termiczny (mała dygresja: są dostępne już rolki papieru pozbawione bisfenoli). Poza tym trzeba zwracać uwagę na dostępność i jakość serwisu dla danej

kasy i jej naprawialność. Jeżeli wybierzemy egzotyczny model (często znacznie tańszy od typowych), to w przypadku awarii mogą zacząć się problemy. Wybierajmy raczej urządzenia znanych i będących od lat na polskim rynku producentów.

Przypomnieć należy, że za każdą zakupioną w ramach wymiany kasę online przysługuje zwrot 700 zł z urzędu skarbowego, ale tylko wtedy, gdy jej/ich fiskalizacja nastąpi przed upływem obowiązującego terminu. Jeżeli zamierzacie zmienić urządzenie później (z powodu np. urlopu w lipcu) – urząd może odmówić zwrotu.

Obecnie ceny dobrych kas online wahają się w zakresie 1400-1900 zł brutto. Ponieważ nawet po odliczeniu refundacji, pozostaje niemała kwota, warto dobrze zastanowić się przed podjęciem decyzji, gdyż pozostanie my z tymi urządzeniami na wiele lat.

Stanisław KOWARZYK
Z-ca Sekretarza ORL w Opolu

KIEDY PACJENT Z COVID-19 POWINIEN TRAFIĆ DO SZPITALA?

materiał sponsorowany

Pandemia COVID-19 towarzyszy nam od 04.03.2020 r., kiedy w szpitalu w Zielonej Górze rozpoznano u pierwszego polskiego pacjenta zakażenie SARS-CoV-2. Na koniec lutego 2021 r. potwierdzono w naszym kraju 1.706.986 zakażeń i 43.769 zgonów. W województwie opolskim odpowiednio – 43.833 i 1.338. Dziś o COVID-19 wiemy więcej, pojawiły się też szczepionki, jednak lekarze chorób zakaźnych coraz częściej borykają się z poważnym problemem: pacjenci z COVID-19 trafiają do szpitali za późno, często już na niebezpiecznym dla życia etapie choroby.

Objawy lekkiego przebiegu COVID-19 to m.in.: gorączka lub stan podgorączkowy, kaszel, bóle mięśni, bóle gardła, a nawet krótkotrwała biegunka. Mogą wystąpić również zaburzenia węchu i smaku. W cięższych postaciach pojawiają się: duszność, spadek saturacji krwi tlenem, objawy zapalenia płuc i ostra niewydolność oddechowa (ARDS), a nawet niewydolność wielonarządowa prowadząca do zgonu. Średnia śmiertelność wynosi 7,3%.

Terapia zakażenia SARS-CoV-2

Leczenie w łagodnym przebiegu COVID-19 sprowadza się do stosowania leków objawowych. Zaleca się stosowanie leków przeciwgorączkowych (niesteroidowe leki przeciwzapalne lub paracetamol) w przypadku gorączki $>38,5^{\circ}\text{C}$. Ważne jest odpowiednie nawadnianie doustne płynami, nie mniej niż 2000 ml na dobę. W przypadku chorych z przewlekłą niewydolnością serca i przewlekłą niewydolnością nerek wskazana jest samokontrola diurezy, nasilenia obrzęków oraz codzienny pomiar masy ciała. Pacjent leczony w warunkach domowych wymaga

ponadto stałego monitorowania z uwagi na ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Nie zaleca się włączania leków przeciwplatek i przeciwzakrzepowych u chorych przebywających w domu, o ile nie pojawią się wskazania inne niż COVID-19. Rekomenduje się natomiast kontynuowanie bez zmian dotychczasowego leczenia farmakologicznego, w tym: glikokortykosteroidów – także wziewnych – ze wskazań innych niż COVID-19, niesteroidowych leków przeciwzapalnych, leków przeciwnadciśnieniowych (w tym inhibitory ACE), statyn, leków przeciwplatek i przeciwzakrzepowych.

Stosowanie antybiotyków w chorobie COVID-19 jest uzasadnione wyłącznie u osób z przewlekłymi chorobami zapalnymi z zakażeniem (np. POChP), poddawanych immunosupresji lub z niedoborami odporności z innych przyczyn, a także w razie przewlekającej się infekcji dolnych dróg oddechowych (>14 dni) z cechami zakażenia bakteryjnego.

Wskazania do leczenia szpitalnego

Pacjent z COVID-19, u którego pojawia się niewydolność oddechowa wymagająca stosowania tlenoterapii, powinien niezwłocznie udać się do szpitala. Tlenoterapia domowa jest powszechnie stosowana w leczeniu pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową, lecz nie może być stosowana w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej. Pojawienie się tej ostatniej świadczy o postępie choroby i groźbie bardzo szybkiego pogorszenia, mogącego prowadzić do bezpośredniego zagrożenia życia.

Zaleca się skierowanie pacjenta z COVID-19 do szpitala

w razie wystąpienia następujących objawów¹:



Duszność występująca w spoczynku i utrudniająca mówienie



Saturacja krwi tętniczej tlenem zmierzona pulsoksymetrem **< 94%**



Spadek ciśnienia tętniczego krwi **poniżej 90/60 mmHg** (jeśli chory zazwyczaj ma wyższe)



Kaszel utrudniający oddychanie i mówienie



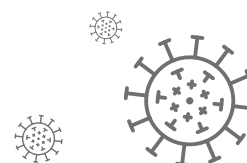
Ból w klatce piersiowej



Gorączka powyżej 39 stopni Celsjusza - szczególnie utrzymująca się przez ponad dobę i powodująca znaczne osłabienie



Trudność w obudzeniu chorego, zmiana zachowania i sposobu mówienia, utrudniony lub niemożliwy kontakt z chorym, utrata przytomności



Prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

1. Na podstawie stanowiska konsultantów krajowych: medycyny rodzinnej, chorób zakaźnych oraz anestezjologii i intensywnej terapii we współpracy z Radą Medyczną przy Premierze RP z dnia 01.02.2021

Grafika przygotowana we współpracy z Gilead Sciences Poland sp. z o.o.

PL-COVID-19-2021-03-0004

W warunkach szpitalnych podstawowe leczenie COVID-19 to tlenoterapia bierna w przypadku spadku saturacji tlenem we krwi, a jeśli ona nie daje efektu, tzw. HFNOT wysokoprzepływowa tlenoterapia donosowa, która może dać przepływ tlenu nawet do 60 l/min. W badaniach klinicznych próbowano wielu leków, jak chlorochina, osocze ozdrowieńców zawierające przeciwciała, witamina D, azytromycyna, oseltamiwir, glikokortykosteroidy, amantadyna, heparyna drobnocząsteczkowa, leki hamujące tzw. burzę cytokinową. Jednak jedynym zarejestrowanym do tej pory lekiem, działającym bezpośrednio na wirusa SARS-CoV-2 jest remdesiwir. Wykazuje on działanie przeciwko jednoniciowym wirusom RNA, jest analogiem adenozyiny, który włącza się do powstających wirusowych łańcuchów RNA i działając na rybonukleazę wirusową, hamuje replikację wirusa. Remdesiwir powinno się stosować u chorego w pierwszym tygodniu choroby. Ponadto, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, należy go zlecić choremu z zapaleniem płuc, który wymaga tlenoterapii. Lek podaje się dożylnie, w sumie 6 ampulek, a czas trwania leczenia powinien wynosić przynajmniej 5 dni i nie więcej niż 10 dni. Terapia jest finansowana przez Ministerstwo Zdrowia.

Podsumowując, należy podkreślić, że osoba chora na COVID-19 powinna być niezwłocznie skierowana do szpitala, jeśli wystąpi:

- duszność spoczynkowa i utrudniająca mówienie, częstość oddechów powyżej 30 na minutę,
- sinica lub hipoksemia – saturacja krwi tętniczej tlenem zmierzonej pulsoksymetrem <94%, u chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową np. POChP, czy zwłóknienie płuc – SpO₂ <88%. Hipoksemia jest wskazaniem do hospitalizacji niezależnie od subiektywnego uczucia duszności,
- gorączka powyżej 39°C – szczególnie utrzymująca się przez ponad dobę i powodująca bardzo znaczne osłabienie pacjenta w wieku średnim lub podeszłym,
- kaszel utrudniający swobodne oddychanie i mówienie,
- ból w klatce piersiowej,
- spadek ciśnienia tętniczego krwi poniżej 90/60 mmHg, jeśli chory zazwyczaj ma wyższe,
- zmiana świadomości i zachowania – trudność w obudzeniu chorego, niepokojąca zmiana zachowania i sposobu mówienia, utrudniony lub niemożliwy kontakt z chorym, utrata przytomności.

Lek. Wiesława BŁUDZIN
Ordynator Oddziału Zakaźnego
w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu,
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych
Artykuł przygotowany we współpracy z Gilead Sciences Poland Sp. z o.o. PL-COVID-19-2021-03-0008

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



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
13-05.IV.2021 r. wtorek - czwartek	Dr hab. n.med. Teresa Kokot	Prawo medyczne	Lekarze/lekarze dentyści w trakcie specjalizacji modułowych, wszystkich specjalności
27-28.IV. 2021 r. wtorek-środa	Dr n. med. Iwona Rajca-Biernacka	Przetaczanie krwi i jej składników	Lekarze/lekarze dentyści w trakcie specjalizacji modułowych wszystkich specjalności
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

DRAMATYCZNA ŚMIERĆ I POGRZEB KRÓLOWEJ BONY SFORZY DRUGIEJ ŻONY KRÓLA ZYGMUNTA I STAREGO I MATKI KRÓLA ZYGMUNTA II AUGUSTA



Po konflikcie ze swoim synem Zygmuntem Augustem, Bona opuściła Polskę 1 lutego 1556 r. udając się do swojego rodzinnego Bari na południu Półwyspu Apenińskiego, wywożąc 24 wozy kosztowności. Do Bari dotarła 12 maja 1556 r. z Wenecji od strony morza w asyście sześciu pięknie udekorowanych galer. Towarzyszył jej ulubiony dworzanin szlachcic neapolitański Jan Wawrzyniec Papacodu (istniały nawet przypuszczenia, że był kochankiem Bony). Zdobył tak wielkie jej zaufanie, że przekazała mu nawet nadzór nad swoim majątkiem i finansami. Tymczasem okazało się, że Papacodu jest agentem króla Hiszpanii, Neapolu i Sycylii Filipa II Habsburga (nie mylić z Habsburgami niemieckimi). Otóż na jego polecenie otruił Bonę, przed śmiercią fałszując jej testament, na mocy którego cały swój majątek przekazywała Filipowi II (obiecywał jej za to wicekrólestwo Neapolu). Był mu on potrzebny do wojny z Anglią. W ten sposób całkowicie został wydziedziczony jej syn Zygmunt August i jej cztery córki. Te tzw. „sumy neapolitańskie” w skład których wchodziło m. in. 1,5 tony złotych dukatów nigdy nie zostały odzyskane przez Zygmunta Augusta i jego następców.



Bona Sforza

Bona zmarła 19 listopada 1557 r., a więc półtora roku po powrocie do Bari. Papacodu oficjalnie przyznawał się do otrucia Bony, za swoje zasługi został przez Filipa II sowiec wynagrodzony. Otrzymał wysoką roczną pensję oraz stanowisko kasztelana Bari. Dwukrotnie się ożenił i spokojnie żył aż do naturalnej śmierci w roku 1576.

Natomiast największą tragedią była ekskomunika Bony przez Papieża, który traktował Bonę jako sojusznika Filipa II Habsburga, z którym był skłócony. Nic też dziwnego, że wycięte wnętrze Bony umieszczono w zwykłych popękanych naczyniach, zaś same zwłoki w prostej drewnianej trumnie bez krzyża, którą przeniesiono do zakrystii kościoła św. Mikołaja w Bari.

W tym kościele znajdują się również szczątki biskupa Mikołaja z Miry (obecnie tereny dzisiejszej Turcji), żyjącego w IV wieku naszej ery (patrona wszystkich dzieci). Po jego śmierci żadne miasto na Bliskim Wschodzie i Południowej Europie nie chciało pochować jego szczątków i ostatecznie znalazły się one w Bari przywiezione przez baryjskich marynarzy w XI wieku (mimo, że św. Mikołaj nigdy nie miał związków z Bari).

Przez wiele lat doczesne szczątki Bony uchodziły za jedną z atrakcji dla odwiedzających Bari, tym bardziej, że zachowały się w dobrym stanie. Dopiero pod koniec XVI wieku z inicjatywy Anny Jagiellonki (najmłodszej córki Bony, która jako stara panna wyszła za mąż za Henryka Walezego, a po jego ucieczce do Francji za Stefana Batorego (ufundowała również Kaplicę Zygmuntowską na Wawelu) powstało wspaniałe mauzoleum w głównej nawie kościoła św. Mikołaja, w którym Bona z rękami złożonymi do modlitwy klęczy na poduszce odziana w piękną suknię i długi płaszcz z dumną i spokojną twarzą. Obecnie to mauzoleum, aby nie razić romańskiego charakteru kościoła, zostało umieszczone za głównym ołtarzem, zaś portrety Anny Jagiellonki i innych fundatorów m. in. króla Zygmunta III Wazy i króla Jana Kazimierza zamalowane. Brak jest również jakiegokolwiek tabliczki komu to mauzoleum jest poświęcone. Drugą pamiątką po Bo-

nie jest maleńka uliczka kończąca się ślepym zaułkiem w okolicy dworca kolejowego. Zaniedbany jest również zamek Bony (Castello di Bari), który w swoim czasie pełnił funkcję koszar i więzienia.

Również w Polsce Bona nie jest dobrze wspominana. Wprawdzie przywozła do nas tzw. „włoszczyznę” i założyła piękne ogrody warzywne w Łobzowie pod Krakowem (obecnie to dzielnica Krakowa). Niestety mieszała się do polityki męża Zygmunta Starego (słynna „wojna kokosza”, na znak protestu nie uczestniczyła w Hołdzie Pruskim Albrechta Hohenzollerna w roku 1525), skłóciła się z jedynym synem Zygmuntem Augustem, po przeniesieniu się na Mazowsze (ofiarywane jej przez Zygmunta Augusta) nałożyła na miasta i wsie olbrzymie podatki (rozpoczęła równocześnie budowę pierwszego mostu przez Wisłę) dochodząc do olbrzymiego majątku. Uważano ją za najbogatszą kobietę w ówczesnej Europie. Niestety tego majątku nie przekazała swoim dzieciom lecz Filipowi II Habsburgowi.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI



Nagrobek Bony w bazylice św. Mikołaja w Bari



Bazylika św. Mikołaja w Bari



Krypta ze szczątkami św. Mikołaja w bazylice w Bari

**Powierzenie przetwarzania danych osobowych
a prowadzenie indywidualnej praktyki zawodowej**

W społeczeństwie informacyjnym, zwanym „społeczeństwem trzeciej fali”, którego istotą jest m.in. efektywne i bezpieczne przetwarzanie informacji, prowadzenie działalności gospodarczej bez wsparcia systemów teleinformatycznych pozostaje obecnie jedynie w sferze refleksji o minionych, analogowych czasach. Dlatego też należy przyjąć, że każda indywidualna praktyka zawodowa i prowadzona w ramach niej sprawozdawczość realizowana jest z użyciem komputera oraz przy zastosowaniu narzędzi informatycznych opartych na dostępie do sieci Internet. Specyfika działalności praktyk wymaga zatem przerzucenia, w ramach outsourcingu, ciężaru odpowiedzialności za prawidłowe działanie tychże urządzeń i systemów na tzw. „specjalistów” od systemów IT. Niestety przy takim scenariuszu zachowań biznesowym nie możemy jednak mówić tylko o outsourcingu IT. Albowiem w ramach takiego działania biznesowego dochodzić może również do nieformalnego outsourcingu tajemnicy zawodowej obejmującej m.in. dane osobowe pacjenta, które przetwarzane są za pośrednictwem tychże systemów i urządzeń.

Teoretycznie wiadomo, że utrzymywanie w oczekiwanym stanie ochrony tajemnicy zależy w głównej mierze m.in. od skuteczności zabezpieczeń techniczno-organizacyjnych stosowanych w prowadzonej praktyce - co z punktu widzenia RODO, wiąże się ściśle z realizacją szerokich obowiązków „administratora”, czyli osoby prowadzącej praktykę, w zakresie prawidłowego powierzenia przez niego przetwarzania danych podmiotowi, który na gruncie RODO nazywany jest „przetwarzającym”.

Tego rodzaju powierzenie musi uwzględniać nie tylko specyfikę funkcjonowania określonej praktyki i zakres chronionych informacji, ale również zostać dookreślone w ramach indywidualnie zawartej umowy. Od jakości usług i złożonych deklaracji, jak i modelu nadzorowania takiego powierzenia zależy bowiem zakres ewentualnej odpowiedzialności właściciela praktyki na gruncie prawa cywilnego, karnego i administracyjnego.

Innymi słowy, wybór „przetwarzającego”, któremu będzie powierzone przetwarzanie danych osobowych na podstawie udzielanych przez niego gwarancji ochrony to jedno, a późniejsze jego nadzorowanie m.in. poprzez ciągłą weryfikację tych gwarancji w trakcie trwania umowy, to drugie. Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych muszą nie tylko dookreślać wymagania w zakresie stosowania przez „przetwarzającego” określonych zabezpieczeń techniczno - organizacyjnych, ale również wskazywać na model i zakres współpracy z „administratorem” pod kątem dostosowywania się stron umowy do nowych zagrożeń, wskutek np. pojawiających się nowych technologii lub działań przestępczych.

¹ Nawet jeśli szkoda powstanie z winy tzw. „podmiotu profesjonalnego” odpowiedzialność za „przetwarzającego”

Prowadzący praktykę, na gruncie RODO, obowiązany jest do wskazywania „przetwarzającemu” w formie poleceń wiążących kierunków działań gwarantujących oczekiwany przez niego (jak i RODO) poziom bezpieczeństwa informacji i ochrony danych osobowych. Tym samym każdy „administrator” obowiązany jest podejmować stałe działania m.in. w celu weryfikacji stanu zaangażowania „przetwarzającego” oraz ustalenia, czy nie działa poza jego poleceniami lub wbrew tym poleceniom.

W tych okolicznościach należy przyjąć, że najskuteczniejszym narzędziem nadzoru mogą być doraźne sprawdzenia (audyty), które powinny dostarczać dowodów na prawidłowe działanie „administratora” (dolożenie należytej staranności) i „przetwarzającego”. Uzasadnienie tego stanowiska odnajdziemy w art. 82 ust. 2 RODO, na mocy którego „administrator” odpowiada za szkody powstałe za każde jego naruszenie. W przypadku braku jego reakcji na niewłaściwe działania „przetwarzającego”, mimo, że sam bezpośrednio nie przyczynił się do powstania zdarzeń szkodzących „administrator” poniesie solidarnie koszty roszczeń odszkodowawczych¹. Dlatego też należy przyjąć, że brak dowodów na realizowanie przez „administratora” przysługujących mu uprawnień oraz nałożonych na gruncie art. 28 RODO obowiązków, w sposób planowany i ciągły, stanowić będzie okoliczność obciążającą znacznej wagi, gdyż ich brak skutkować może naruszeniem prawa pacjentów do tajemnicy i ochrony ich danych osobowych o charakterze szczególnym.

Zainteresowanych otrzymaniem nieodpłatnie wzorcowej umowy powierzenia przetwarzania danych w ramach usług IT oraz leasingu urządzeń diagnostycznych przetwarzających dane pacjentów prosimy o kontakt:

- 1) kancelaria@leximum.one,
- 2) lub: +48 509 202 997, +48 503 031 715.

Leximum Jabłoński i Wspólnicy Sp. z o.o. Sp. k. proponuje Państwu doradztwo prawne z zakresu ochrony danych osobowych, tajemnic przedsiębiorstwa i innych tajemnic prawnie chronionych w dostosowanej do specyfiki funkcjonowania praktyk indywidualnych cenie. Jeśli już Państwo korzystacie z usług innego podmiotu wówczas proponujemy utrzymanie, ponoszonych dotychczas na ten cel wydatków².

W zamian gwarantujemy Państwu realną ochronę w sytuacjach spornych, tak w kontaktach z pacjentem jak i podmiotami posiadającymi uprawnienia kontrolne. Posiadamy kilkunastoletnie, unikalne w skali kraju, doświadczenie w obsłudze podmiotów realizujących działalność leczniczą, poparte dowodami uznania w postaci licznych pism referencyjnych (w tym Opolskiej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Aptekarskiej, jednostek Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, specjalistycznych ZOZ). Zespół Leximum jako podmiot wysoko wyspecjalizowany w zakresie ochrony informacji składa się z praktyków poszukujących rozwiązań komplementarnych do potrzeb indywidualnych klientów.

Posiadamy ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w związku z realizowanym doradztwem do kwoty 1 miliona PLN.

Szerszy zakres informacji na: www.leximum.one

pozostanie na barkach „administratora” – tak wskazał SN w wyroku z 1 czerwca 2017 r. (sygn. akt I CSK 597/16).

² W kwocie nie niższej niż 200 PLN + VAT.

CZY OZDROWIEŃCY MOGĄ SIĘ CZUĆ JUŻ SZCZĘŚCIARZAMI?

Niestety, nie jest to wcale pewne. A przynajmniej nie wszyscy. Początkowo wysiłki lekarzy skupiały się głównie na pacjentach chorych. Najważniejsze było utrzymanie ich przy życiu. Obecnie coraz częściej mówi się o powikłaniach po chorobie. I podobnie jak samo nasilenie choroby, są one różne u różnych osób. Pierwsza ważna informacja dla pacjentów jest taka, że ani sam przebieg choroby, ani wiek nie mają prawdopodobnie wpływu na późniejsze pojawienie się powikłań. Również u pacjentów bezobjawowych pojawiają się niepokojące symptomy, których nie wolno lekceważyć. W cyklu artykułów „Po Covid-19” przedstawimy Państwu, jakie mogą pojawić się problemy po przejściu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Przedstawimy je z punktu widzenia lekarzy zajmujących się różnymi dziedzinami medycyny i nauk pokrewnych.

Dorota Kowalewska

Bartosz Topoliński, specjalista kardiolog

Od kilku miesięcy mam coraz więcej pacjentów, którzy mają powikłania kardiologiczne po przebyciu choroby. Są to nie tylko osoby wcześniej cierpiące na problemy z układem sercowo-naczyniowym, ale również ludzie, którzy nigdy nie mieli takich problemów. Zacząłem czytać wszystko, co tylko udało mi się znaleźć na temat powikłań po przejściu Covid-19. Analizować przypadki, które sam badałem. Okazuje się, że wiele osób skarży się na podobne objawy. W XXI w., gdy kierujemy się EBM, takie obserwacje muszą być podparte badaniami. Jednym z pierwszych badań było chińskie badanie oceny odległych następstw przebiegu infekcji COVID-19. Lekarze skupili się na ocenie wpływu ciężkości przebiegu infekcji na późniejszy stan zdrowia. Do analizy włączono 2469 chorych leczonych z powodu COVID-19 w chińskim szpitalu JinYin-tan w Wuhan w okresie od stycznia do maja 2020 r. Pacjentów podzielono w zależności od ciężkości przebiegu infekcji na 7 grup. Od stanu, w którym nie było potrzeby hospitalizacji, a pacjent wraca do normalnej aktywności, do zgonu pacjenta w następstwie infekcji. Kontrola lekarska odbywała się po sześciu miesiącach po przebyciu choroby. Z początkowej liczby włączonych pacjentów poddano jej 1733 osoby. Pacjenci wypełniali kwestionariusze dotyczące subiektywnej oceny stanu zdrowia, jakości życia, wykonywano badanie

fizyczne i pobierano próbki krwi. Kolejnym krokiem były badania czynnościowe płuc, tomografia komputerowa, badania USG jamy brzusznej i żył kończyn dolnych oraz badanie wydolnościowe. Wyniki były bardzo zróżnicowane. U niektórych pacjentów w ogóle nie były zajęte płuca, u innych w aż 75%, lecz u wszystkich badanych wyniki testu wydolnościowego 6-minutowego były gorsze o 22–29% od dolnego zakresu normy, niezależnie od ciężkości przebiegu COVID. 76% badanych nadal odczuwało przynajmniej jeden objaw po zakażeniu. W tym zmęczenie lub osłabienie u 63% pacjentów.

Podobne wyniki dało badanie z kwietnia 2020 r. Polikliniki Uniwersytetu Agostino Gemelli w Rzymie. Wykazano, że u 87,4% osób po przebyciu COVID-19 utrzymuje się co najmniej 1 objaw choroby. Głównie zmęczenie i duszność, u 22% bóle w klatce piersiowej². Jednak mniej zaniepokoiło bardziej badanie, które miało na celu ukazanie, jak bardzo infekcja wpływa na uszkodzenie mięśnia sercowego³. Taką analizę wykonano w Londynie. Zostali do niej włączeni wszyscy pacjenci wypisani do domu z Royal Free London NHS Foundation Trust do końca kwietnia 2020 r., u których stwierdzono uszkodzenie mięśnia sercowego na podstawie badania podwyższonego stężenia wysokoczułej troponiny (>14 ng/l). Z badania zostały wykluczone osoby powyżej 80 roku życia, z ostrym zespołem wieńcowym, zatorowością płucną, znaną chorobą serca, ciężkim uszkodzeniem nerek, ciążą. U prawie 71% pacjentów z 828 osób po COVID-19 zanotowano podwyższone stężenie wysokoczułej troponiny, co świadczyło o martwicy miokardium. U tych pacjentów zanotowano wyższą śmiertelność – dwukrotnie (239 z 586, 41% vs. 20 z 242, 8%, $p < 0,001$). Wykonywano MRI mięśnia sercowego (średnio 27 dni po wypisie ze szpitala), stwierdzając identyfikowalny mechanizm uszkodzenia u 69% pacjentów.

Z kolei w badaniu kohorty 100 pacjentów z Niemiec, którzy niedawno wyzdrowieli z zakażenia COVID-19, badanie serca rezonansem magnetycznym ujawniło zajęcie serca u 78 pacjentów (78%) i trwające zapalenie mięśnia sercowego u 60 pacjentów (60%), niezależnie od wcześniejszych stanów, ciężkości i ogólnego przebiegu choroby⁴.

Badania pokazują, że choroba wpływa na zmiany w śródbłonku naczyń. U pacjentów z COVID opisywane są rozległe zmiany naczyniowe i istotne uszkodzenie





śródbłonka, rozległa zakrzepica naczyń z mikroangiopatią. Zaburzenia te mogą być przyczyną uszkodzenia miokardium⁵. Jaki z tego płynie wniosek? Zakażenie SARS-Cov-2 to nie tylko problemy w czasie trwania infekcji. Już w czasie, gdy pozornie jesteśmy zdrowi, może dojść do powikłań narządowych. Powikłania mogą okazać się dla wielu osób dużo groźniejsze, niż wskazują na to przebieg choroby. Zarówno te powikłania od razu po wyzdrowieniu, jak i pojawiające się kilka tygodni lub miesięcy po wyzdrowieniu.

W lekarskim gabinecie

Po Covid-19 wielu pacjentów zgłasza przede wszystkim duży spadek wydolności, podwyższone tętno, wrażenie duszności. Inne z wymienianych objawów to odczucie zaburzeń rytmu serca, niespecyficzne bóle w klatce piersiowej, chwiejne wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Lekarze coraz częściej obserwują u pacjentów tzw. zespół pocovidowy. Główny objaw to spadek wydolności. Często towarzyszy mu tachykardia. Niestety, objawy utrzymywać się mogą nawet wiele tygodni po wyzdrowieniu. W badaniu echokardiograficznym u części pacjentów można zauważyć łagodne zaburzenia kurczliwości mięśnia lewej komory, najczęściej przemijające, w kontrolnych badaniach. U tych pacjentów w badaniach laboratoryjnych obserwujemy podwyższony poziom BNP. Te objawy pojawiają się niezależnie od wieku, ciężkości przebiegu COVID-19 i współistniejących chorób serca.

Wszystkie koronawirusy, które od lat nam towarzyszą, mają pewne powinowactwo do komórek mięśnia sercowego. Podobnie jest z SARS-CoV-2. Badania wykażą, czy jest ono na podobnym poziomie, jak w przypadku znanych do tej pory wirusów.

Ważne dla sportowców

Co z aktywnością sportową po COVID? Niedawny artykuł konsensusu ekspertów zalecał dwutygodniową rekonwalescencję. W przypadku bezobjawowych przebiegów COVID nie są zalecane dodatkowe badania, na-

tomiast u sportowców o lekko objawowym przebiegu COVID-19, aby powrócić do uprawiania sportów wyczynowych, zalecano EKG i badanie echokardiograficzne⁶.

1. Huang C, Huang L, Wang Y, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet* 2021; 397: 220–32.

2. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 2020;324(6):603–605.

3. Knight DS, Kotecha T, Razvi Y i wsp. COVID-19 Myocardial Injury in Survivors. *Circulation* 2020; 142:1120–2.

4. Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Valentina O. Puntmann, MD, PhD1; M. LudovicaCarerj, MD1,2; ImkeWieters, MD3; et al Masia Fahim3; Christophe Arendt, MD1,4; Jędrzej Hoffmann, MD1,5; Anastasia Shchendrygina, MD, PhD1,6; Felicitas Escher, MD7; Mariuca Vasa-Nicotera, MD5; Andreas M. Zeiher, MD5; Maria Vehreschild, MD3; Eike Nagel, MD1 *JAMA Cardiol*. 2020;5(11):1265–1273. doi:10.1001/jamacardio.2020.3557.

5. Ackermann M, Verleden SE, Kuehnel M, i wsp. Pulmonary Vascular Endothelialitis, Thrombosis and Angiogenesis in Covid-19. *NEJM* 2020; 383:120–8.

6. Cardiovascular Magnetic Resonance Findings in Competitive Athletes Recovering From COVID-19 Infection. Saurabh Rajpal, MBBS, MD1; Matthew S. Tong, DO1; James Borchers, MD, MPH1; et al Karolina M. Zareba, MD1; Timothy P. Obariski, DO1; Orlando P. Simonetti, PhD1; Curt J. Daniels, MD1 *JAMA Cardiol*. 2021;6(1):116–118. doi:10.1001/jamacardio.2020.4916.

Doktor Bartosz Topoliński jest związany z Kliniką Kardiologii i Kardiochirurgii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy. Pracuje w Oddziale Kardiologii Nieinwazyjnej i Elektroterapii. (przedruk z „Primum” nr 3/21)

CZY PRZYJADĄ?

Na przełomie stycznia i lutego Ministerstwo Edukacji Narodowej i Nauki wyliczało w mediach społecznościowych trzymiesięczny dorobek szefa resortu Przemysław Czarneka. Wśród sukcesów wymieniono również program pilotażowy „Medyk NAWA”, który miał sprowadzić do polskich uczelni medycznych, ale też do szpitali, polskich emigrantów, lekarzy i pielęgniarki. Za sukces uznano uruchomienie programu, efekty pominięte milczeniem. Nieoficjalnie wiadomo, że do Polski przyjedzie dosłownie kilka osób.

Program z wielką pompą został ogłoszony pod koniec października 2020. Dzięki pilotażowi kilkudziesięciu lekarzom i pielęgniarkom pracującym poza Polską zaofe-

rowano stypendia umożliwiające im pracę na polskich uczelniach. – Program ma zachęcić naukowców zagranicą, by działali na rzecz rozwoju kadry medycznej w Polsce – mówił podczas konferencji prasowej minister edukacji i nauki Przemysław Czarnek. Kierownictwo resortu podkreślało, że w ramach programu uczelnie medyczne będą mogły zaprosić do współpracy lub zatrudnić lekarzy naukowców, lekarzy praktyków (również lekarzy dentytów) oraz pielęgniarki i położne z Unii Europejskiej, a także z Wielkiej Brytanii, oferując im roczne stypendia w wysokości 7,5 tys. zł miesięcznie dla lekarzy oraz 5 tys. zł miesięcznie dla pielęgniarek i położnych. Zachętą do przyjazdu do Polski miał być też jednorazowy do-

datek na zagospodarowanie się (12 tys. zł) oraz dodatek mobilnościowy (5 tys. zł dla stypendysty i 2 tys. zł dla każdego członka rodziny).

– Zapraszamy do przyjazdu do Polski lekarzy i pielęgniarki ze wszystkich krajów Unii Europejskiej oraz szukających możliwości kontynuowania kariery zawodowej poza Wielką Brytanią. Stwarzamy im warunki, by wykorzystali swoje doświadczenie zawodowe w pracy na polskich uczelniach medycznych i w polskiej ochronie zdrowia, która teraz potrzebuje każdego wsparcia w zakresie kadrowym i dzielenia się najlepszymi praktykami zawodowymi – mówił ówczesny wiceminister nauki prof. dr hab. n. med. Wojciech Maksymowicz. – Liczymy, że program pilotażowy będzie również zachętą do powrotu dla naszych rodaków, którzy kiedyś wyjechali zagranicę, a po brexicie myślą o przeprowadzce do kraju. Polacy stanowią dużą grupę zawodową w brytyjskiej służbie zdrowia, szacuje się ich liczbę na 10 tys.

Początkowo termin zgłoszeń do programu wyznaczono na 20 listopada, ale – podobno na prośbę uczelni medycznych – wydłużono go o 10 dni. Potem zapadła cisza. Na stronie Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej, gdzie opublikowane są wyniki naboru w ramach realizowanych programów, w tym pilotaży, informacji o „Medyk NAWA” próżno szukać do tej pory, choć termin przyjazdu stypendystów do kraju upływa 31 marca. W mediach społecznościowych również cisza. Swoim sukcesem, umożliwiającym zaproszenie dwóch pielęgniarek, pochwalił się do tej pory jedynie Gdański Uniwersytet Medyczny. Nieoficjalnie wiadomo, że zainteresowanie programem było raczej skromne, a ostateczne wyniki – adekwatne. Stypendia w ramach „Medyk NAWA” otrzyma kilka (prawdopodobnie pięć) osób.

Góra urodziła mysz? Problem polega na tym, że cały projekt jeszcze na przełomie października i listopada zaczął żyć własnym życiem, także dzięki nie do końca jasnej komunikacji ze strony decydentów. Analizując doniesienia medialne, można było odnieść wrażenie, że rząd Mateusza Morawieckiego uruchamia program repatriacji medyków, którzy wyjechali do pracy blisko dwie dekady temu. Portal Politykazdrowotna.com pisał na początku lutego: „Roczne stypendia dla lekarzy i pielęgniarek, którzy wrócą do kraju, przewiduje jeden z projektów MEN – »Medyk NAWA«, którym pochwalił się minister edukacji w podsumowaniu pierwszych trzech miesięcy”, przedstawiając umiarkowane entuzjastyczne (ściślej mówiąc – wysoce krytyczne) opinie przedstawicieli samorządów lekarskiego i pielęgniarskiego. Z tonu materiałów prasowych, telewizyjnych i radiowych można było wnioskować, że każdy lekarz i pielęgniarka może wziąć udział w programie, jeśli zdecyduje się na powrót do ojczyzny. Co, samo w sobie, byłoby świetnym pomysłem – samorząd lekarski wielokrotnie zwracał uwagę, że zamiast brnąć w ścia-

ganie do pracy lekarzy spoza Unii Europejskiej, warto byłoby zawalczyć o to, by ci, którzy wyjechali w ciągu ostatnich 20, 30 lat, rozważyli powrót.

Można było odnieść wrażenie, że projekt „Medyk NAWA” wpisuje się w ten kierunek myślenia. Prof. Wojciech Maksymowicz przy okazji prezentacji założeń pilotażu wspominał, że podobne programy zachęcania lekarzy i pielęgniarek do powrotu realizują inne kraje europejskie. Co więcej, stwierdził nawet, że bezpośrednią inspiracją opracowania programu „Medyk NAWA” były billboardy przy granicy niemiecko-polskiej skierowane do polskich lekarzy, zastanawiających się nad wyjazdem z Wielkiej Brytanii po brexicie, i zachęcające ich do przeniesienia się do Niemiec.

Trudno nie zauważyć, że choć brexit nie był żadną niespodzianką i przez dobre dwa, trzy lata był czas na zastanowienie się, jak zawalczyć o medyków, dla których pozostanie na Wyspach nie jest dobrym pomysłem (dla wielu jest, bo NHS nie wypycha ani lekarzy, ani pielęgniarek, którzy od lat pracują w brytyjskim systemie), zdecydowano się „coś” zrobić, dopiero gdy z kampanią ruszyli niemieccy sąsiedzi. A to, że o ekspertów medycznych – nie tylko z Polski – będą po brexicie walczyć inne kraje (przede wszystkim Niemcy, ale też Szwecja i Norwegia) również nie było tajemnicą.

Liczą się jednak nie tyle kampanie billboardowe czy nawet programy „repatriacyjne” (pilotażowe bądź nie), ile – najszerzej mówiąc – warunki pracy, jakie oferuje dany kraj. W tym oczywiście polityka w zakresie wynagrodzeń, choć nie wszystko można sprowadzać do prostego porównania wysokości przelewów na konto. Liczy się np. obciążenie pracą. Opublikowany w listopadzie raport OECD „Health at a Glance 2020” nie pozostawia pod tym względem żadnych wątpliwości. Nasz kraj ma najniższy wskaźnik liczby lekarzy na 1 tys. mieszkańców, a organizacja i model opieki zdrowotnej, a także niedostatek pielęgniarek (jeden z najniższych wskaźników), sprawiają, że polscy lekarze pracują najwięcej w Unii Europejskiej – na jednego lekarza przypada niemal 3,2 tys. konsultacji rocznie. Co więcej, ten wskaźnik rośnie już niemal od dwóch dekad (od 2002 r.), choć w ostatnich latach zauważalnie wolniej. To w 2002 r. po raz ostatni wynosił około 2,5 tys. – tyle, ile we Francji czy w Niemczech. Najnowsze dane dowodzą, że we Francji lekarz udziela nieco ponad 1868 konsultacji, w Niemczech – niemal 2,3 tys. W Szwecji, która aktywnie werbuje lekarzy w Polsce i innych należących do UE krajach Europy Środkowo-Wschodniej, rocznie na lekarza przypada 656 konsultacji, co jest związane z modelem opieki zdrowotnej opartej przede wszystkim na świadczeniach udzielanych przez pielęgniarki.

Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 3/21)

WARUNKOWE PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY DLA OSÓB SPOZA UNII EUROPEJSKIEJ

W 2020 r. ustawa o zawodach lekarza i lekarza denty-
sty była zmieniana ośmiokrotnie. Tuż przed Sylwestrem,
tj. 30 grudnia 2020 r., weszła w życie ostatnia w tym roku
nowelizacja, wprowadzona ustawą z 27 listopada 2020 r.
o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okre-
sie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu
epidemii kadr medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2401).

Jak wynika z samego tytułu, celem przepisów ma być
zapewnienie kadr medycznych w okresie ogłoszenia sta-
nu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Re-
medium na braki w tym zakresie ma być m.in. otwarcie
dostępu do zawodów medycznych – lekarza i lekarza den-
tysty, pielęgniarki, położnej oraz ratownika medycznego
– osobom spoza Unii Europejskiej. Zgodnie z wprowadzo-
nymi przepisami w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia
epidemicznego lub stanu epidemii osobie, która uzyska-
ła kwalifikacje lekarza lub lekarza denty-
sty poza teryto-
rium państw członkowskich Unii Europejskiej, można
udzielić zgody na wykonywanie zawodu oraz przyznać
warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza albo
warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza den-
tysty. Wystarczy, by osoba ta miała pełną zdolność do
czynności prawnych, stan zdrowia pozwalający na wy-
konywanie zawodu lekarza albo lekarza denty-
sty, wykazywała nienaganną postawę etyczną i posiadała dyplom
lekarza, lekarza denty-
sty potwierdzający ukończenie co
najmniej pięcioletnich studiów.

W tym miejscu należałoby wspomnieć, że do tej pory
cudzoziemiec, chcąc wykonywać zawód na terenie Polski
był zobowiązany, m.in. zdać LEK lub L-DEK, ukończyć
staż podyplomowy, a także władać językiem polskim. Te
wymogi nadal obowiązują w przypadku, gdy stara się on
o prawo wykonywania zawodu, natomiast w przypadku
warunkowego prawa wykonywania zawodu zostały bar-
dzo ograniczone, pomimo iż w praktyce w obu przypad-
kach chodzi o to samo, tj. o prawo leczenia pacjentów.

Analizując przepisy wprowadzone ustawą z dnia 27 li-
stopada 2020 r., nie można oprzeć się wrażeniu, że usta-
wodawca otworzył drzwi do zawodu lekarzom spoza
Unii Europejskiej, szerzej niż wynikałoby to z potrzeb
związanych z epidemią. Świadczy o tym chociażby fakt,
że warunkowe prawo wykonywania zawodu zachowu-
je ważność przez okres pięciu lat od dnia jego wydania,
a na jego podstawie, za zgodą Ministra Zdrowia, osoba
spoza Unii Europejskiej może pracować w każdym pod-
miocie wykonującym działalność leczniczą, niekoniecz-

nie przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowot-
nych pacjentom chorym na COVID-19.

Ustawodawca ustalił procedurę uzyskiwania warun-
kowego prawa wykonywania zawodu. Jej pierwszym eta-
pem jest uzyskanie zgody na wykonywanie zawodu, którą
wydaje Minister Zdrowia, w formie decyzji adminis-
tracyjnej. W decyzji określa się, czy dana osoba może wy-
konywać zawód samodzielnie czy pod nadzorem leka-
rza albo lekarza denty-
sty posiadającego specjalizację II
stopnia lub tytuł specjalisty.

Jeżeli lekarz lub lekarz denty-
sta będący cudzoziem-
cem posiada dyplom potwierdzający uzyskanie tytu-
łu specjalisty, może uzyskać zgodę na samodzielne wy-
konywanie zawodu, z zastrzeżeniem, że przez pierwsze
trzy miesiące zatrudnienia na terytorium Polski będzie
zobowiązany wykonywać go pod nadzorem odpowied-
nio lekarza albo lekarza denty-
sty posiadającego specja-
lizację II stopnia lub tytuł specjalisty.

W przypadku, gdy cudzoziemiec nie posiada dyplo-
mu specjalisty, zgoda Ministra Zdrowia może dotyczyć
jedynie wykonywania zawodu pod nadzorem.

Na podstawie decyzji Ministra Zdrowia okręgowa ra-
da lekarska przyznaje warunkowe prawo wykonywania
zawodu oraz wydaje dokument Prawo wykonywania za-
wodu lekarza albo Prawo wykonywania zawodu lekarza
denty-
sty, co następuje w terminie 7 dni od dnia otrzy-
mania decyzji i wpisuje lekarza albo lekarza denty-
stę na listę członków.

Lekarz albo lekarz denty-
sta posiadający warunkowe
prawo wykonywania zawodu nie może na terytorium
Polski wykonywać zawodu poza podmiotem leczniczym
przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pa-
cjentom chorym na COVID-19 i jest zobowiązany zgło-
sić Ministrowi Zdrowia w terminie 7 dni od dnia roz-
poczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych, w jakim
podmiocie leczniczym i na jaki okres został zatrudnio-
ny. Brak dokonania zgłoszenia może stanowić podstawę
do cofnięcia zgody.

Jednak jak wcześniej wskazałam, na wniosek cudzo-
ziemca Minister Zdrowia może udzielić zgody na wy-
konywanie zawodu przez lekarza albo lekarza denty-
stę również poza podmiotem leczniczym przeznaczonym
do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom cho-
rym na COVID-19. W takiej decyzji wskazuje się pod-
miot, w którym dany lekarz lub lekarz denty-
sta będzie
wykonywać zawód.

Jak wynika z powyższego, ustawa zmieniająca znacznie rozszerzyła kompetencje Ministra Zdrowia, kosztem kompetencji okręgowych izb lekarskich, bo to de facto Minister decyduje, kto dostanie warunkowe prawo wykonywania zawodu. Rodzi się wątpliwość, czy takie rozwiązanie nie czyni sprawowania pieczy nad należytych i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza zadaniem czysto iluzorycznym? Do m.in. tego zadania wszak powołane zostały izby lekarskie? Tym bardziej, że w przypadku, gdy okręgowa rada lekarska nie przyzna prawa wykonywania zawodu w terminie 7 dni od otrzymania decyzji Ministra Zdrowia lub gdy odmówi jego przyznania, lekarz lub lekarz dentyista, któremu Minister Zdrowia wydał decyzję, może wykonywać zawód na podstawie i w zakresie określonym w tej decyzji do dnia prawomocnego zakończenia postępowania w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu.

Duże wątpliwości budzi też kwestia, jak ma być wykonywany nadzór nad lekarzem spoza Unii Europejskiej, sprawowany przez lekarza posiadającego specjalizację lub

specjalizację II stopnia, a także ewentualna odpowiedzialność tego lekarza za działania lub zaniechania nadzorowanego lekarza. Nie można pominąć również problemu odpowiedzialności prawnej samych podmiotów wykonujących działalność leczniczą zatrudniających lekarzy cudzoziemców. Jeśli chodzi zaś o odpowiedzialność dyscyplinarną, to zgodnie z art. 53 ustawy o izbach lekarskich, członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, ale do czasu, kiedy nie przestaną być członkami izby, a to każdorazowo nastąpi po pięciu latach.

To tylko część problemów związanych z nowymi przepisami. Zapewne pojawi się ich więcej, gdy przepisy będą stosowane w praktyce.

Katarzyna GODLEWSKA
Radca prawny WMIL w Olsztynie
(przedruk z biuletynu *Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej* nr2/21)

SPECJALIZACJE (NIE) DLA LEKARZY DENTYSTÓW W 2021 ROKU

Od lat problemem dla lekarzy dentyistów chcących zdobyć specjalizację jest niedobór miejsc szkoleniowych. Osobnym tematem jest ich dostępność w ramach etatów rezydenckich, których liczba w każdej sesji określana jest przez ministra zdrowia. Liczbę miejsc pozarezydenckich natomiast przyznaje wojewoda.

W tegorocznej sesji padł chyba niechlubny rekord liczby miejsc rezydenckich dla lekarzy dentyistów. W całym kraju w tegorocznej sesji wiosennej zostało przyznanych ich zaledwie... trzydzieści. W ramach chirurgii stomatologicznej przyznano cztery miejsca [...]*, w ramach ortodoncji trzy [...], w periodontologii zero, w protetyce stomatologicznej siedem [...], stomatologii dziecięcej osiem [...] oraz w stomatologii zachowawczej z endodoncją osiem [...]. Liczba miejsc na szkolenia w ramach etatu rezydenckiego dla lekarzy dentyistów tym samym nie przekroczyła 2% wszystkich miejsc przyznanych dla lekarzy. Wiosną 2020 r. miejsc szkoleniowych w trybie rezydentur dla lekarzy dentyistów przyznanych przez ówczesnego ministra zdrowia było 112, co stanowiło 5,74% wszystkich przyznanych miejsc.

Nabór na specjalizację odbywa się aktualnie poprzez internetowy System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). Aby złożyć wniosek, należy zalogować się do systemu po uprzedniej weryfikacji tożsamości: elektronicznie lub osobiście w odpowiedniej Izbie Lekarskiej. Pierwszy nabór na postępowanie kwalifi-

fikacyjne odbywa się od 1 do 28 lutego, natomiast drugi od 1 do 30 września. W postępowaniu kwalifikacyjnym w przypadku lekarza lub lekarza dentyisty, który chce rozpocząć specjalizację w trybie rezydentury, pod uwagę brany jest wynik LEK lub LDEK. W przypadku lekarza/lekarza dentyisty, który chce rozpocząć specjalizację w trybie pozarezydenckim (jeżeli posiada odpowiednią specjalizację I/II stopnia lub tytuł specjalisty), są to: wynik egzaminu z zakresu odpowiedniej specjalizacji I/II stopnia albo PES, albo wynik LEK/ LDEK oraz punkty dodatkowe (za posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych, odpowiedni okres zatrudnienia w jednostce akredytowanej zgodny z kierunkiem specjalizacji, publikacje w czasopiśmie naukowych zamieszczonych w wykazie czasopism sporządzonym przez ministra właściwego do spraw nauki do potrzeb oceny parametrycznej jednostek naukowych). Szkolenie specjalizacyjne obecnie może się odbywać w jednym z trzech modułów: podstawowym, specjalistycznym lub jednolitym. Ukończenie szkolenia specjalizacyjnego potwierdza kierownik specjalizacji, pod względem formalnym weryfikuje wojewoda, a pod względem merytorycznym – konsultant krajowy. Oczywiście szkolenie kończy się Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym, na który lekarz/lekarz dentyista zgłasza się poprzez system SMK, na egzamin w sesji jesiennej do 31 lipca, a w sesji wiosennej do 31 grudnia.





W bieżącej sesji Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi ogłosiło następujące terminy egzaminów: z protetyki – 11 marca 2021 r., z ortodoncji – 19 marca 2021 r., z chirurgii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej – 22 marca 2021 r., stomatologii dziecięcej – 7 kwietnia 2021 r., periodontologii – 19 kwietnia 2021 r. oraz stomatologii zachowawczej z endodoncją – 29 kwietnia 2021 r. Terminy te mogą ulec zmianie. W tej chwili zawieszona jest też część ustna egzaminu. Jednocześnie ze względu na trwającą pandemię, minister zdrowia wydłużył czas trwania sesji wiosennej PES do 31 maja 2021 r. Względnymi epidemiologicznymi tłumaczone jest również przesunięcie do 31 grudnia 2022 r. terminu uruchomienia bazy pytań PES oraz innych rozwiązań z tym związanych, o których mowa w art. 1 pkt 40 ustawy z 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291). Natomiast znowelizowane przepisy dotyczące Lekarskiego

i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego w odniesieniu do bazy pytań weszły w życie zgodnie z założeniami. Baza pytań została opublikowana 15 października 2020 r. Jednocześnie minister zdrowia ogłosił, że zgodnie z nowelizowanym art. 16j ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry od stycznia 2021 r. wdrażany jest nowy system finansowania i rozliczania rezydentur. Środki finansowe na pokrycie wydatków związanych z zatrudnianiem rezydentów, będą przekazywane na podstawie wniosków podmiotów prowadzących rezydenturę, składanych w Systemie Informatycznym Rezydentur (SIR) i mają nie wpłynąć na wysokość świadczeń wypłacanych rezydentom.

Patrycja PROC

Źródła: www.gov.pl; www.infodent24.pl; www.wil.org.pl

* - skrót pochodzi od Redakcji polskiej – JBL.

(przedruk z „Panaceum” nr 3/21)

GODNOŚĆ JEST WARTOŚCIĄ, KTÓRĄ TRUDNO ZMIERZYĆ

Prof. dr hab. Aleksander Woźny odpowiada na pytania uczestników webinarium „Słowa, które leczą. Rzecz o nieznanej w Polsce medycynie narracyjnej”, które odbyło się 19 stycznia 2021 r.

W końcowej części prowadzonego przeze mnie w styczniu tego roku webinarium dla lekarzy, które zorganizowała Komisja Kształcenia DRL, jeden z jego uczestników, napisał na czacie słowa, które sprawiły mi ogromną satysfakcję. Otóż osoba posługująca się inicjałami E.M. napisała, że webinarium „przypomina o istocie spotkania lekarza z pacjentem na płaszczyźnie relacji i zrozumienia”. I o to rzeczywiście tu chodzi. Ale na naszym czacie pojawiały się przede wszystkim pytania. Pokazały one, jak mocno problemy stawiane w centrum przez medycynę narracyjną nurtują środowiska lekarskie, nawet gdy samo określenie „medycyna narracyjna” pozostaje nierozpoznane (nagranie webinarium zostało umieszczone na stronie: www.medycyna-narracyjna.pl. Tam Czytelnik znajdzie także teksty mojego autorstwa na temat medycyny narracyjnej). Nie na wszystkie pytania w czasie wykładu zdążyłem odpowiedzieć, a ponieważ każde z nich miało wielką wagę, udało się, dzięki przychylności redakcji „Medium”, uzyskać ponownie miejsce na łamach lekarskiego czasopisma. Można więc uznać, że odtworzenie czatu, który towarzyszył internetowemu seminarium o nieznanej w Polsce medycynie narracyjnej, jest w pewnym sensie kontynuacją zarówno styczniowego webinarium, jak i przeprowadzonej ze mną rozmowy

przez red. Magdalenę Janiszewską, zamieszczonej w poprzednim numerze „Medium”.

Uczestnik webinarium: W jaki sposób zdefiniować najkrócej medycynę narracyjną? Czy nie jest to tylko dodatkowa nazwa, przypomnienie znanych od wieków kwestii komunikacji w medycynie? Na czym precyzyjnie polega nowatorstwo tego kierunku?

Prof. dr hab. Aleksander Woźny: Na to pytanie trudno jest udzielić lakonicznej odpowiedzi. Może zacznę zatem od przypomnienia swoich warsztatów prowadzonych dla lekarzy i pielęgniarek związanych z opieką paliatywną. Podczas liczącego niecałe dwie godziny spotkania dwie uczestniczki zdecydowały się opowiedzieć o swoich najbardziej traumatycznych przeżyciach, jakich doświadczyły w liczącej po kilkadziesiąt lat praktyce klinicznej. Były to narracje o śmierci dziecka i młodej kobiety. Obie bardzo dramatyczne i obie przemilczane przez dziesiątki lat, zarówno wobec osób najbliższych, jak i grona kolegów z pracy. Dopiero na naszych warsztatach doszło do ich odblokowania. Okazało się to możliwe po wspólnej lekturze poruszającego utworu literackiego o młodej dziewczynie umierającej na raka piersi. Ten wiersz otworzył zasklepione w pamięci i zamknięte na cztery spusty narracje. Pokazując w czasie warsztatów, na przykładzie samych medyków, jak literatura może otwierać opowieści pacjentów, doświadczyliśmy wspólnie jednego ze sposobów przywracania chorym utraconej podmiotowości. Bo właśnie poprzez literaturę, poprzez interpretowanie jej nierzadko ukrytych sposobów mówienia o ludzkich

doznaniach i uczuciach medycyna narracyjna przybliża umiejętności współodczuwania w cierpieniu, umiejętności nazywania i rozumienia kodów, jakimi posługują się chorzy.

Mówiąc bardziej uczonym językiem, można powiedzieć, że medycyna narracyjna pomaga w przywracaniu pacjentowi zagrożonej chorobą tożsamości, a także poczucia godności poprzez współtworzenie intersubiektywnej relacji lekarza z pacjentem, która rodzi się w procesie opowiadania-słuchania.

Uczestnik webinarium: Czy nie można wprowadzić dodatkowych testów dla kandydatów na studia medyczne, sprawdzających ich stopień empatii oraz innych cech charakterologicznych, potwierdzających potencjał na bycie dobrym lekarzem? Czy medycyna narracyjna o tym myśli?

A.W.: To bardzo interesujący pomysł, ale być może zawiera się w nim skryte przeświadczenie, że człowiek się nie zmienia, że nie jest w stanie nauczyć się pewnych umiejętności, takich jak okazywanie empatii. A przecież „przebudzenia” są czymś bardzo istotnym w życiu każdego z nas. Wierzę głęboko, że doświadczają ich lekarze, może nawet częściej niż przedstawiciele innych zawodów.

Jeśli natomiast chodzi o modyfikacje związane ze studiowaniem medycyny, to także widziałbym potrzebę dokonania tu głębokich zmian, poczynając od wprowadzania perspektywy, którą medycyna narracyjna określa jako *illness*. Chodzi o umiejętność spoglądania na chorobę z „perspektywy pacjenta”, o wsłuchiwanie się z uwagą w jego odczucia i niepokoje, które są niewyrażalne w języku biomedycyny. To podejście jest niesprowadzalne do *disease*, do „perspektywy lekarza”, redukującej często człowieka do jednostki chorobowej – powtarzalnej i pozbawiającej podmiotowości.

Na wielu uniwersytetach amerykańskich, poczynając od Columbia University, medycyna narracyjna jest wprowadzana do programu studiów, istnieje także możliwość pisania prac dyplomowych z tej właśnie dziedziny. Coraz większą popularnością cieszą się również podyplomowe studia z medycyny narracyjnej, adresowane nie tylko do przedstawicieli zawodów medycznych.

Uczestnik webinarium: Jaka jest skala stosowania medycyny narracyjnej w Stanach Zjednoczonych, i jakich placówek głównie dotyczy?

A.W.: Częściowo odpowiedziałem na to pytanie, ustosunkowując się do poprzedniego. Wszystko zaczęło się w Columbia University, nowojorskiej uczelni, która należy do tzw. Ligii Bluszczonej, gromadzącej najstarsze, najbardziej prestiżowe uniwersytety amerykańskie. Początkiem wszystkiego było seminarium zorganizowane w 2000 r. na tymże uniwersytecie, a następnie studia magisterskie z medycyny narracyjnej, w czasie których studenci medycyny poznawali podstawy z zakresu teorii literatury, filozofii i kulturoznawstwa. To dzięki nim możliwe było organizowanie warsztatów na oddziałach

onkologii, opieki pourazowej i fizjoterapii. Z czasem praktyka z zakresu medycyny narracyjnej objęła wiele amerykańskich szpitali i klinik dla weteranów dotkniętych stresem pourazowym, jakiego doznawali w wyniku działań wojennych. Od kilku lat prowadzone są akademickie programy z medycyny narracyjnej na wszystkich kontynentach, od Buenos Aires po Tokio i Kioto. Bardzo intensywnie dyscyplina ta rozwija się w państwach skandynawskich i we Włoszech, gdzie poczynając od czerwca ubiegłego roku prowadzone są webinaria, umożliwiające łagodzenie skutków pandemii koronawirusa i przeciwdziałające wypaleniu zawodowemu medyków.

Uczestnik webinarium: Czy istnieje jakieś zbiorcze kompendium wiedzy na temat medycyny narracyjnej?

A.W.: Takim źródłem może być zbiór artykułów amerykańskich literaturoznawców, filologów i lekarzy zgromadzonych wokół Columbia University Medical Center (przedstawicieli medycyny narracyjnej), opublikowany u nas w ubiegłym roku w Krakowie. Są tam m.in. teksty dr Rity Charon z Columbia University, literaturoznawczyni i lekarki, uznawanej za matkę chrzestną medycyny narracyjnej. Publikacja ta powstawała ze wsparciem zespołu Sindy Smalletz (z Columbia University), z którą spotkałem się podczas sympozjum z medycyny narracyjnej organizowanego trzy lata temu na Uniwersytecie Warszawskim. Książka z referatami z tej właśnie konferencji została opublikowana w 2019 r. Jest także moja książka pt. „Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej” z 2020 r. (link do bezpłatnego egzemplarza: http://www.wuwr.com.pl/upfiles/products/Wozny_Scenariusze_CNS_SxAYL.pdf).

Uczestnik webinarium: Jakie są dowody empiryczne przemawiające za medycyną narracyjną?

A.W.: Medycyna narracyjna jest dyscypliną humanistyczną, trudno tu zatem o dowody w tradycyjnym rozumieniu empirii. Jej rezultaty są natomiast potwierdzane w doświadczeniu choroby, w doświadczeniu pacjentów i lekarzy. I właśnie te świadectwa stanowią „materiał empiryczny” medycyny narracyjnej. Można je znaleźć w każdym z opracowań poświęconych medycynie narracyjnej, pojawia się ich także bez liku na stronach internetowych.

Uczestnik webinarium: Jak się mierzy poziom efektywności medycyny narracyjnej?

A.W.: To pytanie pokrywa się w dużym stopniu z poprzednim, dodam więc tylko, że uwzględnianie przez lekarzy perspektywy *illness*, jako niezbędnego dopełnienia biomedycznej perspektywy *disease*, wzmacnia efektywność terapii i przywraca pacjentowi poczucie godności. A godność jest wartością, którą raczej trudno zmierzyć.

Uczestnik webinarium: Czy można stwierdzić, że w medycynie narracyjnej narratorem ma być głównie pacjent, a niezbędną rolą lekarza jest wysłuchać go z empatią i zrozumieniem?

A.W.: Tak o to chodzi. To stwierdzenie, że narratorem ma być przede wszystkim pacjent, jest słuszne. Cho-



dzi o to, żeby go wysłuchać i zrozumieć, a prowadzą do tego trzy kroki. A więc, po pierwsze, uwaga, wysłuchanie z najwyższą uwagą, pełne skupienie na tym, co pacjent ma do przekazania, czym się chce podzielić. Drugi krok to wyrażanie, reprezentacja, trzecim jest empatia. Etap drugi polega na tym, żeby słowo mówione osoby chorej zapisać, aby zapisali je ci, którzy się nią opiekują. Nabiera się wówczas do wypowiedzi dystansu, pojawia się pełniejsze jej zrozumienie. Zapis jest bowiem utrwalaniem tego, co ulotne. Dlatego tak istotne jest wyrażenie czyichś obaw, także tych własnych, w formie pisma. „Zapis” może przybierać także i inne formy, bowiem medycyna narracyjna sięga po różne środki wyrazu. W czasie pandemii coraz więcej lekarzy, nie tylko w Stanach Zjednoczonych, odwołuje się do takich form utrwalenia przeżyć związanych z chorobą i cierpieniem, jak rysunki, obrazy, a nawet plakaty czy memy. Otóż medycyna narracyjna stwarza szanse „zapisania” cierpienia nie tylko pacjentom, ale i samym lekarzom, a w konsekwencji daje im możliwość zapanowania nad wypaleniem zawodowym. Ci, którzy są głęboko zaangażowani w walkę z pandemią, odczuwają bowiem coraz częściej potrzebę ekspresji, utrwalenia emocji i przemyśleń – przelewają je na papier, w postaci tekstów literackich, bądź tworzą różnicowane formy plastyczne.

Uczestnik webinarium: Czy na taką postać porozumienia między lekarzem a pacjentem powinno się nakładać konkretne działanie medyczne?

A.W.: Rozumieniem to „konkretne działanie medyczne” jako działanie polegające na tych formach aktywności, które leczą to, co w medycynie narracyjnej określa się mianem *desease*, czyli to, co jest rodzajem naprawy ciała, które przestaje funkcjonować. Jak pamiętamy medycyna narracyjna tę tradycyjną formę terapii dopełnia perspektywą *illness*, perspektywą pacjenta. Obie się łączą i nie ma tu takiej relacji, która polegałaby na następności i uprzedniości. Te dwie perspektywy mogą się wzajemnie dopełniać. Im głębiej wchodzimy w to, co stanowi subiektywne doświadczenie osoby chorej, tym bardziej jesteśmy w stanie jej pomóc w sposób biomedyczny. Te dwie perspektywy po prostu się wzajemnie uzupełniają. I tu pojawia się trzeci z omawianych etapów, niezwykle istotny, mianowicie empatia.

Uczestnik webinarium: Nie zgadzam się, że empatia do całego świata jest empatią fałszywą. Takie podejście oznaczałoby, że empatia jest wybiórcza, bo zależy od czegoś czy od kogoś.

A.W.: Widzę w tym stwierdzeniu głęboką troskę o to, aby właśnie nie traktować empatii w sposób wybiórczy, aby nie ograniczać się w okazywaniu empatii do osób nam najbliższych. Zgadzam się z tym apelem w stu procentach, z tym jednak, że jeśli mamy empatię do całego świata, jeśli mówię sobie rano, gdy wstaję z łóżka: kocham całą ludzkość, a wieczorem dopowiadam: tak, mogę z czystym sumieniem powiedzieć, że ją kocham, ale ja-

koś nie było okazji, żeby to okazać konkretnej osobie, to taka empatia jest mało wiarygodna. Bo prawdziwa empatia to, przywołuję określenie Olgi Tokarczuk, współdzielenie czyjegoś losu. Współdzielenie nawet wówczas, a może szczególnie wtedy, gdy staje się on losem tragicznym, losem okrutnym. Aby jednak wspólnie przeżywać dramatyczny los z osobą, która go doświadcza, musimy ją dobrze poznać. I dopiero wówczas, gdy ten los jest nam znany, gdy potrafimy rozpoznać, co w tym losie jest najbardziej dramatyczne, podejmujemy decyzję, w którym momencie wchodzimy w tę zranioną narrację, jaką nam się przekazuje, jaką nam się opowiada. Trudno założyć, że można wejść w ten właśnie sposób w historię ludzkości i żywić empatię do wszystkich. Prawdę mówiąc, nie wyobrażam sobie tego, bo ludzkie historie, a zwłaszcza historie chorób są konkretne, są nasycone emocjami, wrażliwością, a przede wszystkim podmiotowością, która jest podmiotowością konkretnej, chorej osoby. Są to narracje „ranliwe”, jak mawia kanadyjski socjolog medycyny, Arthur Frank. Wymagają więc bardzo indywidualnego podejścia.

Uczestnik webinarium: Czy medycyna narracyjna ma pełnić rolę psychoterapii dla lekarza i pacjenta?

A.W.: O pacjentach było już wiele, skupię się zatem teraz na lekarzach, aby pokazać jeszcze jedno oblicze medycyny narracyjnej. Przez wielu lekarzy psychoterapeuta jest dziś traktowany jak panaceum, jak środek na każde załamanie, na każdy stres. Zławsza w czasie pandemii. Otóż w kręgach medyków narracyjnych, nie tylko w Stanach Zjednoczonych, organizowane są regularnie grupowe, cykliczne spotkania, w których uczestniczą lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, całe zespoły medyczne. Otóż te zespoły w trakcie cyklicznych warsztatów pochylają się nad wybranymi przez moderatora/kulturowego suflera tekstami literackimi, i czytają je na głos, a następnie omawiają ją, wychytując w nich to, co daje im szansę postawienia na nowo ważnych pytań, na jakie w pracy, w życiu zawodowym nie ma czasu. W czasie tych wspólnych spotkań rodzi się stopniowo coś nowego, coś, co łączy ludzi, którzy dotychczas postrzegali się jedynie w kategorii przedstawicieli swoich specjalności. Coś, co pozwala przezwyciężyć największy stres i przeciwdziała zawodowemu wypaleniu.

Uczestnik webinarium: Czy wielkiego humanisty prof. Andrzeja Szczeklika nie należy traktować jako prekursora medycyny narracyjnej?

A.W.: Tak, zdecydowanie tak. I na potwierdzenie tych słów przywołuję wypowiedź Profesora z książki o uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki: „Chory przychodzi ze swoim bólem, zgryzotą, cierpieniem, trwogą i woła o pomoc. To wołanie, oczywiście, rzadko jest dosłowne. [...] chory opowiada. Trzeba słuchać, wysłuchać opowieści. [...] Dla opowiadającego ta historia to rzecz pierwszorzędna. A słuchający niech pamięta, iż jedno z tych opowiadań stanie się jego własnym [...]”. Czyż trzeba doda-

wać, że słowa te nabierają szczególnego znaczenia dziś, w czasie naszej zarazy?

Prof. dr hab. Aleksander Woźny - kierownik Zakładu Medioznawstwa, Instytut Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej, Uniwersytetu Wrocławskiego, antropolog kultury, literaturoznawca, filozofii i medioznawca. W 2020 r.

wydał autorską książkę pt. „Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej” (link do bezpłatnego egzemplarza: http://www.wuwr.com.pl/upfiles/products/Wozny_Scenariusze_CNS_SxAYL.pdf).

(przedruk z „Medium” nr 3/21)

O E-REWOLUCJACH W MEDYCYNIE ... BEZPIECZEŃSTWO DANYCH – W KONTEKŚCIE PROWADZENIA EDM

Zabezpieczenie danych systemów informatycznych to temat, który niejednej osobie prowadzącej placówkę medyczną kojarzy się pewnie z bólem głowy i godzinami, jak nie dniami potężnego stresu. Powodem takiej sytuacji jest chwila, w której właściciel placówki dowiaduje się, iż dane dotyczące historii zdrowia i choroby pacjentów są uszkodzone. Gwoździem do trumny może być fakt, iż nikt wcześniej nie przewidział konieczności wykonania, bądź nie zweryfikował poprawności tworzonej kopii danych. Okazuje się wtedy, że placówka medyczna prowadząca EDM (Elektroniczną Dokumentację Medyczną) nie jest w stanie dalej pracować w zakresie rejestracji, pobrania opłat od pacjenta, przeprowadzenia badania w gabinecie czy nawet wystawienia E-Recepty bądź E-Skierowania. Z doświadczenia stwierdzam, iż takie sytuacje się zdarzają i nie są to sytuacje marginalne.

Co należy zatem zrobić żeby uniknąć takich zdarzeń? Zapewne wykonywać kopie bazy danych. Jednak czy to wszystko? Zabezpieczenie danych trzeba podzielić na dwa zakresy. Pierwszy z nich to zabezpieczenie przed kradzieżą danych lub ich uszkodzeniem w wyniku świadomego włamania do systemu informatycznego, bądź kradzieży urządzeń, na których dane są przechowywane. Drugi to zabezpieczenie danych przed ich uszkodzeniem w wyniku awarii serwera, uszkodzenia dysków. Obydwa obszary powinny być równolegle prowadzone.

Zabezpieczenie danych przed niepowołanym dostępem, uszkodzeniem bądź kradzieżą

Zabezpieczenie danych powinno rozpoczynać się w pomieszczeniu, w którym stoi serwer, szukając analogii z medycyną jest to przecież serce informatyczne placówki medycznej. Pomieszczenie to powinno być wydzielone, służące tylko celom obsługi infrastruktury teleinformatycznej. Powinno być również chronione. Zaczę od trywialnego stwierdzenia, że należy stworzyć serwerownię, do której drzwi będą zamykane na klucz. Idealne rozwiązanie to zamek szyfrowy z możliwością obsługi i prowadzenia, np. za pomocą kodów lub kart, monitoringu oraz rejestru wejścia/wyjścia. Co powinna jeszcze

zawierać serwerownia? Pomieszczenia zamknięte bardzo szybko się ogrzewają. Dodatkowo pracuje w nim kilka, a nawet kilkanaście urządzeń wytwarzających znaczną ilość ciepła. Zasadnym staje się w sytuacji przekroczenia, nawet okresowego, temperatur zalecanych przez producenta sprzętu komputerowego, zastosowanie klimatyzatora. Co ryzykujemy jeżeli nie spełnimy tego warunku? Sprzęt komputerowy może się przegrzać i ulec uszkodzeniu. Innym krytycznym elementem w serwerowni może być pożar bądź zalanie. I o ile pożar można uważać za rzecz w miarę realną – stosujemy w tej sytuacji monitoring PPOŻ z ewentualnymi systemami gaszenia - to zalanie nie jest już w wielu sytuacjach brane pod uwagę. Kiedy możemy mieć z nim odczynienia? Wystarczy, że w pomieszczeniu mamy – bądź przez pomieszczenie prowadzone są rury wodno-kanalizacyjne. Wystarczy, że nasza serwerownia jest w piwnicy, a w chwili ulewy, z czym mieliśmy kilkakrotnie do czynienia, zalanie serwerowni jest wielce prawdopodobne. Nadmienmy, że w takiej sytuacji uszkodzenie urządzeń oraz utrata danych jest praktycznie pewna. Kolejnym elementem zabezpieczenia serwerowni jest zabezpieczenie przed zanikiem napięcia elektrycznego oraz zabezpieczenie przeciwprzepięciowe. Patrząc z perspektywy ostatnich zmian klimatycznych, ilości burz, staje się ono nieodzownym elementem każdej serwerowni.

Reasumując, jak fizycznie zabezpieczyć serwerownię? Poprzez jej realizację w wydzielonym pomieszczeniu, które będzie monitorowane oraz wyposażonym w odpowiednie, w zależności od zagrożeń, przynajmniej w minimalnym zakresie, systemy monitoringu oraz powiadamiania, bądź systemy reagujące na zagrożenia.

Czy można ukraść, zniszczyć dane bez fizycznego dostępu do serwera? Tak, oczywiście. W dobie globalnej sieci Internet jest to jak najbardziej realne. Pamiętajmy, iż wirus komputerowy to taki sam program jak każdy inny, napisany natomiast do osiągnięcia zgoła innego, często destrukcyjnego celu. Nadmienię w tym miejscu, iż zająć się z pisania wirusów oraz przeprowadzania prób wła-



mań do sieci i na serwery stanowią na wielu uczelniach standardowy element zajęć dydaktycznych. Można zapytać po co się tego uczy? Odpowiedź jest oczywista. Tylko znając możliwości i sposoby dokonania włamań, można skutecznie stosować mechanizmy ochrony systemu informatycznego. Od czego powinniśmy zacząć w tym przypadku? Zastanówmy się, jakie mamy hasła do urządzeń aktywnych – przede wszystkim routerów lub firewalli. Czy nie jest to hasło typu admin lub 12345678. Jednym z najważniejszych elementów jest zaufanie i kompletność wiedzy posiadanej z zakresu bezpieczeństwa systemów IT przez informatyka obsługującego placówkę medyczną. Inną kwestią jest również przeprowadzenie niezależnego audytu bezpieczeństwa przez zewnętrzną firmę informatyczną – świadczącą tego typu usługi, oraz - co najważniejsze - wdrożenie i stosowanie procedur, które zostaną przez taką firmę zaproponowane.

W pierwszej części artykułu poruszyłem zagadnienia związane z zabezpieczeniem danych na poziomie, fizycznym. Określiłbym je mianem bezpiecznej serwerowni. Drugim nie mniej ważnym elementem jest polityka tworzenia kopii zapasowych oraz ich monitorowanie. W zasadzie, kolokwialnie rzecz ujmując, użytkowników systemów informatycznych możemy podzielić na tych, którzy kopie już wykonują oraz tych, którzy zaczną je wykonywać. Kiedy zaczną? Po pierwszej utracie danych. Zaczniemy od stwierdzenia czym jest kopia danych. Kopia to zespół danych umożliwiających spójne otworzenie informacji, które uległy uszkodzeniu. Co zatem powinniśmy chronić i kopiować? Przede wszystkim powinniśmy wykonywać kopie baz danych systemów, w których przetwarzamy i gromadzimy dane osobowe i dane w zakresie EDM. Jak często wykonywać kopie? Cóż, odpowiedź na to pytanie nie jest oczywista. Zależy ona od ilości przyrostu danych na jednostkę czasu oraz zasobów służących do gromadzenia kopii. W jednej placówce być może kopie należy wykonywać co godzinę, W szpitalu może istnieć konieczność wykonywania kopii co kilka minut. Pamiętajmy jednak, że wykonanie kopii to dopiero początek zapewnienia bezpieczeństwa danych. Kolejny etap to upewnienie się, że za pomocą tych kopii można odtworzyć dane w stanie spójnym, gotowym do pracy. Zasadnym jest zatem pytanie: w ilu placówkach medycznych w ostatnim tygodniu informatyk próbował odtwarzać dane z kopii? Ilu przełożonych otrzymało bądź otrzyma w tym tygodniu raport z takiego odtwarzania? Posiadając kopie, które są poprawne powinniśmy je bezpiecznie przechowywać. W tym miejscu należy powiedzieć, że tym miejscem niekoniecznie musi, wręcz czasami nie powinna być serwerownia. W dobie Internetu możemy śmiało bezpiecznie przenieść kopie bazy do innej lokalizacji, na inne urządzenie. Przy takim założeniu nawet w chwili spalenia się serwerowni dane będą bezpieczne. Po prostu sięgamy po nie do urządzeń, których pożar / powódź / kradzież nie dotknęły. Możemy wtedy odtwo-

rzyć dane z takiej kopii, oraz stosunkowo szybko, w czasie najczęściej kilkunastu godzin, uruchomić serwer wraz z produkcyjną wersją działającego systemu. Co jednak w chwili, kiedy nie możemy mieć tyle czasu? Co jeżeli nie możemy działać bez dostępu do danych, a wyliczony czas uruchomienie serwera produkcyjnego jest nie do zaakceptowania? Metodą jest uruchomienie serwera backupowego, który pracuje równolegle z serwerem produkcyjnym i odtwarza kopie baz danych wykonanych przez maszynę produkcyjną. Obsługa awarii może ograniczać się wówczas do przepięcia kabla sieciowego.

Jakie zabezpieczenia wybrać? Czym się kierować przy wyborze zastosowanych mechanizmów? Proponuje zawsze określić parametry brzegowe. Określmy czas, jaki możemy funkcjonować bez dostępu do danych, określmy częstotliwość wykonania kopii, sposób oraz metodykę ich wykonywania. Określmy również budżet, jaki chcemy przeznaczyć na zabezpieczenie danych. Odpowiedzmy sobie – w tym miejscu - poniekąd na pytanie. Ile te dane dla nas są warte? Po przeprowadzeniu takiej analizy określenie warunków akceptowalnych jest jak najbardziej możliwe.

A może outsourcing?

Dodawanie kolejnych zadań do wykonania w firmie stanowi nie lada wyzwanie dla placówek medycznych. Ma to również miejsce w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa danych. W przypadku placówek medycznych zasadne może być powołanie komórki informatycznej zatrudniającej specjalistów w tej dziedzinie. Czy jest to konieczne? Otóż nie. Coraz więcej placówek wydzielą poza strukturę firmy usługi, które nie stanowią trzonu ich działalności. Tak też może być w tym przypadku. W portfolio naszych usług posiadamy usługi pozwalające zagwarantować ciągłość jak również poprawność wykonania kopii oraz bezpiecznego ich przechowywania. Co więcej, wykonywane usługi w swoim zakresie obejmują również stworzenie dokumentacji jak i analizę procesów oraz przeprowadzanie audytów bezpieczeństwa. Dzisiejsze możliwości techniczne nie ograniczają się tylko do przechowywania kopii danych w chmurze. Na marginesie powinniśmy zadać pytanie: w chmurze czyli gdzie? W oparciu o wiedzę merytoryczną oraz nowe technologie można stworzyć kompletny, adekwatny do skali i wielkości placówki bezpieczny system IT.

Reasumując, kopia bazy danych to niekoniecznie powinien być pendrive noszony w kieszeni marynarki. Kopia nie powinna spokojnie dawać spać szefom placówek medycznych gdyż gdzieś tam jest zapisana i to informatyk nad tym panuje. Pod hasłem kopia danych powinna kryć się opisana procedura, zawierająca zespół reguł, jak również daleko idąca polityka czynności wykonywanych regularnie wraz z ich raportowaniem do zarządu bądź właściciela. Drugą możliwością jest zagwarantowanie placówce medycznej nieprzerwanej ciągłości pracy poprzez rozpoczęciem współpracy z firmą świadczącą te-

go typ usługi, na odpowiednim poziomie. Poziomie, który spowoduje, że nigdy nie będziecie Państwo placówką, w której podstawowy Core (leczenie pacjenta, wystawienie e-recepty, e-skierownia, rozliczenie z NFZ) nie będzie możliwy do zrealizowania z powodu kilku nałożonych na siebie fatalnych zbiegów okoliczności i zaniedbań.

Dariusz ZIOBRO

*Autor: Kierownik Działu Oprogramowania Medycznego w firmie MERIDO, specjalista w zakresie wdrażania systemów informatycznych w obszarze szpitali oraz przychodni. Adres e-mail: dziobro@merido.pl
Tel. kom : +48 728959530*

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie nr 12/20)

NIE TAKA BORELIOZA STRASZNA, JAK JĄ W MEDIACH MALUJĄ

Choroby odkleszczowe stały się prawdziwym postrachem ostatnich lat. Czy naprawdę każdy kontakt z kleszczem oznacza zagrożenie życia? Skąd wziął się nagły wysyp przypadków boreliozy? I dlaczego kleszczowe zapalenie mózgu może być groźniejsze od tej choroby? O tym z dr. n. med. Marcinem Czarneckim, asystentem z Katedry Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu rozmawia Maciej Sas.

Maciej Sas: *Sądząc po coraz liczniejszych doniesieniach prasowych, to każda wycieczka do lasu czy na łąkę oznacza nieodpowiedzialność zdecydowanie większą, niż wybranie się na front wojenny. Bo przecież w lesie czekają „straszne kleszcze, które mogą nas zabić”. Na-faszerowani takim przekonaniem ludzie trafiają do lekarza, nie kryjąc przy tym paniki.*

Dr n. med. Marcin Czarnecki: To prawda – taka panika jest, niestety, podtrzymywana przez media. Od kilku lat mamy do czynienia z modą na straszenie ludzi kleszczami i chorobami odkleszczowymi. Chociaż muszę od razu dodać, że od pewnego czasu obserwuję inny trend (może jest to spowodowane COVID-em i tym, że w tej chwili oczy mediów są zwrócone w inną stronę?): kleszcze stały się obecnie nieco mniej popularne.

M.S.: *Chorób odkleszczowych jest sporo – to wie każdy lekarz. Natomiast na plan pierwszy wysuwają się dwie: borelioza i odkleszczowe zapalenie mózgu. Pańskim zdaniem zagrożenie którą chorobą jest poważniejsze?*

M.Cz.: W mojej ocenie większym zagrożeniem dla zdrowia jest odkleszczowe zapalenie mózgu, ponieważ jest to choroba wirusowa, na którą niestety nie mamy leków. Zachorowań na KZM jest zdecydowanie mniej niż na boreliozę; średnio w Polsce raportowanych jest rocznie 12–13 tysięcy nowych przypadków boreliozy, druga z chorób zbiera mniejsze żniwo – mamy potwierdzanych kilkaset zachorowań na rok. Sądzę, że liczba zgłaszanych każdego roku przypadków boreliozy może być trochę „przeszacowana”, co wynika z pewnych pułapek systemu raportowania nowych zakażeń. Zdarzyć się mo-

że bowiem, że do lekarza zgłosi się pacjent po usunięciu kleszcza, w obawie przed zachorowaniem na boreliozę. Wizyta automatycznie jest traktowana jako porada w związku z zachorowaniem na boreliozę i przydzielany jest kod wg ICD-10: A69.2. Stąd, przynajmniej częściowo, może się brać jej nadrozpoznowalność.

Natomiast w przypadku kleszczowego zapalenia mózgu, jak sądzę, możemy podejrzewać, że skala problemu jest niedoszacowana. Dlaczego tak uważam? Proszę sobie wyobrazić taką sytuację: do szpitala został przyjęty pacjent z podejrzeniem zapalenia mózgu bądź zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. W toku diagnostyki wykonano punkcję lędźwiową i na podstawie wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego lekarz postawił rozpoznanie limfocytarnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Czynnikiem etiologicznym mogą być tu zarówno krętki, jak i wirusy. Wykonanie badań serologicznych w kierunku boreliozy nie nastęczało problemów. Natomiast całkiem do niedawna diagnostyka różnicowa wirusowych zapaleń opon rdzeniowo-mózgowych była trudna w sensie organizacyjnym. Dopiero od niedawna dostęp do takiej diagnostyki uległ znacznej poprawie. Dwa, trzy lata temu materiał pobrany od pacjenta – krew bądź płyn mózgowo-rdzeniowy, można było wysłać jedynie do kilku laboratoriów w kraju. Jestem przekonany, że wiele z oddziałów (neurologicznych czy zakaźnych), na które mógł trafić taki pacjent, nie posiadało możliwości szybkiej diagnostyki w kierunku KZM. Wreszcie, nawet gdy lekarz dostawał wynik potwierdzający, że ma pacjenta z kleszczowym zapaleniem mózgu, to i tak nie dysponował leczeniem przyczynowym. Trudności z dostępem do diagnostyki i brak leczenia celowanego z pewnością osłabiały motywację do ustalenia diagnozy/potwierdzenia KZM.

M.S.: *Zostawało więc jedynie leczenie objawowe?*

M.Cz.: Tak, często niezależnie od tego, jaki wirus wywołał chorobę. Ponieważ limfocytarne zapalenie opon i zapalenie mózgu mogą być powodowane między innymi przez wirusy z grupy Herpes, w zasadzie standardowo podawano acyklowir. Podsumowując, wyglądało

to tak: u chorego wykonywano punkcję lędźwiową. Jeżeli wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazywał na limfocytarne zapalenie opon m.r. bez dokładnego ustalenia wirusowego czynnika etiologicznego (bo i tak nie ma leczenia celowanego), chory był leczony między innymi acyklowirem – lekiem dostępnym na oddziale od ręki i to – dodajmy – lekiem w miarę bezpiecznym. Poza tym na wyniki badań w kierunku KZM trzeba było długo czekać.

M.S.: ...a stan pacjenta się pogarszał.

M.Cz.: Czasami lekarz dostał wynik badania w kierunku KZM-u, kiedy pacjent już dawno opuścił szpital, bo jego stan na tyle się poprawił, że możliwy był wypis do domu. Wszystko to sprawiało, że diagnostyka nie była właściwie prowadzona, a tym samym przypadki KZM nie były potwierdzane i raportowane. A tymczasem w Europie, w tym także u wszystkich naszych sąsiadów, obserwujemy stały, niepokojący wzrost takich właśnie zachorowań. Dlaczego bardziej obawiam się KZM niż boreliozy? Ponieważ niestety liczba zgonów z powodu KZM jest większa niż w przypadku boreliozy. Z powodu tej ostatniej, którą ludzie są tak bardzo straszeni, dotychczas na całym świecie potwierdzono zgon jedynie 8 osób. Wszystkie zejścia śmiertelne miały miejsce w Stanach Zjednoczonych. W Polsce, jak dotychczas, nikt nie zmarł na boreliozę! Ponadto choremu na boreliozę jestem w stanie skutecznie pomóc, zapisując antybiotyki na 2-3 tygodnie. W przypadku KZM-u nie mam do zaoferowania celowanego leczenia, a choroba może przebiegać ciężko.

M.S.: Czyli przy kleszczowym zapaleniu mózgu nie dysponujemy lekarstwem, ale mamy sprawdzoną szczipionkę, w przypadku boreliozy jest odwrotnie. W przypadku zapalenia mózgu liczba przypadków jest niedoszacowana, a w przypadku boreliozy – przeszacowana?

M.Cz.: Tak właśnie moim zdaniem jest.

M.S.: A z czego to wynika? Spotkałem takich pacjentów, którzy byli leczeni na boreliozę przez kilka miesięcy ostrymi antybiotykami, a na końcu, kiedy trafili do zakaźnika, okazywało się, że taki człowiek w ogóle nigdy nie miał boreliozy!

M.Cz.: Istotnie, mamy do czynienia z takimi przypadkami. To kilkumiesięczne leczenie antybiotykami, o którym pan wspomniał, wynika z zaleceń ILADS (czyli Międzynarodowego Towarzystwa ds. Boreliozy i Chorób z Nią Powiązanych – przyp. red), które ogłosiło się towarzystwem naukowym, choć jest to kwestionowane. ILADS proponuje swoje alternatywne zalecenia, które nie pokrywają się z uznawanymi przez przeważającą większość klinicystów wytycznymi towarzystw naukowych lekarzy chorób zakaźnych.

Poza tym, straszenie ludzi „nieuleczalną” boreliozą, proponowanie kosztownej diagnostyki i długotrwałego, choć absolutnie nieuzasadnionego leczenia może być dla różnych pseudospecjalistów bardzo zyskowne. Ktoś kie-

dyś bardzo fajnie napisał (chyba to był niemiecki „der Spiegel”), że współczesna medycyna nie jest sztuką pomagania ludziom, ale raczej sztuką zarabiania pieniędzy na lęku ludzi przed chorobą. Nie ma prostszego sposobu na zarobienie dobrej kasy, niż wywołanie poczucia zagrożenia w ludziach, wmówienie komuś, że może mieć pewien problem, a jednocześnie zaoferowanie mu sposobu „wyleczenia” i rozwiązania go. Celem staje się nie dobro pacjenta, a kasa i niestety czasami postępują tak podający się za „specjalistów od leczenia boreliozy” lekarze.

M.S.: Nie jestem lekarzem, ale podejrzewam, że taka długotrwała, agresywna antybiotykoterapia może być co najmniej równie ryzykowna jak narażenie się na boreliozę?

M.Cz.: Zdecydowanie tak, bo trzeba pamiętać o tym, że podstawowym przeciwwskazaniem do wdrażania jakiegokolwiek leczenia jest brak wskazań. Jeśli więc podajemy pacjentowi antybiotyk, nie mając wyraźnego uzasadnienia do jego zastosowania, to pacjent nie uzyska z tego żadnej korzyści, a tylko zostanie narażony na działania niepożądane – takie na przykład, jak choćby wyniszczenie jelitowej flory bakteryjnej, która ma ogromne znaczenie dla zdrowia czy też toksyczne uszkodzenie wątroby.

Bardzo ważny jest także inny problem – gdy za diagnostykę boreliozy zabiera się chociażby lekarz rodzinny czy innej specjalizacji, to niestety zdarzają się błędy. Podstawowym jest nieuzasadnione zlecenie badań w kierunku boreliozy – bez żadnych wskazań. Trzeba pamiętać o tym, że przeciwciała przeciw Borrelii występują także u osób zdrowych – w populacji europejskiej dotyczy to 5-15% osób.

M.S.: To oznacza, że ci ludzie mieli kontakt z kleszczem. Coś poza tym?

M.Cz.: Nie, takie przeciwciała świadczą wyłącznie o tym, że układ immunologiczny miał kontakt z krętkiem Borrelia. Ale wcale nie dowodzą, że krętek nadal jest obecny w organizmie. Dlatego bez sensu jest zlecenie takich badań osobom, które zgłosiły się całkowicie bez objawów. Trzeba też pamiętać o tym, że badania serologiczne mają swoje ograniczenia. Szczególnie badanie przeciwciał w klasie IgM, które są wczesnymi przeciwciałami (są to duże cząstki, słabo dopasowane do antygeny), często dają wyniki fałszywie pozytywne. Nawet testy Western Blot w 10-20% przypadków mogą dać tu wynik fałszywie dodatni. Dlatego też szczególnie do tych wyników podchodzimy bardzo ostrożnie. Bezsensowne jest wreszcie zlecenie w pierwszej kolejności badań serologicznych u chorych, którzy prezentują objawy sugerujące całkiem inne niż borelioza rozpoznanie.

M.S.: Mamy więc taki wielki worek z napisem „borelioza”, w którym lądują wszelkie dolegliwości?

M.Cz.: Tak się niestety dzieje, a przyczyn upatruję w pewnym niechlujstwie diagnostycznym. Pokażę to na przykładzie: przychodzi pacjent i mówi lekarzowi, że bolą go nogi. Zadaniem lekarza jest dokładne zebra-

nie wywiadu, ustalenie, co chorego tak naprawdę boli, dopytanie o charakter bólu, czas trwania, okoliczności, w jakich ból się pojawia. Niestety, wywiad jest pomijany i górę bierze fatalne skrótowe rozumowanie: „A to skoro bolą pana nogi, to zrobmy badanie na boreliozę”. W efekcie okazuje się, że pacjent ma wynik dodatni – tak jak 5-15% zdrowych ludzi. I znowu lekarz, widząc pacjenta na krótkiej, 5-minutowej wizycie mówi: „Bolą pana nogi. Mam tutaj test ELISA dodatni, choruje więc pan na boreliozę. W związku z tym leczymy!”. Tymczasem jeżeli ktoś już zleca diagnostykę serologiczną, powinien wiedzieć, że należy wykonać jeszcze test WESTERN BLOT. Tylko wtedy bowiem, gdy oba testy dadzą wynik dodatni, wynik badania serologicznego można uznać za pozytywny.

Ponadto chory słyszy: „Jak skończy pan leczenie, to niech pan przyjdzie. Sprawdzimy pana dolegliwości i zrobimy badania kontrolne”. I mamy kolejny błąd – po leczeniu robione są ponownie badania serologiczne, których wynik może przecież być dodatni. Tymczasem wyraźnie w podręcznikach i wytycznych jest napisane: „Nie używaj testów serologicznych do oceny skuteczności leczenia, bo jeżeli pacjent miał kontakt z tą bakterią i pojawiły się przeciwciała, to te przeciwciała u niego nie znikną. Przeciwciała w klasie IgG pacjent może mieć do końca życia, a w klasie IgM kilkanaście lat”. Niedawno miałem taki właśnie przypadek – pacjent trafił do lekarza z rumieniem wędrującym. Otrzymał prawidłowe leczenie, rumień zniknął, ale wychodząc od lekarza, dostał zalecenie: „Jak pan skończy brać ten antybiotyk, to po trzech miesiącach niech pan zrobi badanie przeciwciał”. A przecież jest to z medycznego punktu widzenia postępowanie zupełnie pozbawione sensu!

M.S.: Bo bez badania też może Pan stwierdzić, że przeciwciała nadal będą w organizmie leczonego...

M.Cz.: Może też okazać się, że nie wykryjemy przeciwciał po leczeniu. Szybkie postawienie właściwej diagnozy i podanie antybiotyku oraz eliminacja bakterii mogą spowodować, że stymulacja układu immunologicznego będzie zbyt krótka i przeciwciała nie zdążą powstać. W tym przypadku ujemny wynik wcale nie wyklucza, że pacjent nie miał rumienia wędrującego. Dodatni zaś wynik w klasie IgM i IgG, jak mówiłem wcześniej, nie powinien zadziwiać – on jedynie potwierdza, że pacjent był zakażony. Takie sprawdzanie obecności przeciwciał po antybiotykoterapii z powodu boreliozy często porównuję do sytuacji, w której chirurg po usunięciu pęcherzyka żółciowego kazałby przychodzić pacjentowi co trzy miesiące, żeby sprawdzić, czy chory ma bliznę. Tak jakby jej „odkrycie” było czymś niespodziewanym i dowodziło, że chory nadal ma zapalenie pęcherzyka żółciowego.

M.S.: Widzę pewne proste rozwiązanie tych sytuacji, w których borelioza jest fałszywie wykrywana i leczona: może w wątpliwych przypadkach warto od razu pacjenta odsyłać do poradni chorób zakaźnych?

M.Cz.: Jeśli lekarz nie jest pewien, to oczywiście tak powinien zrobić. Z drugiej zaś strony, wysyłanie oczywistych przypadków – czyli na przykład chorego po skutecznym leczeniu rumienia wędrującego do poradni chorób zakaźnych zupełnie mija się z celem. Jest to marnotrawstwo pieniędzy publicznych i czasu pacjenta. Tacy pacjenci konsultowani w ramach porad finansowanych przez NFZ niepotrzebnie generują kolejki i koszty. Tymczasem przekaz dla kolegów lekarzy jest prosty: „Nie kontroluj przeciwciał po leczeniu np. rumienia wędrującego, bo to nie ma sensu! I nie wysyłaj pacjenta z dodatnim wynikiem takiego badania do poradni, o ile nie ma żadnych objawów, bo albo chory niepotrzebnie zajmie miejsce w kolejce do specjalisty na NFZ, albo straci pieniądze (150-200 zł) w gabinecie prywatnym!”. Poza tym badania serologiczne też nie są tanie.

M.S.: Bardzo ciekawy wątek poruszył Pan przed chwilą – przez nadmiar tych badań, przez nadwykrywalność, system i my tracimy bardzo dużo pieniędzy.

M.Cz.: Pieniądzy, ale też czasu i energii. Mało tego – często taki przerażony pacjent, szukając informacji, sięga po zupełnie niestandardowe sposoby diagnostyki, czyli na przykład po testy LTT, które w Polsce nie są uznanym standardem w diagnostyce boreliozy. W Niemczech na przykład są akceptowane, ale nie mają żadnej przewagi nad klasycznymi testami serologicznymi. Jest też metoda KKI, czyli wykrywanie przeciwciał po ich uwolnieniu z kompleksów immunologicznych. To metoda niezwalidowana i dlatego niezalecana, nieuznawana.

Nie wspominając już o biorezonansie! Są gabinety, które oferują „diagnozę i leczenie” osób chorych na boreliozę za pomocą biorezonansu. Proszę sobie wyobrazić, że niektórzy pacjenci bezkrytycznie dają wiarę tym metodom. Pamiętam chorą, która z powodu całkowicie niespecyficznych dla boreliozy dolegliwości poddała się badaniu biorezonansem i tak właśnie „rozpoznano” jej boreliozę. Przez wiele miesięcy była leczona koktajlami antybiotyków. Kilka miesięcy po zakończeniu tego „leczenia” miała pecha, bo ponownie ukuł ją kleszcz. Chociaż nie podawała żadnych dolegliwości, po raz kolejny zgłosiła się do tego samego gabinetu z biorezonansem, który „potwierdził” ponowne zakażenie *Borrelia*. Powtórnie chorej zapisano kilka antybiotyków jednocześnie, co tym razem po miesiącu zakończyło się ciężkim ostrym toksycznym zapaleniem wątroby. Udało się opanować uszkodzenie wątroby i chora na szczęście wyzdrowiała. Badania serologiczne wykazały jednak, że na boreliozę nigdy nie chorowała – były ujemne. Niestety, pod receptami podpisywał się przecież lekarz...! Można powiedzieć, że wartość diagnostyczna takiego biorezonansu jest porównywalna do wartości, jaką przedstawia kryształowa kula. Swoją drogą to pewien fenomen: mamy XXI wiek, społeczeństwo, jak można oczekiwać, powinno być w miarę chociaż wyedukowane. Każdy spotkał się przecież w szkole z podstawami biologii, fizyki i che-





mii, więc powinien mieć jakieś pojęcie o ogólnych zasadach funkcjonowania wszechświata, o ogólnych choćby zarysach biologii. A tymczasem ludzie wierzą w biorezonans. Taki stan wiedzy i świadomości jest druzgocący.

M.S.: Proszę powiedzieć jeszcze, jak wiele kleszczy w ogóle może nam „sprzedać” takiego wrednego krętka?

M.Cz.: Ryzyko przeniesienia zakażenia krętkiem *Borrelia* z kleszcza na człowieka w krajach europejskich jest szacowane na około 4%, czyli 4 osoby na 100 ukłutych przez kleszcza mogą zachorować. Oczywiście ryzyko jest tym mniejsze, im szybciej kleszcza usuniemy, ponieważ krętek *Borrelia* przebywa w jego jelicie. Żeby doszło do zakażenia, kleszcz musi wstrzyknąć bakterię wraz ze śliną, krętek musi więc najpierw przedostać się z jelita stawonoga do ślinianek, tam się namnożyć, zmienić antygeny na swojej powierzchni. To zajmuje około 24 godzin, w związku z tym usunięcie kleszcza w tym czasie właściwie eliminuje ryzyko przeniesienia zakażenia *Borrelia*.

Przy okazji dodajmy, że ryzyko przeniesienia kleszczowego zapalenia mózgu jest, szczęśliwie dla nas, jeszcze mniejsze. Warto jednak pamiętać o czymś innym: boreliozą może nas zakazić postać dorosła kleszcza i nimfa, ale nie larwa, czyli postać najmłodsza, która wykluwa się z jaja i dopiero szuka sobie żywiciela. Bakterie *Borrelia* nie są przekazywane transowarialnie, a więc jaja kleszczy nie są zakażane krętkiem. Larwa, która wykluła się z jaja i jeszcze nie żerowała, nie stanowi zagrożenia. Zakaża się ona krętkiem dopiero podczas pierwszego w cyklu życiowym kleszcza żerowania i kolejna postać, czyli nimfa może nam to zakażenie przekazać. Tymczasem w przypadku kleszczowego zapalenia mózgu wirus znajduje się już w jajach kleszcza, więc larwa, czyli ta najdrobniejsza postać, którą ciężko zauważyć, jest już zainfekowana wirusem. Ponadto patogen przebywa w śliniankach stawonoga. Nie ma więc znaczenia, że kleszcza usuniemy wcześniej – nasza szybka reakcja nie zmniejszy ryzyka zakażenia.

Należy podkreślić także, że niskie ryzyko przeniesienia zakażenia *Borrelia* absolutnie nie uzasadnia stosowania profilaktyki antybiotykowej po ukłuciu przez kleszcza. Nie ma sensu podawanie pacjentowi antybiotyków tylko dlatego, że ukłuł go kleszcz! Skoro wiemy, że tak naprawdę tylko 4 osoby spośród 100 ukłutych przez kleszcza zachorują, a zdecydowalibyśmy się na profilaktyczne podawanie antybiotyków wszystkim, to prosty rachunek pokazuje nam, że 96 osób będzie przyjmowało antybiotyk całkowicie bezzasadnie. Natomiast nawet gdy ktoś zachoruje, to zawsze zdążymy wkroczyć ze skutecznym leczeniem i wyleczyć chorego.

M.S.: A co Pan sądzi o wcale nierzadkich zaleceniach, by badać kleszcza na obecność krętków *Borrelia*?

M.Cz.: Takie badanie kleszcza nie ma żadnego uzasadnienia merytorycznego. Na podstawie wyniku badania kleszcza lekarz nie może podejmować jakichkolwiek decyzji terapeutycznych. Po pierwsze dlatego, że ryzyko transmisji zakażenia jest bardzo niskie. Cóż z tego więc, że mam dowód na to, że kleszcz był zakażony, skoro nadal nie wiemy, czy on rzeczywiście to zakażenie przekazał? Kolejna sprawa: gatunków *Borrelia* jest ponad 20, spośród których chorobotwórczych dla człowieka jest tylko kilka. Niektóre z metod diagnostycznych służących do wykonywania takich badań kleszczy nie pozwalają stwierdzić, którym gatunkiem krętka stawonóg był zakażony.

M.S.: Wątpliwości każdy może mieć. Niby wszyscy wiedzą o tym, co Pan mówił, ale – jak słyszę – bywa z tym różnie... Może więc przypomni Pan, gdzie znaleźć wiedzę niezbędną do rozpoznania boreliozy?

M.Cz.: Zawsze warto sięgnąć do podręcznika: „Choroby wewnętrzne” pod redakcją prof. A. Szczeklika, rozdział „Choroby zakaźne”, podrozdział „Choroby odkleszczowe” oraz do wytycznych PTEiLChZ (czyli Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych). Tam znajdziemy wszelkie informacje niezbędne do postawienia właściwej diagnozy.

(przedruk z „Medium” nr 11/20)

MARIHUANA U LEKARZA RODZINNEGO (POZ BEZ TAJEMNIC)

Nowe metody leczenia

Czy można wprowadzić do POZ leczenie marihuaną? To pytanie zadawałem sobie od lat. W ubiegłym roku postanowiłem spróbować. Zacząłem w kwietniu od kursu organizowanego przez Naczelną Radę Lekarską. Kilka tygodni później zakupiłem pierwsze urządzenia do waporyzacji, czyli do podgrzewania marihuany i wytwarzania pary z jej suszu. Pozostający pod moją opieką pacjent został zakwalifikowany do leczenia i czekał na rozpoczęcie terapii. Niestety, problemem pozostawało legalne zakupienie marihuany medycznej. Miejscowe apteki nie posiadały jej w swojej ofercie. Okazało się, że

w Bydgoszczy jest jedyna apteka, która okresowo posiada susz marihuany medycznej.

W styczniu 2020 r. wystawiłem pierwszą receptę. Mimo że lek jest dedykowany raczej ciężko i przewlekłe chorującym, nie jest refundowany! Receptę udało się zrealizować dopiero w maju, po jej odnowieniu z powodu przeterminowania. Okazuje się, że susz marihuany sprowadzamy z Kanady i nie jest na bieżąco dostępny.

Na inicjację nowej metody leczenia zarezerwowałem dwugodzinną wizytę domową. Trwała ponad trzy godziny. Podczas przygotowywania waporyzatora do pierwszego użycia rozmawialiśmy z pacjentem i jego rodzi-

na temat naszych oczekiwań po wdrożeniu terapii. Pacjent cierpiał z powodu bardzo dużej spastyki mięśni kończyn dolnych, okresowo silnego bólu i znacznego obniżenia nastroju w przebiegu choroby podstawowej. Oczekiwaliśmy zmniejszenia spastyki, która czasami uniemożliwiała pielęgnację chorego, a nawet stanowiła ryzyko bolesnego zakleszczenia rąk osoby pielęgnującej. Liczyliśmy również na efekt przeciwbólowy w celu zmniejszenia ilości przyjmowanych doustnie leków i poprawę jakości życia. Osobiście miałem drobną nadzieję na poprawę nastroju i emocji pacjenta. Generalnie byliśmy ostrożni i sceptyczni.

Rozmawialiśmy również o możliwych działaniach ubocznych oraz o szczegółach technicznych samego procesu waporyzacji.

Po napełnieniu komory na susz i rozgrzaniu urządzenia napełniłem balon, worek, z którego chory miał wdychać opary marihuany. Podczas pierwszych wdechów wnikliwie obserwowałem pacjenta, aby uchwycić jakiegokolwiek objawy niepożądane. W pomieszczeniu roznosił się delikatny zapach konopii. Po zainhalowaniu pierwszego balonu (około 5-6 wdechów) wyraźnie zmniejszyła się spastyka i ból. Zauważalna była poprawa nastroju, pacjent chętnie brał udział w rozmowie i dzielił się wrażeniami. Po następnym balonie nastąpiło dalsze zmniejszenie spastyczności, bólu i poprawa nastroju. W celu oceny bezpieczeństwa kuracji suszem konopii nakłoniłem chorego do przyjęcia trzeciego balonu, po którym zakończyliśmy waporyzację. Przez następną godzinę obserwowałem pacjenta.

Wyniki pierwszorazowego zastosowania marihuany medycznej przerosły oczekiwania pacjenta, rodziny i lekarza. Pojawiły się też objawy niepożądane. Nie były one na szczęście zbyt nasilone i nie spowodowały zniechęcenia chorego do leczenia, a podczas kolejnych dni leczenia ustąpiły w takim stopniu, że stały się dla pacjenta niezauważalne. Objawy te miały charakter lekkich zawrotów głowy i kaszlu, niewielkiego oszołomienia, uczucia pełności w jamie brzusznej, nudności i niewielkich problemów z wysławianiem się.

Po 14 dniach leczenia chory stosuje mniejszą dawkę leku, dziennie około dwóch balonów. Objawy uboczne nie pojawiają się. Wyraźnie widoczna jest poprawa jakości życia, zmniejszenie spastyczności i bólu. W tym czasie tylko raz wystąpiła potrzeba przyjęcia leku przeciwbólowego. Nie ma potrzeby przyjmowania leków rozkurczowych.

Pacjent i jego rodzina

Najważniejsza dla mnie jest ocena terapii przez pacjenta: Mój komfort życia uległ zdecydowanej poprawie. Od dawna nie czułem się tak dobrze, jestem pełen energii, znowu chcę uczestniczyć w życiu rodzinnym, rozmawiać, śmiać się, okazywać moje zainteresowanie. Odczuwany ból jest zdecydowanie mniejszy i do wytrzymania, a spastyczność dużo mniej dokuczliwa, czuję, że nogi powróciły do mojego ciała. Szkoda, że dopiero teraz poznałem tę metodę leczenia i że susz w aptekach jest tak trudno osiągalny i kosztowny (czekałem 6 miesięcy, 5 gram to koszt ok. 300 zł). Ale lepiej późno niż wcale.

Z drugiej strony opinia członka rodziny: Z ogromną radością obserwuję zwrot akcji, ...z osoby zamkniętej w sobie, izolującej się, wręcz depresyjnej i cierpiącej z powodu silnego bólu – stał się na nowo towarzyski, rozmowny, zainteresowany życiem. Opieka nad nim, po zmniejszeniu spastyczności kończyn, zelżeniu dolegliwości bólowych i poprawie nastroju, jest również dużo łatwiejsza.

Podsumowanie

Jak w każdym przypadku planowania terapii – niezbędna jest przemyślana kwalifikacja kliniczna. Tylko ona pozwala oczekiwać dobrych rezultatów oraz zmniejszenia ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych. W mojej ocenie istotną przeszkodą w szerszym stosowaniu leczenia marihuaną medyczną jest jej mała dostępność, wysoka cena oraz koszt dobrych urządzeń do waporyzacji.

Poza tym nic nie stoi na przeszkodzie, aby lekarz rodzinny inicjował i monitorował leczenie przy pomocy suszu konopnego.

Cytaty pochodzą od pacjenta i członka rodziny.

Jerzy RAJEWSKI

(przedruk z „Primum” nr 7-8/20)

SMOG – WYMÓWKA DO ZOSTANIA NA KANAPIE CZY REALNE ZAGROŻENIE DLA ZDROWIA?

Smog jest bardzo niebezpieczny dla zdrowia, jednak badania naukowe nie pozostawiają cienia wątpliwości, że podobne skutki zdrowotne dla naszego układu sercowo-naczyniowego może mieć... brak aktywności fizycznej i nadmierne zaprzyjaźnienie się z ulubionym fotelem! W dni zwiększonego narażenia na zanieczyszczenia zrezygnujmy z rekreacyjnej aktywności na powietrzu (i rozważmy stosowanie dodatkowej ochrony), ale nie chowajmy naszych sportowych butów do szafy na cały sezon!

Smog to zjawisko atmosferyczne powstałe w wyniku wymieszania się mgły z dymem i spalinami (ang. smoke – dym i fog – mgła). W jego skład wchodzi pyły zawieszone frakcji PM10, PM2,5 i PM1. Te mikroskopijne cząsteczki z łatwością przedostają się do płuc i mogą także przenikać do krwiobiegu. Oprócz pyłków wraz ze smogiem do organizmu mogą trafiać również metale ciężkie, szkodliwe związki siarki i azotu, dioksyny czy wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, w tym m.in. ►►



będący związkiem kancerogennym benzopiren. Wymysł aktywistów czy rzeczywisty powód do obawy? Dane Światowej Organizacji Zdrowia alarmują, że jakość powietrza w naszym kraju jest w czołówce najgorszych w całej Unii Europejskiej, a spośród 50 najbardziej zanieczyszczonych miast Europy aż 36 leży w Polsce! I choć sama Łódź nie załapuje się do tego nieszczęsnego rankingu, województwo łódzkie znajduje się już w niechlubnym gronie pięciu najbardziej „smogowych” rejonów kraju.

Czy taki zły, jak go malują?

Według danych Europejskiej Agencji Ochrony Środowiska z 2015 r. zanieczyszczenie powietrza może odpowiadać za 44 tys. zgonów w Polsce rocznie (dla porównania – w wypadkach drogowych ginie rocznie ok. 3 tys. osób, a zatem 15 razy mniej). To przede wszystkim wpływ na zaostrzenie przewlekłych chorób układu oddechowego i układu krążenia, ale także – jak wskazują badania – przyczynianie się do ich pogłębiania poprzez bezpośrednie działanie na drogi oddechowe i prozapalny wpływ na śródbłonek naczyń mogący skutkować powstawaniem blaszek miażdżycowych i całą, dobrze nam znaną, kaskadą zdarzeń.

Kolejne badania naukowe przynoszą coraz bardziej wyraźne dane dotyczące połączeń pomiędzy zanieczyszczeniem powietrza a zwiększeniem ryzyka występowania udarów mózgu i zawałów mięśnia sercowego. Również badacze ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (dzięki porównaniu danych o wszystkich przyczynach hospitalizacji z lat 2006–12) wskazują zwiększone ryzyko wystąpienia zawału serca, udaru mózgu, częstsze hospitalizacje z powodu zatorowości płucnej i migotania przedsionków, zwiększoną liczbę wizyt w poradniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, a także powiązanie śmiertelności ogólnej i śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych z wyższymi stężeniami dwutlenku siarki, tlenków azotu, tlenku węgla, pyłów zawieszonych PM10 i PM2,5.

Szukajmy rozwiązań!

Wzięcie wspólnej odpowiedzialności za ograniczenie emisji spalin i zwrócenie się ku odnawialnym źródłom energii wydaje się być nieuniknionym krokiem do poprawy zdrowia i jakości życia nas wszystkich. Czy jednak poza rozwiązaniami systemowymi możemy zadbać o lepszą jakość powietrza w naszym otoczeniu? Sposobów jest kilka. Popularne rośliny, takie jak chryzantema wielokwiatowa, dracena odwrócona, skrzydłokwiat, bluszcz pospolity, sansewieria gwinejska, a także rozmaite gatunki paproci mogą odwdziżyć nam się za czułą codzienną opiekę filtracją domowego powietrza. Wchłaniają one bowiem toksyczne substancje, wiążąc je i unieszkodliwiając. Podobną rolę odgrywają także domowe oczyszczacze powietrza, lecz te, choć skuteczne, stanowią zwykle już całkiem spory wydatek. Dobrym pomysłem może być jednak stałe monitorowanie jakości powietrza i w zależności od poziomu zanieczyszczeń ograniczanie wietrze-

nia mieszkania i aktywności na zewnątrz lub zdecydowanie się na maskę przeciwpyłową. Choć w tym miejscu należy wyraźnie zaznaczyć: maseczka chirurgiczna, bawełniana czy nawet budowlana zupełnie nie spełnia tej roli! Mowa tu raczej o profesjonalnych maskach przeciwpyłowych wyposażonych w filtr (np. węglowy), których specyfikacja zapewnia nas o ochronie przed zanieczyszczeniami PM10 i PM2,5.

Eksperti sugerują śledzenie komunikatów dotyczących aktualnego poziomu zanieczyszczeń i podejmowanie decyzji o aktywności adekwatnie do bieżącej sytuacji. Dane pomiarowe można znaleźć bezpośrednio na stronie Głównego Inspektoratu Ochrony Środowiska (<http://powietrze.gios.gov.pl/>) lub za pośrednictwem innych popularnych aplikacji (np. Kanarek).

Czy okres smogowy musi oznaczać zupełny brak aktywności?

Absolutnie nie! Wraz z rozwojem pandemii i światowym lockdownem odkryliśmy, że z zastosowaniem nowych technologii możemy nie tylko pracować z domu, spotykać się ze znajomymi wirtualnie, zamawiać niemal wszystkie potrzebne produkty w sklepach online, ale także uczęszczać na zajęcia fitness i odnajdywać nowe formy ruchu w szerokiej gamie dostępnych w Internecie zajęć na żywo i filmów instruktażowych, zamieszczonych na popularnych portalach. Warto wykorzystać czas spędzony w domu do ruszenia się z kanapy i poszukiwania inspiracji do urozmaicenia wachlarza swojej aktywności! Pamiętajmy jednak, że trening z choćby najbardziej znaną instruktorką celebrytką, która z uśmiechem zachęca nas z ekranu do kolejnych powtórzeń, nigdy nie zastąpi kontaktu z trenerem na żywo. Jedynie widząc nasze dysfunkcje i utrwalone wzorce ruchowe, specjalista jest w stanie je skorygować i doradzić nam indywidualne modyfikacje poszczególnych ćwiczeń. Przed ekranem nie porywajmy się więc na zaawansowane treningi, jeśli wcześniej nie mieliśmy z daną dyscypliną żadnej styczności. Odłóżmy też na bok ego, goniące nas do sięgnięcia dalej i zrobienia więcej, a przede wszystkim słuchajmy sygnałów płynących z ciała – ono wie najlepiej, jaka forma ruchu nam służy i kiedy należy powiedzieć „stop”. Nie zapominajmy jednocześnie, że najprostsze metody włączenia aktywności fizycznej do dnia codziennego to wybór schodów zamiast windy czy roweru zamiast samochodu. Zdrowy ruch to nie tylko zaplanowany trening – to także zabawa z dziećmi lub wnukami, spacer z psem, dzwiganie siatek z zakupami czy sprzątanie domu.

Gdzie szukać pomysłów?

Na popularnej platformie z filmami YouTube na pewno warto odwiedzić profil Exercise is Medicine Poland – polskiej gałęzi ogólnoświatowego ruchu EiM promującego aktywność fizyczną jako sposób na zapobieganie chorobom przewlekłym i częściowe odwracanie ich przebiegu. Prowadzące go lekarka i fizjoterapeutka przedstawiają przystępne formy aktywności według naukowych

zaleceń i regularnie zachęcają do wyruszenia wraz z nimi na wspólne „zdalne” spacery. Warto zajrzeć też do Akademii NFZ, czyli zbioru materiałów wspierających modyfikację stylu życia przygotowanego przez Centralę NFZ. Znajdziemy tam szereg interwencji żywieniowych i ćwiczeń wprowadzających do rozpoczęcia przygody z rekreacją ruchową. Doskonałą propozycją na aktywność, tym razem na (oby!) świeżym powietrzu, jest Walking Lovers, prowadzona przez Roberta i Justynę Korzeniowskich platforma promująca walking, czyli opartą na ergonomicznym chodzie sportowym technikę szybkiego marszu (bez kijków!). To idealny wstęp do bardziej

intensywnej aktywności fizycznej zarówno dla nas, jak i dla naszych pacjentów. Nie zapominajmy o tym, że rekreacja na powietrzu za sprawą ekspozycji na naturalne światło niesie ze sobą dodatkowe korzyści zdrowotne, takie jak regulacja rytmów okołodobowych, pozytywny wpływ na nastrój czy zwiększenie biosyntezy witaminy D3 w skórze. A zatem korzystajmy z jej różnorodności, wybierając się na spacer, rower, nordic walking, marszobieg czy narty biegówki. Nie warto rezygnować z aktywności, ważne, by podejść do niej z głową!

Katarzyna ZYDEK
(przedruk z „Panaceum” nr 1-2/21)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

WARIANTY SARS-COV-2 ZAKAŻNOŚĆ, ŚMIERTELNOŚĆ, ODPOWIEDŹ NA SZCZEPIENIA – NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE

Wirusy mutują. To jedna ze zdolności, która daje im szansę na przetrwanie, ucieczkę spod topora profilaktyki (szczepienia ochronne) i leczenia. Nowy koronawirus, który storpedował normalność i wprowadził nowy ład funkcjonowania społecznego, taki, którego nie akceptujemy, skorzystał z naturalnych możliwości i zmutował.

Mutacje, czyli nagle, skokowe zmiany materiału genetycznego SARS-CoV-2, doprowadziły do wyodrębnienia 3 istotnych z epidemiologicznego punktu widzenia wariantów.

Tzw. wariant brytyjski

Poza zwyczajową nazwą, która wskazuje na pierwszy wykryty przypadek (Wielka Brytania, 12 września 2020 r.), ten wariant określa się jako B.1.1.7 lub – alternatywnie – 501Y.V1. W jego materiale genetycznym zaobserwowano 23 mutacje, z czego 8 dotyczy białka kolca (białka S). Jego bytność potwierdzono na obszarze 82 państw (dane z 16 lutego 2021 r.). Jest to również jedyny wariant, którego obecność potwierdzono w Polsce.

Najważniejsze dane ze zdrowotnego punktu widzenia:

a) rozprzestrzenianie się – ocenia się, że B.1.1.7 transmituje się od 30/40 do nawet 80% lepiej od pierwotnego SARS-CoV-2,

b) śmiertelność – ocenia się, że B.1.1.7 może być nieco bardziej śmiertelny od pierwotnego SARS-CoV-2 (od 30 do 40% wyższa),

c) immunologiczna odpowiedź na podaną szczepionkę – ocenia się, że odpowiedź B.1.1.7 na szczepionki przeciw COVID-19 jest podobna albo nieznacznie (nieistotnie) zmniejszona.

Producenci dopuszczonych do obrotu szczepionek przeciw COVID-19, bazujących na technologii mRNA (Pfizer-BioNTech oraz Moderna) poinformowali, że ich preparaty pozostają skuteczne wobec B.1.1.7. Producent również dopuszczonej do obrotu wektorowej szczepionki przeciw COVID-19 – Oxford-AstraZeneca – informuje, że skuteczność ich preparatu wobec B.1.1.7 zmniejsza się nieznacznie z 84,2 do 7%.

Producent jedynej „proteinowej” szczepionki przeciw COVID-19 – Novavax – podaje, że skuteczność tego produktu jest niewiele niższa niż wobec pierwotnego SARS-CoV-2 i wynosi 85,6% (standardowa skuteczność to 89,3%).

Tzw. wariant południowoafrykański

Poza zwyczajową nazwą, która wskazuje na pierwszy wykryty przypadek (Republika Południowej Afryki, 8 października 2020 r.), ten wariant określa się jako B.1.351 lub – alternatywnie – 501Y.V2. W jego materiale genetycznym zaobserwowano 21 mutacji, z czego 9 dotyczy białka kolca (białka S). Jego bytność potwierdzono na obszarze 40 państw (dane najświeższe, tj. z 16 lutego 2021 r.).

Najważniejsze dane ze zdrowotnego punktu widzenia:

a) rozprzestrzenianie się – obecnie dysponujemy zbyt małą liczbą danych, aby ocenić, w jaki sposób transmituje się B.1.351 (lepiej, gorzej czy tak samo, jak pierwotny SARS-CoV-2),

b) śmiertelność – obecnie dysponujemy zbyt małą liczbą danych, aby ocenić, jaką śmiertelnością cechuje





się B.1.351 (wyższa, niższa czy taka sama, jak pierwotny SARS-CoV-2),

c) immunologiczna odpowiedź na podaną szczepionkę – ocenia się, że odpowiedź B.1.351 na szczepionki przeciw COVID-19 jest istotnie niższa niż odpowiedź na pierwotny SARS-CoV-2.

Pfizer-Biontech informuje, że ilość przeciwciał po szczepieniu osoby zakażonej wariantem B.1.351 była niższa (nie podaje danych liczbowych) niż w przypadku pierwotnego SARS-CoV-2.

Moderna informuje, że ilość przeciwciał po szczepieniu osoby zakażonej wariantem B.1.351 była 6-krotnie niższa niż w przypadku pierwotnego SARS-CoV-2.

Johnson & Johnson (firma produkująca wektorową i – obecnie jedyną – jednodawkową szczepionkę przeciw COVID-19) podaje, że skuteczność ich preparatu zmniejsza się z 66% (pierwotny SARS-CoV-2) do 57% (wariant B.1.351).

Novavax (firma produkująca „proteinową” szczepionkę przeciw COVID-19) informuje, że skuteczność ich preparatu zmniejsza się z 89% (pierwotny SARS-CoV-2) do 49,4% (wariant B.1.351).

Tzw. wariant brazylijski

Poza zwyczajową nazwą, która wskazuje na pierwszy wykryty przypadek (Brazylia, 4 grudnia 2020 r.), ten wariant określa się jako P.1 lub – alternatywnie – 501Y.V3. W jego materiale genetycznym zaobserwowano 17 mutacji, z czego 10 dotyczy białka kolca (białka S). Jego bytność potwierdzono na obszarze 18 państw (dane najświeższe, tj. z 16 lutego 2021 r.).

Najważniejsze dane ze zdrowotnego punktu widzenia:

a) rozprzestrzenianie się – obecnie dysponujemy zbyt małą liczbą danych, aby ocenić, w jaki sposób transmituje się P.1 (lepiej, gorzej czy tak samo, jak pierwotna forma SARS-CoV-2),

b) śmiertelność – obecnie dysponujemy zbyt małą liczbą danych, aby ocenić, jaką śmiertelnością cechuje się P.1 (wyższa, niższa czy taka sama, jak pierwotny SARS-CoV-2),

c) immunologiczna odpowiedź na podaną szczepionkę – ocenia się, że odpowiedź P.1 na dopuszczone obecnie do obrotu szczepionki przeciw COVID-19 może być istotnie niższa niż odpowiedź na pierwotny SARS-CoV-2.

Porównanie wariantów SARS-CoV-2 w odniesieniu do wirusa pierwotnego (dane z 16 lutego 2021 r.)

Wariant	Brytyjski	południowoafrykański	brazylijski
Symbol	B.1.1.7	B.1.351	P.1
Symbol alternatywny	501Y.V1	501Y.V2	501Y.V3
Pierwszy przypadek	12.09.2020, Wlk. Brytania	8.10.2020, RPA	4.12.2020, Brazylia
Obszar występowania	82 państwa (w tym Polska)	40 państw	18 państw
Liczba mutacji	23, w tym 8 dot. białka kolca	21, w tym 9 dot. białka kolca	17, w tym 10 dot. białka kolca
Transmisja.	30/40–80% lepsza	B.D.	B.D.
Śmiertelność	30–40% wyższa	B.D.	B.D.
Skuteczność szczepionek	podobna lub nieistotnie niższa	podobna lub niższa w zależności od preparatu	istotnie niższa

Ponadto uważa się, że wszystkie warianty mogą być odpowiedzialne za reinfekcje, czyli ponowne zachorowania u ozdowieńców, oraz cięższy przebieg COVID-19 niż w przypadku zakażenia pierwotnym SARS-CoV-2.

Te dane, z czasem, będą ulegać zmianie, wszak o nowych wariantach będziemy wiedzieć coraz więcej. Wirus się zbroi, ale my – ludzie – również. Zdrowia!

Bartosz FIAŁEK

*O autorze: lekarz, specjalista w dziedzinie reumatologii, popularyzator wiedzy medycznej, działacz społeczny w obszarze ochrony zdrowia.
(przedruk z „Primum” nr 3/21)*

RECEPTY PRO AUCTORE I PRO FAMILIAE ORAZ DOKUMENTACJA MEDYCZNA PRZY WYSTAWIANIU TYCH RECEPT W ŚWIELE NOWYCH ROZPORZĄDZEŃ MINISTRA ZDROWIA

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. z 2020 r. poz. 2424) wprowadza nowy wzór recept papierowych. W porównaniu z poprzednimi wzorami nie ma na nich pola oznaczonego jako „Oddział NFZ” (załączniki 6 i 7 do rozporządzenia). Dotychczasowe druki recept mogą być stosowane tylko do 30 czerwca 2021 r. (§ 19 ust. 1 i 2 rozporządzenia). Wybrane informacje z tego rozporządzenia:

- Dane lekarza wystawiającego receptę nanosi się w postaci nadruku lub pieczętki (§ 3 ust. 1 i 2). Nie można tych danych nanosić w postaci naklejki.

- Recepty, na których rozmieszczenie poszczególnych pól oraz wielkość tych pól odbiegają od wzoru, lub nanesione informacje wykraczają poza obręb wyznaczonych pól, bądź recepta różni się nieznacznie rozmiarem od wzoru może być realizowana pod warunkiem czytelności zapisów (§ 6 ust. 1 i 2).

- Przy wystawianiu recepty pro auctore można nie wypełniać pola „pacjent”, jeżeli odpowiednie dane są już nanesione na recepcie w formie nadruku czy pieczętki (§ 7).

- Kody uprawnień S, WE, WP, C może nanieść tylko lekarz wystawiający receptę (§ 8 ust. 1 pkt 1).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r. poz. 666 ze zm.) z dniem 1 stycznia 2021 r. wprowadza m.in. nowe zasady prowadzenia dokumentacji przy wystawianiu papierowych recept pro auctore i pro familiae, opisane w rozdziale 7: „Szczególne rodzaje dokumentacji” (§ 66 rozporządzenia). Przytaczam poniżej nieco skrócony i łatwiejszy do zrozumienia zapis tego paragrafu:

1) Lekarz wystawiający recepty w postaci papierowej dla siebie albo dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa prowadzi dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie wykazu.

2) Wykaz może być prowadzony dla wszystkich osób, o których mowa w ust. 1, albo odrębnie dla każdej z nich.

3) Wykaz musi być opatrzone imieniem i nazwiskiem lekarza oraz zawierać:

- a. numer kolejny wpisu;
- b. datę wystawienia recepty;
- c. nr PESEL pacjenta (w przypadku noworodka – PESEL matki, a w przypadku braku nr PESEL rodzaj, serię i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość);
- d. rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- e. nazwę, postać, dawkę, ilość i sposób dawkowania leku (produktu).

4) W przypadku prowadzenia wykazu odrębnie dla każdej osoby, gdy dane w § 66 ust. 3 pkt 3–9 rozporządzenia nie uległy zmianie (tj. PESEL, rozpoznanie, nazwa, postać, dawka, ilość i sposób dawkowania), kolejne wpisy w tym zakresie można zastąpić adnotacją o kontynuacji leczenia.

Proponuję prowadzenie odrębnego wykazu dla każdego pacjenta, np. w zeszycie, z przystawieniem na pierwszej stronie pieczętki wystawiającego receptę oraz naniemieniem imienia i nazwiska pacjenta wraz z jego nr PESEL oraz adresem – dane te przydadzą się przy wypisywaniu recept. Pozwalam sobie na wyjaśnienie odnośnie osób uprawnionych do otrzymywania recept pro familiae (art. 95b ust. 3 pkt 2 ustawy prawo farmaceutyczne). Recepty pro familiae mogą być wystawiane dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa osoby wystawiającej.

O ile pojęcie małżonka nie powinno budzić wątpliwości, o tyle definicja wspólnego pożycia nie została zawarta w żadnej ustawie. Zasadne jest zatem odniesienie się do uchwały siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z 25 lutego 2016 r. (sygn. akt I KZP 20/15), zgodnie z którą osoba pozostająca we wspólnym pożyciu określa osobę, która pozostaje z inną osobą w takiej relacji faktycznej, w której pomiędzy nimi istnieją jednocześnie więzi duchowe (emocjonalne), fizyczne oraz gospodarcze (wspólne gospodarstwo domowe). Ustalenie istnienia takiej relacji, tj. „pozostawania we wspólnym pożyciu”, jest możliwe także wtedy, gdy brak określonego rodzaju więzi jest obiektywnie usprawiedliwiony. Odmienność płci osób pozostających





stających w takiej relacji nie jest warunkiem uznania ich za pozostających we wspólnym pożyciu.

Podkreślić należy, iż w przypadku gdy lekarz pozostaje w związku nieformalnym, „pozostaje z osobą we wspólnym pożyciu”, jest uprawniony do wystawienia recept dla tej osoby. Natomiast nie ma uprawnień do wystawiania recept dla rodziny tej osoby, jak ma to miejsce w przypadku małżeństwa.

Krewni w linii prostej to wstępni i zstępni (dzieci, wnuki, rodzice, dziadkowie), a powinowaci w linii prostej to teściowie, rodzice teściów, zięć, synowa.

W linii bocznej receptę pro familiae można wystawić do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa osoby wystawiającej. Oznacza to, że taką receptę można wystawić dla swojego rodzeństwa (zarówno rodzonego, jak i przyrodniego – wystarczy jeden wspólny przodek), oraz dzieci rodzeństwa osoby wystawiającej receptę (bratanek, bratanica, siostrzeniec, siostrzenica).

Recepty o nowym wzorze już teraz uzyskuje się przy pobieraniu tych druków z Systemu Numerowanych Recept Lekarskich. W naszych siedzibach są drukowane nowe wzory recept pro auctore i pro familiae.

Zachęcam do wystawiania e-recepty pro auctore i pro familiae. Skrócowa informacja o uzyskaniu dostępu do tej e-recepty:

1) zakładamy profil zaufany (w przeglądarce wpisujemy „profil zaufany” i wybieramy jedną z opcji do jego założenia);

2) w przeglądarce otwieramy stronę gabinet.gov.pl. i logujemy się profilem zaufanym;

3) wybieramy opcję „lekarz”, a potem „lekarz bez placówki” – tu wyświetli się nazwisko lekarza i nr PWZ;

4) tworzymy swoją receptę (należy pamiętać o zaznaczeniu o refundacji i podaniu uprawnienia np. S): nazwa leku, postać, dawka, dawkowanie, odpłatność („wskazania” wybieramy tylko dla leków refundowanych);

5) otwieramy podgląd naszej e-recepty;

6) podpisujemy e-receptę podpisem zaufanym;

7) jak ukaże się PIN, to oznacza, że recepta została zapisana w portalu e-zdrowie i zarazem jest dostępna do realizacji w aptekach.

Stanisław Maciej DZIECIUCHOWICZ

Współpraca: Kancelaria Prawna Auctoritas

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 3/21)

OGŁOSZENIA

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 ramiennego.

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

Następno 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 Brzóška
Prezes PTBL

Przemysław Lubiatowski
Prezydent Zjazdu PTBL i Kongresu SECEC



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.

NZOZ Zdrowie Rodziny Sp. z o.o. w Branicach, ul. Szpitalna 18, **zatrudni lekarza do pracy** w ramach kontraktu Lekarza **Podstawowej Opieki Zdrowotnej**

- specjalizacja w dziedzinie medycyny ogólnej lub
- specjalizacja, szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
- specjalizacja I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub bez specjalizacji,

z możliwością zbierania na siebie deklaracji lekarza rodzinnego

Zatrudnienie na pełen etat 37:55 tygodniowo - w tym wizyty domowe. Godziny pracy 8:00 - 18:00

Kontakt: tel. 798-419-033, e-mail: z.kosmicki@medika.clinic.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi, ul. Wodociągowa 4 w Opolu zaprasza do współpracy: **LEKARZY** specjalistów w dziedzinie **psychiatrii** dorosłych.

Poszukujemy:

- lekarza do pracy w Poradni Zdrowia Psychicznego,
- a także:
- lekarzy do pełnienia dyżurów w Izbie Przyjęć i w Oddziałach Psychiatrycznych.

Możliwość zatrudnienia na **umowę o pracę lub kontrakt**. Szczegółowe informacje: Dział Kadr i Organizacji tel. 77/54-14-243.

Przychodnia Lekarska MegaMed Sp. z o. o. Oddział w Opolu poszukuje do pracy w POZ lekarza rodzinnego, internisty lub lekarza w trakcie specjalizacji. Oferujemy pracę w pełnym lub częściowym wymiarze godzin, możliwość indywidualnego uzgodnienia czasu pracy oraz formy zatrudnienia (umowa o pracę, kontrakt).

Gwarantujemy korzystne warunki finansowe oraz stabilną pracę w przyjaznej atmosferze. Kontakt: tel. 506-064-040 lub na mail: sglogowski@megamed.pl.

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

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



USG BARKU I BIODRA

M. Podgórski

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-58-9, format 185 x 185, opr. miękką,
128 str., cena: 53.10 zł

Praktyczny przewodnik, z którego skorzystają zarówno osoby początkujące, jak i doświadczeni ultrasonografici.

- podstawowe zasady badania ultrasonograficznego w ortopedii,
- technika badania dwóch najważniejszych stawów panewkowych: biodrowego i ramiennego,
- obrazy prawidłowe oraz najczęstsze patologie i artefakty,
- badania pokazowe obu stawów,
- przykładowe wzory opisów badania,
- ponad 80 filmów dostępnych online.



Żywienie i suplementacja w sporcie

Massimo Spattini

red. E. Hryniewiecka

rok wydania 2021

ISBN: 978836-654-86-33, format: 170 x 240, okładka miękka,
504 str., cena: 96.75 zł

Większość osób regularnie praktykujących aktywność fizyczną stosuje dietę i używa suplementów diety w celu poprawy swojej sprawności, znajdując na rynku szeroką ofertę produktów, spośród których nie zawsze łatwo dokonać wyboru. W niniejszej książce przedstawiono sposoby służące poprawie wydolności, bazując na mocnych danych naukowych i w sposób w pełni bezpieczny. W odniesieniu do wszystkich rodzajów aktywności fizycznej, począwszy od siłowni aż do kolarstwa poprzez crossfit, przedstawiono sugestie dotyczące najbardziej odpowiednich sposobów żywienia i suplementa-

cji, bez jednoczesnego pomijania potrzeb szczególnych grup osób uprawiających sport, takich jak seniorzy, osoby chorujące na cukrzycę czy weganie. Przedstawiono zatem, w ponad 60 szczegółowych punktach, cechy i właściwości wszystkich suplementów diety mogących wspomagać nasz organizm w uzyskaniu poprawy sprawności fizycznej i wydolności sportowej. W celu ułatwienia wyboru każdemu suplementowi diety przyporządkowano punktację odnoszącą się do jego skuteczności w poprawie poszczególnych rodzajów sprawności wchodzących w skład wydolności sportowej (siła, wydolność, masa, wytrzymałość, odchudzanie, koncentracja).



Techniki iniekcyjne w zabiegach medycyny estetycznej

T.C. Kontis, V.G. Lacombe

red. A. Ignaciuk

rok wydania: 2021

ISBN: 978-83-66548-66-4, format: 170 x 240, oprawa miękka,
232 str., cena: 134.10 zł

Medycyna estetyczna stała się w ostatnich latach jedną z najdynamiczniej rozwijających się dziedzin sztuki lekarskiej. Wskazuje na to nie tylko bardzo duża liczba pacjentów korzystających z jej usług, ale także ogromne zainteresowanie ze strony lekarzy ją praktykujących. Reprezentują oni najróżniejsze doświadczenia zawodowe, różne specjalizacje, duża ich część posiada wykształcenie specyficzne dla medycyny estetycznej, uzyskane podczas studiów podyplomowych, liczni korzystają z kursów, szkoleń i kongresów organizowanych między innymi przez reprezentowane przeze mnie Polskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej i Anti-Aging.

Dynamika wprowadzania do medycyny estetycznej nowych terapii, technik i produktów powoduje, że dla lekarza ją praktykującego istnieje potrzeba ciągłej aktualizacji wiedzy i dostępności aktualnych publikacji.

Oddawany do Waszych rąk Koleżanki i Koledzy podręcznik, który w zwięzłej formie przedstawia i przypomina podstawowe założenia technik iniekcyjnych, jak dowodzą statystyki najczęściej wykonywanych zabiegów, dostosowany do warunków praktykowania w naszym kraju, nie tylko przyda się w codziennej praktyce, ale może być inspiracją do poszerzenia propozycji terapeutyczno-korekcyjnych.

Proszę pamiętać, że medycyna estetyczna wymaga specyficznej wiedzy, jej przygotowania i weryfikowania, w czym niewątpliwie może pomóc specjalistyczna, przeznaczona dla lekarzy książka Techniki iniekcyjne w zabiegach medycyny estetycznej.

Polecam!

Dr med. Andrzej Ignaciuk

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Estetycznej i Anti-Aging
Prezes Międzynarodowej Unii Medycyny Estetycznej



OKULISTYKA DZIECIĘCA I ZEZ. BCSC 6. SERIA BASIC AND CLINICAL SCIENCE COURSE

red. W. Hautz, P. Loba, M. Rękas
rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-68-8, format 175 x 235, oprawa miękka, 496 str., cena: 152.09 zł

Seria podręczników Basic and Clinical Science Course™ (BCSC) to kompleksowe, a zarazem zwarte kompendium wiedzy w zakresie szeroko pojętej okulistyki.

Co roku członkowie Amerykańskiej Akademii Okulistyki (American Academy of Ophthalmology – AAO) weryfikują zawartość podręczników, wzbogacają je o wiele nowych tekstów, liczne ilustracje i materiały filmowe, zwracając szczególną uwagę na wprowadzanie uaktualnień naukowych, co pozwala okulistom na bieżąco zaznajamiać się z najnowszymi odkryciami dotyczącymi wielu podspecjalności i stosować je w swojej praktyce klinicznej.

Seria BCSC powstaje dzięki wysiłkowi i doświadczeniu ponad 90 znakomitych autorów oraz zespołu redakcyjnego AAO. Przed publikacją każdy tom oceniany jest m.in. przez członków Akademickiego Komitetu Doradczego Okulistów Praktyków ds. Nauki (Academy's Practicing Ophthalmologists Advisory Committee for Education). Dodatkowo członkowie Europejskiej Rady Okulistyki (European Board of Ophthalmology) sprawdzają tekst pod względem różnic między amerykańską a europejską praktyką okulistyczną.

Niniejsza książka jest autoryzowanym tłumaczeniem publikacji zatytułowanej Basic and Clinical Science Course™, Section 6: Pediatric Ophthalmology and Strabismus wydanej przez American Academy of Ophthalmology (San Francisco); 2019–2020.

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