



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Luty 2021

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 290

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)





# MĘŻCZYŻNA - MOTYL

Kolejka była długa. Staliśmy ciasno i zanim wybiła trzecia, korytarz zbrzązował od płaszczy i beretów. Urzędniczka czytała nazwiska.

– *Moryto* – padło jak komenda.

Na scenę wszedł najprawdziwszy Wieniedikt Jerofiejew. W prochowcu i szubie, jakby dopiero co wysiadł z pociągu Moskwa–Pietuszki. Toczka w toczkę ten sam. Podszedł do okienka, ale nie tak, jak się podchodzi, noga za nogą, ciężko, tylko niedbale, z rękami w kieszeniach, coś tam mruczał, podczas gdy papieros kołysał się na wargach.

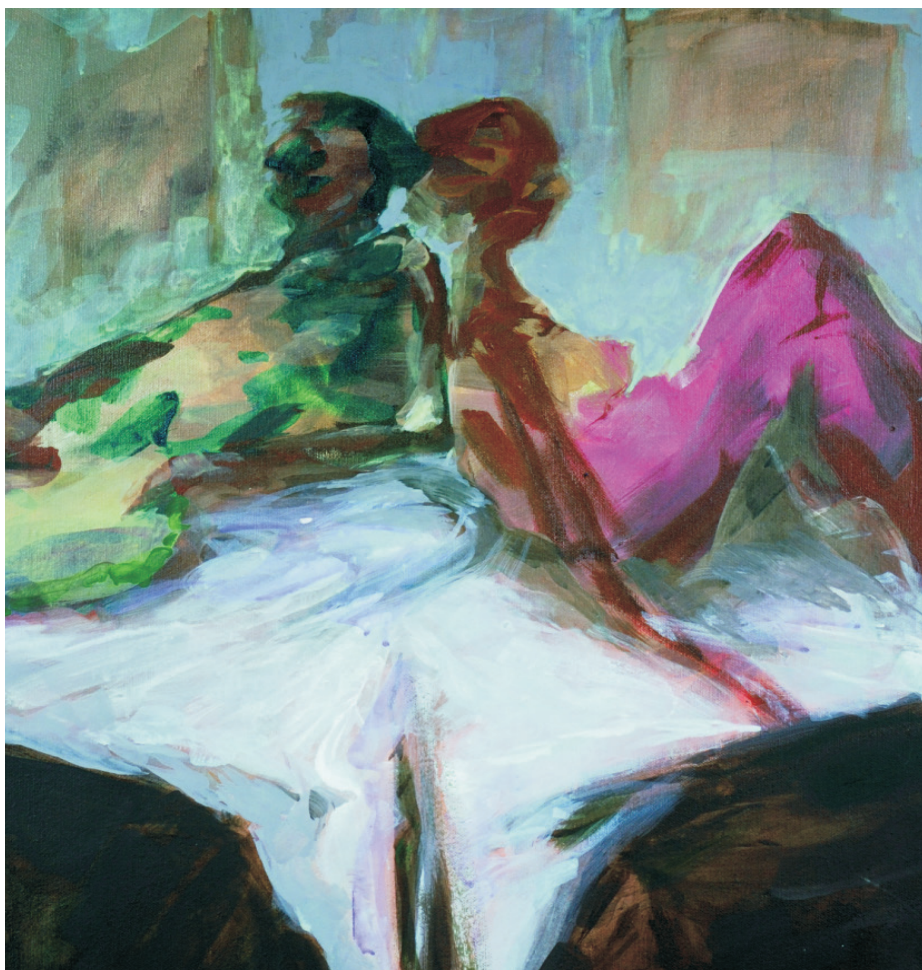
– *Tu się nie pali!* – wycedził mężczyzna z apaszką w słonie.

I nagle zapadła cisza. Kancelistka spiorunowała wzrokiem Morytę. Wszyscy jak jeden mąż zaczęliśmy przeczekać najgorsze. Do tej pory żyliśmy w świecie Gogola, pobłażliwym, bezinteresownym, ze słowiańską potrzebą ludzkich kontaktów, a w jednej chwili ten świat zaczął pędzić w stronę Kafki. Jego urzędów i procesów. Kiedy już klęska administracyjna zdawała się nieunikniona, zdarzył się cud.

– *Ten pan może palić* – głośno i nieoczekiwanie oznajmiła kierowniczką biura. – *Ten pan to wielki artysta.*

\* \* \*

Na obrazach Zygmunta Moryty zacierają się kontury. Horyzont dłuży się jak samotność, postacie ukryte w rozmytych barwach szukają swoich dawnych odbić. Jej dłoń milknie w pożegnany gest, on płowieje przy kolejnej szklance



szampana, ktoś zostawia wstyd na krawędzi kanapy, ktoś inny liczy nieczułe lata.

Tam, gdzie zieleń kłóci się z fioletem – to czyjes plecy zgarbione milczeniem, tam, gdzie szarość pokrywa się rdzą – to starzec puszcza latawce. Wystarczy podejść bliżej, aby zobaczyć, że te latawce to kalendarze. A on wierzy, i to wierzy święcie, że gdy polecą z wiatrem, będzie młody jak kiedyś.

Jego obrazy to niekończące się historie, muśnięte lekkim pędzlem. Nie można mieć jednego, natychmiast biegnie się po następny, jak po kolejny tom ulubionej powieści, jak po nową płytę Maleńczuka.

Ciekawość nie pozwala zasnąć. Pytania błędzą i powracają jak twarze na płótnach – te zwrócone do siebie plecami i te pielęgnujące lęk. Jak naręcza pogardy malowane purpurą, jak zdrady w ciepłych odcieniach beżu.

A tło obrazów to kolejne opowieści. Kolory błędną albo porastają mchem, to ciemnieją, to chudną, zbliżają się do ziemi i fruną w błękit.

\* \* \*

Kiedyś namalował kwiaty. Wielbiciele ballad mogą jednak uspokoić skołataną nerwy, bo płótna przywodzą na myśl koreańskie hwajopto (obrazy z kwiatami i motylami) albo paekjopto (obrazy ze stoma motylami) i opowiadają o miłości. Ona ukazana jest pod postacią róży eglanterii, on leci nad nią i trzepocze skrzydłami. Czasem kwiaty broczą krwią, innym razem motyle giną w sieci.

– *Ależ tu nie ma motyli* – powie z przekąsem niedowiarek.

Motylem jest Zygmunt, jak Nam Nabi, słynny XIX-wieczny koreański malarz, za którym wołano na ulicy w jego rodzinnym mieście:

– *Idzie mężczyzna-motyl, idzie mężczyzna-motyl!*

Ten tekst napisałam kilkanaście lat temu. Zaraz jak poznałam Zygmunta Morytę. Potem wiele razy bywałam w jego pracowni na parterze. Mężczyzna – motyl parzył mocną kawę, zapadał się w starym, wyleniałym fotelu i zapalał papierosa. W pokoju panował półmrok: od zasuniętych do połowy kotar, dawno nieumytych szyb, dymu płamiącego sufit i ściany. Siedzieliśmy pod antresolą, przy niewielkim stole na patykach, wciśnięci w kącie, zacienieni. Cień nie opuszczał też jego obrazów, włókł się po nich i maskował mieszkające tam postacie. Zygmunt Moryto raz chował w swoim własnym cieniu, to znów szukał cienia innych ludzi, by się w nim bezpiecznie ukryć. Zmarł pierwszego stycznia tego roku. Miał 66 lat, dyplom Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie, wiele wystaw za sobą, wiele przed sobą.

Agnieszka KANIA





Nowy Rok 2021 nie zaczął się najlepiej – nadal szaleje na świecie pandemia covidowa. Co prawda pojawiło się jakieś światło w tunelu, bo od końca grudnia zaczęły się szczepienia wśród pracowników ochrony

zdrowia, ale zważywszy na rozmiar całego przedsięwzięcia, jego skomplikowanie organizacyjne oraz zapowiadany (piszę te słowa w połowie stycznia) 2-tygodniowy przestój firmy Pfizer w produkcji szczepionek, dość maronie wygląda realizacja zapowiedzi rządowych dotyczących harmonogramu szczepień pozostałych grup społecznych w Polsce. Miernym pocieszeniem dla nas jest to, że podobne problemy (choć znacznie mniejsze) mają inne kraje Starego Kontynentu.

Jednym z niewielu pozytywów tej sytuacji jest przynajmniej to, że gwałtownie umilkły głosy antyszczepionkowców i szybko wzrasta liczba osób deklarujących chęć zaszczepienia się. Miejmy więc nadzieję, że wszystko będzie przebiegało coraz lepiej.



Koleżanki! Koledzy!

Rozpoczął się Nowy Rok, ale jakże odmienny od innych. Jest pokłosiem poprzedniego roku, którego z pewnością nie da się zapomnieć. Czy będzie inny? Czy da nam nadzieję i wiarę w to, że jednak postęp medycyny opanuje koronawirusa i jego mutacje? Nasuwa się wiele pytań i dopiero końcówka roku da nam, choć częściowo, odpowiedź na te i inne, stawiane sobie pytania. Choć wszyscy jesteśmy w mocnej niepewności życzę Wam, by Wasze plany i nadzieje spełniły się!

Wracając do spraw bieżących pragnę przekazać, że od 8 stycznia br. wszedł obowiązek wystawiania skierowań w postaci elektronicznej (e-skierowanie) w Systemie e-Zdrowie. A więc musimy wystawiać e-skierowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych z wyłączeniem porady specjalistycznej – logopedia, na leczenie szpitalne w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na badania medycyny nuklearnej i badania TK, finansowanych ze środków publicznych i ze środków innych niż środki publiczne, na badania MR, badania endoskopowe przewodu pokarmowego oraz badania echokardiograficzne płodu finansowane ze środków publicznych. Pragnę zwrócić uwagę Szanownego Koleżństwa, że dotyczy to także lekarzy nie powiązanych z Narodowym Funduszem Zdrowia, którym zdarza się

Tymczasem przedstawiam Państwu kolejny numer naszego izbowego Biuletynu, w którym po raz kolejny powracam do sprawy „katastrofy” emocjonalnej i psychicznej spowodowanej trwającą już prawie rok pandemią. Zamieszczam więc następne poradniki, jak radzić sobie ze stresem i skutkami tak długotrwałego przygnębienia i strachu.

Wszystkim pracującym zaś przypominam o obowiązku ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, który należy spełnić do końca lutego. W Biuletynie macie więc konkretne informacje dotyczące tej sprawy.

Jeszcze raz życząc wszystkim spokojniejszego Nowego Roku, żegnaję się do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

Wyrazy szczerzego żalu i współczucia Koledze  
dr n. med. Marcinowi Mielczarkowi  
członkowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu  
z powodu śmierci ukochanego

OJCA

**Dr Bogdana Mielczarka**

składają

Prezes i Członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Opolu

## SZPALTA PREZESA

kierować swoich pacjentów na leczenie szpitalne, tudzież na inne badania. Można w tych przypadkach skorzystać ze strony [www.gabinet.gov.pl](http://www.gabinet.gov.pl) lub wprowadzić do posiadanych już systemów informatycznych stosowną aplikację.

Koniec lutego to także koniec naszych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Pełną informację na ten temat znajdziecie Państwo w środku Biuletynu. Chciałabym tylko zaznaczyć, że ceny i warianty ubezpieczeń są zeszłoroczne. Ponadto znajdziecie Państwo w tym materiale odpowiedzi na najczęściej zadawane mi pytania, a związane z obecną sytuacją epidemiologiczną.

Życzę przyjemnej lektury.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Koleżanki i Koledzy!

Informuję, że w oparciu o art. 82 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych, Minister Zdrowia może wnioskować do Prezesa Rady Ministrów o przyznanie rent specjalnych dla członków rodzin lekarzy i lekarzy dentyków, którzy zmarli z powodu COVID-19, a zakażenie wirusem SARS-CoV-2 miało związek z wykonywaniem zawodu.

Proszę więc o zorientowanie się w swoim miejscu zamieszkania i pracy, czy nie było takich przypadków i przekazanie tej informacji do biura Izby.

PREZES

Opolskiej Izby Lekarskiej

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



## UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ 2021 ROK

Koleżanki i Koledzy!

Od 1 marca 2021 r. kontynuować będziemy program Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej oraz ubezpieczenie Ochrony Prawnej Lekarza (na niezmiennych zasadach i warunkach finansowych) wynegocjowany przez naszego partnera – Brokera PWS Konstanta SA z PZU SA oraz InterRisk TU S.A.

Podobnie, jak w roku ubiegłym istnieje możliwość przystępowania do ubezpieczenia bezpośrednio przez stronę internetową [www.polisagrupowa.pl](http://www.polisagrupowa.pl) lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby, do czego zachęcamy wszystkich członków Opolskiej Izby Lekarskiej.

Z uwagi na utrudnienia bezpośredniego kontaktu w biurze Izby – prosimy o nieodkładanie kontynuacji ubezpieczenia do ostatniej chwili. Szczegóły dotyczące możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia znajdują się na końcu tego artykułu

### Ubezpieczenie w czasach pandemii

W związku z sytuacją związaną z wystąpieniem pandemii oraz pojawiającymi się pytaniami na wstępie pragniemy przekazać Państwu informację na temat ochrony obowiązującego programu w kontekście zadawanych pytań, a związanych z pracą w warunkach występowania SARS-COV-2.

Broker PWS Konstanta S.A., który przygotował dla nas program na podstawie uzyskanych informacji z PZU SA, a także analizy warunków ubezpieczenia udzielił odpowiedzi na poniższe pytania:

Czy w warunkach zawartych ubezpieczeń mieści się odpowiedzialność cywilna z tytułu działania lekarza, lekarza dentystry w związku z ogłoszonym stanem epidemii z powodu SARS-COV-2? Jeżeli tak, to w jakim zakresie?

Odpowiedź: Program ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla lekarzy nie ogranicza ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ewentualnych roszczeń mogących powstać w związku z SARS-COV-2. W celu potwierdzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej broker PWS Konstanta S.A. zwrócił się z zapytaniem do Ubezpieczyciela – Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń SA i uzyskał następującą odpowiedź:

„PZU SA odbiera bardzo liczne zapytania od lekarzy, jak i całego środowiska medycznego dotyczące zawartych umów ubezpieczenia, jak również możliwości zapewnienia ochrony lekarzom w związku sytuacją wywołaną koronawirusem SARS-CoV-2.

W związku z powyższym chcielibyśmy podkreślić, że PZU SA w zakresie udzielanej lub już udzielonej ochrony ubezpieczeniowej nie wprowadziło obostrzeń związanych z panującym stanem epidemiologicznym i nie mają zastosowania żadne dodatkowe ograniczenia odpowiedzialności.”

Jednocześnie, zwracamy uwagę, że ochrona ubezpieczeniowa w zakresie dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (w tym nadwyżkowego), zgodnie z § 9 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy ustalonych uchwałą nr UZ/427/2016 z dnia 24.10.2016 r. Zarządu PZU SA ze zmianami ustalonymi uchwałą UZ/215/2018 z dnia 06.07.2018 r. Zarządu PZU SA, nie obejmuje jednak szkód wyrządzonych umyślnie. W naszej ocenie przypadkiem, w którym ubezpieczyciel mógłby powołać się na obowiązywanie tego wyłączenia w kontekście zakażenia pacjenta SARS-CoV-2, mogłaby to być w szczególności sytuacja, w której lekarz udziela świadczeń zdrowotnych narażając pacjentów na transmisję wirusa w przypadku, gdy stwierdzono u tego lekarza zakażenie wirusem SARS-COV-2 lub chorobę zakaźną wywołaną tym wirusem, bądź lekarz ten został objęty kwarantanną. Jednocześnie wyjaśniamy, że zgodnie z § 5 ust. 3 w/w OWU ochroną są objęte szkody wyrządzone wskutek rażącego niedbalstwa.

Dodatkowo informujemy, że zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, uregulowanego przepisami rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 29 kwietnia 2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 866), nie zawiera wyłączenia dotyczącego szkód wyrządzonych umyślnie

Czy któreś warianty ubezpieczeń w tzw. klauzuli nadwyżkowej przewidują ubezpieczenie NNW, rozszerzone o zarażenie koronawirusem, czy tylko dotyczy to zarażenia się wirusami WZW lub HIV?

Odpowiedź: Ubezpieczenie NNW z rozszerzeniem o WZW i HIV obejmuje jedynie przypadki zachorowania na te dwie jednostki chorobowe.

Zabezpieczenie lekarzy na wypadek zachorowania, jak i śmierci na skutek zachorowania na SARS-CoV-2?

Odpowiedź: Pragniemy Państwu przypomnieć, że w Opolskiej Izbie Lekarskiej od 2016 r. istnieje możli-

wość przystąpienia lekarzy będących członkami izby lekarskiej do grupowego ubezpieczenia na życie wraz z utratą dochodów na skutek choroby w TU Generali Życie S.A. Oferta jest bardzo szeroka i obejmuje zarówno opcje z utratą dochodu jaki i bez.

Na początku pandemii ubezpieczyciel potwierdził pokrycie ubezpieczeniowe dla przypadków zachorowania lekarza na SARS-CoV-2.

Ochrona ubezpieczeniowa w tym programie jest szeroka i obejmuje między innymi:

1. Czasową niezdolność do pracy (utrata dochodów).
2. Śmierć ubezpieczonego.
3. Wypłatę świadczenia za pobyt ubezpieczonego w szpitalu.

Zachęcamy do zapoznania się z ofertą dostępną przez baner. Zwracamy jednak uwagę na obowiązujące w tej chwili karencje w wypłacie odszkodowania, które dla powyższych świadczeń wynoszą:

- 3 miesiące – pobyt w szpitalu (za wyjątkiem pobytu w szpitalu w wyniku NNW),
- 6 miesięcy – śmierć ubezpieczonego (za wyjątkiem zgonu w wyniku NNW) oraz czasowa niezdolność ubezpieczonego do pracy.

#### Przypomnienie warunków programu. Sposób zawarcia ubezpieczenia

Ubezpieczenie obowiązkowe wraz z ochroną prawną proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU uwzględnia podział na trzy grupy specjalności:

Grupa I (składka 454 zł)	Grupa II (składka 202 zł)	Grupa III (składka 124 zł)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestezjologia i intensywna terapia</li> <li>• Chirurgia ogólna</li> <li>• Chirurgia dziecięca</li> <li>• Chirurgia naczyniowa</li> <li>• Chirurgia onkologiczna</li> <li>• Chirurgia plastyczna</li> <li>• Torakochirurgia</li> <li>• Kardiochirurgia</li> <li>• Neurochirurgia</li> <li>• Chirurgia szczękowo-twarzowa</li> <li>• Chirurgia stomatologiczna</li> <li>• Urologia</li> <li>• Urologia dziecięca</li> <li>• Ortopedia i traumatologia</li> <li>• Ginekologia i położnictwo</li> <li>• Ginekologia onkologiczna</li> <li>• Medycyna ratunkowa</li> <li>• Neonatologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Medycyna sportowa</li> <li>– Radioterapia</li> <li>– Lekarz dentysta nie posiadający żadnej specjalizacji oraz</li> <li>– pozostałe specjalności stomatologiczne poza chirurgią stomatologiczną np.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ortodoncja</li> <li>• periodontologia</li> <li>• protetyka stomatologiczna</li> <li>• stomatologia dziecięca</li> <li>• stomatologia zachowawcza z endodoncją.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Wszystkie pozostałe specjalności</p> <p><b>Uwaga:</b></p> <p>Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakieś zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć jak w grupie II.</p>





- Jeżeli lekarz ma kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, którą wykonuje.
- Jeżeli lekarz wykonuje kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, która ma wyższą składkę.

W przypadku lekarzy będących w trakcie specjalizacji, nieposiadających żadnej innej specjalizacji, nalicza się składkę przewidzianą dla grupy ryzyka obejmującej faktycznie wykonywaną specjalizację. W dalszym ciągu istnieje możliwość bardzo korzystnego ubezpieczenia pakietowego (**połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym**) tzw. **klauzulą nadwyżkową**.

Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, których nie zawiera ubezpieczenie obowiązkowe:

- udzielanie pierwszej pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udzielał jej po spożyciu alkoholu),
- udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej – nie dotyczy stałej pracy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego lub podejmowanych w ramach stażu, praktycznej nauki zawodu, delegacji służbowej, udziału w konferencjach naukowych oraz wyjazdów interwencyjnych z pomocą medyczną obywateli RP,
- uwzględnienie w składce podstawowej zabiegów estetycznych i kosmetycznych,
- koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,
- niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie oraz pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł),
- szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ubezpieczenie od innych zdarzeń odpowiedzialności cywilnej, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu domu lub poślizgnięcie się pacjenta na mokrej posadzce w pomieszczeniu, w którym jest gabinet itp.)
- szkody związane z utratą, uszkodzeniem mienia przechowywanego do 5.000 zł, np. mienie pacjenta pozostawione w poczekalni lub depozycie,

- szkody nie związane ze szkodą osobową lub rzeczową (limit 100.000 zł),
- w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, PZU S.A. dla każdego Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty usługi Asysty Prawnej (usługa assistance). Nr telefonu Centrum Alarmowego dla Asysty Prawnej: 22/505-16-04.

Usługa asysty prawnej polega na:

- udzielaniu telefonicznie lub udzielaniu w formie elektronicznej konsultacji prawnych,
- przysyłaniu w formie elektronicznej wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu prawnego,
- przysyłaniu w formie elektronicznej tekstów obowiązujących lub archiwalnych (obowiązujących na dany dzień) aktów prawnych prawa polskiego,
- informacje o obowiązujących procedurach sądowych i kosztach prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw,
- przesłanie danych teleadresowych instytucji (sąd, prokuratura, kancelarie prawne).

W ramach składki ubezpieczeniowej ubezpieczenia pakietowego uzyskuje się również:

- ubezpieczenie na wypadek szkód wynikających z naruszenia praw pacjenta w tym również szkód nie będących szkodą osobową czy rzeczową (np. badanie pacjenta bez zachowania intymności),
- ubezpieczenie szkód wyrządzonych w związku z uczestnictwem w eksperymencie medycznym lub badaniach klinicznych (jeżeli sponsor wykupił ubezpieczenie obowiązkowe)
- ochronę prawną (ubezpieczaną przez TU Inter Risk S.A.) do kwoty 50.000 zł. Ubezpieczenie ochrony prawnej ma na celu zagwarantować lekarzowi bezwarunkowe pokrycie kosztów ochrony prawnej w przypadku wystąpienia do lekarza z roszczeniem odszkodowawczym przez poszkodowanego pacjenta, NFZ, czyli: koszty wynajęcia adwokata, radcy prawnego, który odpisze na pozew, będzie reprezentował go w Sądzie, koszty powołania biegłych; koszty te pokrywane są do 50.000 zł w granicach wynagrodzenia określonego przez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości, który wyznaczył minimalne należne wynagrodzenie adwokatom, radcom prawnym (konieczne jest zgłoszenie przez lekarza wniosku na piśmie),
- Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia ochrony prawnej: **CORIS LEX SERVICES SP. z o.o., tel. (22) 647-56-10 (7 dni w tygodniu, w godz. 9.00-21.00; fax. (22) 568-98-99 (24 h); e-mail: interrisk@asysta.prawnika.pl 24 h.**

## A oto warianty tego ubezpieczenia:

• za 20 zł można podnieść sumę gwarancyjną do

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna OC	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
100.000,00 zł	545,00 zł	265,00 zł	161,00 zł
200.000,00 zł	643,00 zł	298,00 zł	173,00 zł
300.000,00 zł	669,00 zł	304,00 zł	180,00 zł
400.000,00 zł	701,00 zł	314,00 zł	188,00 zł
500.000,00 zł	715,00 zł	320,00 zł	192,00 zł
700.000,00 zł	727,00 zł	324,00 zł	196,00 zł
800.000,00 zł	735,00 zł	335,00 zł	215,00 zł
1.300.000,00 zł	903,00 zł	402,00 zł	243,00 zł
1.500.000,00 zł	990,00 zł	420,00 zł	290,00 zł
2.500.000,00 zł	1.722,00 zł	733,00 zł	453,00 zł
3.000.000,00 zł	1.940,00 zł	820,00 zł	540,00 zł
3.500.000,00 zł	2.090,00 zł	870,00 zł	590,00 zł

500.000 zł na szkodach w ruchomościach i nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu, dzierżawy lub innego stosunku prawnego – **chodzi o szkody w użytkowanym obcym sprzęcie np. medycznym.**

Lekarz (lekarz dentysta) niewykonujący praktyki lekarskiej i niepodlegający ubezpieczeniu obowiązkowemu może skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego. Daje ono

ochronę przy udzielaniu pierwszej pomocy (nawet pod wpływem alkoholu w sytuacjach ratujących życie) oraz pokrywa szkody rzeczowe wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu tej pierwszej pomocy. Daje również ochronę w innych sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych, niezwiązanych z pracą etatową i niewymagających założenia prywatnej praktyki.

## A oto warianty tego ubezpieczenia:

Suma gwarancyjna OC	Grupa I - składka	Grupa II - składka	Grupa III - składka
100.000,00 zł	256,00 zł	139,00 zł	82,00 zł
200.000,00 zł	301,00 zł	155,00 zł	93,00 zł
300.000,00 zł	340,00 zł	169,00 zł	103,00 zł
400.000,00 zł	350,00 zł	180,00 zł	110,00 zł
500.000,00 zł	375,00 zł	190,00 zł	115,00 zł
700.000,00 zł	402,00 zł	197,00 zł	117,00 zł
800.000,00 zł	420,00 zł	203,00 zł	122,00 zł
1.300.000,00 zł	519,00 zł	243,00 zł	145,00 zł
1.500.000,00 zł	540,00 zł	255,00 zł	165,00 zł
2.500.000,00 zł	994,00 zł	436,00 zł	268,00 zł
3.000.000,00 zł	1.050,00 zł	470,00 zł	340,00 zł
3.500.000,00 zł	1.090,00 zł	540,00 zł	420,00 zł







Każdy, kto wykupi jeden z wariantów ubezpieczenia OC (niezależnie czy tylko obowiązkowe, czy tylko dobrowolne, czy pakietowe) może za dodatkową składkę

zawrzeć ubezpieczenie NNW, rozszerzone dodatkowo o zarażenie się wirusami WZW lub HIV.

Ubezpieczenie to obejmuje zarówno świadczenie jednorazowe z tytułu samego zakażenia, jak i koszty leczenia.

A oto, jakie są warianty tego dodatkowego ubezpieczenia (wszystkie kwoty podane są w złotych):

NNW	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000
Wypłata 1-razowa z tytułu WZW	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Wypłata 1-razowa z tytułu HIV	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Koszty leczenia	3.000	5.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
<b>Składka</b>	<b>86</b>	<b>110</b>	<b>170</b>	<b>180</b>	<b>210</b>	<b>259</b>	<b>299</b>	<b>417</b>

### Przystąpienie do ubezpieczenia

W związku z ograniczeniami związanymi z występowaniem pandemii zachęcamy Państwa do przystępowania do ubezpieczenia bezpośrednio przez stronę internetową [www.polisagrupowa.pl](http://www.polisagrupowa.pl) lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby. Zawarcie ubezpieczenia zajmuje kilka minut bez konieczności wychodzenia z domu, a cała dokumentacja wraz z potwierdzeniem ochrony trafia do Państwa w czasie rzeczywistym.

Zachęcamy do korzystania z tego rozwiązania. Jest ono dedykowane dla naszej Izby Lekarskiej. Dodatkowo na stronie znajduje się szereg informacji na temat Programu ubezpieczenia oraz jest możliwość sięgania do polis z bieżącego oraz poprzednich okresów ubezpieczenia, jeśli wcześniej skorzystaliście już z tej możliwości zakładając konto na stronie.

Zawierając ubezpieczenie OC Lekarza przez stronę internetową otrzymujecie bezpośrednio na swojego maila potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia OC Lekarza oraz Ochrony Prawnej, co pozwoli na zaoszczędzenie czasu. Składkę będzie można uiścić przelewem na kon-

to bankowe Opolskiej Izby Lekarskiej w terminie 7 dni od daty wystawienia potwierdzenia ubezpieczenia.

Pozostawiamy możliwość zawarcia ubezpieczenia w Izbie, zwracamy jednak uwagę, że mogą wystąpić trudności organizacyjne niezależne od naszej woli. Niestety w przypadku opóźnienia w zgłoszeniu istnieje ryzyko powstania luki w okresie ochrony ubezpieczenia. Prosimy nie pozostawiać tej sprawy do ostatniej chwili.

Uruchomienie możliwości zawarcia ubezpieczenia online – **od 15 stycznia 2021 r**

Informujemy także, że nasz Broker zobowiązał się do udzielenia Państwu wsparcia w zawarciu ubezpieczenia przez internet poprzez możliwość kontaktu telefonicznego (poza kontaktem z Izbą):

1. Jadwiga Kołodziejczyk – 662-246-213,
2. Jadwiga Senecka – 604-269-575.

W przypadku wyboru tradycyjnej formy ubezpieczenia (poprzez kontakt z pracownikiem Biura Izby) składki będą zbierane w okresie **od 8 do 22 lutego 2021 r.**

*Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

## OSTATNIE DWA POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W ROKU 2020

W dniu 25 listopada 2020 r. odbyło się internetowe posiedzenie Rady Okręgowej, na której omawiane były następujące sprawy.

### Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły następujące wnioski:

- lek. Leona Paszkiewicza o przyznanie prawa wykonywania zawodu po odbytych stażu podyplomowym,
- lek. Bożeny Sokólskiej o wydanie duplikatu PWZ,
- lek. dent. Pawła Marca o wpis na listę członków naszej Izby (przeniesienie z OIL w Rzeszowie).

Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

### Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

### Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Do Rady wpłynęły wnioski o wykreślenie z rejestru trzech praktyk – Rada podjęła uchwały w tych sprawach jednogłośnie.





## **Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych**

Do Rady wpłynęły trzy wnioski o bezzwrotną zapomogę, z których jeden Rada jednogłośnie zaakceptowała, w następnym zaś – przy jednym głosie wstrzymującym.

Lek. Natalia Pelczar – przedstawiciel Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy złożyła wniosek o dofinansowanie przez Izbę kwotą 2.000 zł V Ogólnopolskiego Turnieju Tenisa Ziemnego Lekarzy w Opolu, który odbędzie się w sierpniu 2021 r. Rada podjęła w tej sprawie uchwałę przy dwóch głosach wstrzymujących się.

## **Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych**

Brak wniosków.

## **Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej**

Wnioski o zwolnienie z opłacania składek członkowskich w związku z nieosiąganiem przychodów złożyło dziewięciu lekarzy – wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

## **Uchwały w sprawie powołań kandydatów na konsultantów wojewódzkich w różnych dziedzinach**

Z upoważnienia Wojewody Opolskiego Dyrektor Miechysław Wojtaszek zwrócił się z prośbą o wydanie opinii dotyczących powołania kandydatów na konsultantów wojewódzkich w dziedzinie:

- alergologii – dr n. med. Janusz Zaryczański (kontynuacja);
- gastroenterologii – lek. Jarosław Struzik (kontynuacja); hematologii – dr n. med. Dariusz Woszczyk (kontynuacja)
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu – lek. Mariusz Ciszewski.

Uchwały w pierwszych 3 przypadkach Rada podjęła jednogłośnie, zaś w ostatnim – przy jednym głosie wstrzymującym się.

## **Sprawozdanie z Konwentu Prezesów ORL z dnia 5 listopada i posiedzenia NRL z dnia 6 listopada 2020 r.**

Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka przekazała informacje z Posiedzenia Konwentu Prezesów, które odbyło się on-line w dniu 5 listopada 2020 r., na którym poruszono następujące problemy:

1. Postanowiono złożyć wniosek do NRL (posiedzenie w dniu następnym) o usunięcie na czas nieokreślony z programu posiedzenia zagadnień medycyny estetycznej.
2. Omówiono aktualną sytuację w Ministerstwie Zdrowia (dymisja J. Szczurek-Żelazko) i jej wpływu na rozesłane do izb lekarskich umowy na przekazanie środków budżetowych na pokrycie kosztów czynno-

ści przejętych przez Samorząd Lekarski od organów administracji państwowej (kwota jak w ubiegłym roku) oraz konieczność podpisania dokumentów podpisem kwalifikowanym.

3. Omówiono aktualną sytuację w ochronie zdrowia - projekt stanowiska Konwentu do NRL o wystosowanie apelu do Ministra Zdrowia w sprawie przyznania dodatku „covidowego” każdemu pracownikowi medycznemu udzielającemu świadczeń pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2.

Sprawozdanie z posiedzenia NRL z dnia 6 listopada 2020 r. przekazał skarbnik ORL Jerzy Jakubiszyn. Posiedzenie odbyło się w formie videokonferencji.

Na wstępie Prezes NRL A. Matyja powitał w gronie uczestników dr Pawła Grzesiowskiego, który został ostatnio ekspertem NRL ds. pandemii COVID-19.

Po zatwierdzeniu programu posiedzenia Rady, Prezes oddał głos dr Grzesiowskiemu, który przedstawił projekt Stanowiska NRL w sprawie propozycji zmiany strategii walki z COVID-19. W stanowisku zawarte zostały propozycje rozwiązań dotyczących: diagnostyki zakażeń COVID-19, zwiększenia bazy miejsc szpitalnych dla pacjentów COVID+ bez dalszego ograniczania dostępu do opieki stacjonarnej dla pozostałych pacjentów, rozbudowy bazy izolatoriów, wsparcia transportu sanitarnego i ratownictwa medycznego, zmiany zasad finansowania świadczeń zdrowotnych związanych z COVID-19, wzmocnienia Inspekcji Sanitarnej oraz zwiększenia nacisku na działania uświadamiające społeczeństwo. Po dyskusji i naniesieniu niewielkich poprawek stanowisko zostało przyjęte.

Następnie kol. A. Cisło przedstawił projekt stanowiska odnoszącego się do współpracy lekarzy i lekarzy dentyistów z różnymi portalami, które przetwarzają dane tych lekarzy. Zwrócono uwagę, że lekarz/lekarz dentyista wyrażając zgodę na takie przetwarzanie danych (często wiążące się z publikowaniem ocen przez pacjentów) ponosi pełne konsekwencje za treść informacji, widniejących na portalu, w tym za ich zgodność z KEL. Dlatego też do stanowiska dołączony został wzór wniosku o usunięcie danych, który powinien zostać skierowany przez lekarza/lekarza dentyistę do administratora portalu w sytuacji, kiedy lekarz nie zgadza się z treścią publikowanych danych. Stanowisko zostało przyjęte.

Następnie NRL podjęła uchwałę o przyjęciu informacji o działalności samorządu w 2019 r. – dokument taki powstaje z mocy ustawy o izbach lekarskich co roku i jest przekazywany do Ministra Zdrowia.

W kolejnym punkcie NRL przyjęła uchwałę ustalającą kalendarz posiedzeń w roku 2021.

Na wniosek Przewodniczącej Konwentu Prezesów ORL rozpatrzony miał być apel do Ministra Zdrowia o zwiększenie wynagrodzenia dla wszystkich lekarzy, którzy ma-



ją styczność z pacjentami COVID+ oraz podejrzanymi o zakażenie. W dyskusji podkreślano, że aktualnie przy tak dużym odsetku pacjentów dodatnich wśród pacjentów testowanych (ponad 30%) w zasadzie każdy pacjent powinien być traktowany jako potencjalnie zakażony i dlatego te dodatki powinny dotyczyć wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów. Ustalono, że treść apelu zostanie dopracowana przy udziale radców oraz Przewodniczącej Konwentu i przedstawiona do zatwierdzenia w formie obiegowej.

### **Sprawy różne i wolne wnioski**

*Sekretarz ORL*

*Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

*Prezes ORL*

*Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

\* \* \*

W dniu 16 grudnia 2020 r. odbyło się - podobnie jak i w poprzednich miesiącach - internetowe ostatnie w tym roku posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Rada obradowała nad następującymi sprawami.

### **Przyznanie praw wykonywania zawodu**

Do Rady wpłynął wniosek o przyznanie PWZ po zakończeniu stażu podyplomowego od lek. Marty Rak oraz sześciu wniosków o wpis na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej w związku z przeniesieniem następujących osób:

- lek. dent. Chełchowska Weronika - przeniesienie z ŚIL w Katowicach,
  - lek. Gajewski Marcin – przeniesienie z OIL w Poznaniu,
  - lek. Niemczyk Katarzyna – przeniesienie z DIL we Wrocławiu,
  - lek. Niemczyk Aleksandra – przeniesienie z DIL we Wrocławiu,
  - lek. Chimowicz Joanna – przeniesienie z DIL we Wrocławiu,
  - lek. Garlińska Anna - przeniesienie z OIL w Łodzi.
- Wszystkie Uchwały podjęto jednogłośnie

### **Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy**

Brak wniosków.

### **Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich**

Do Rady wpłynęły cztery wnioski o wykreślenie praktyki lekarskiej, które zostały jednogłośnie przyjęte.

### **Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy**

Wpłynęły trzy wnioski o przyznanie zapomóg. W jednym przypadku uchwałę przyjęto jednogłośnie w jednym - przy jednym głosie wstrzymującym się i w kolejnym - przy dwóch głosach przeciw i jednym wstrzymującym się.

Po rozpatrzeniu pisma Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów naszej Izby Prezes złożyła wniosek o powołanie Komisji Orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu i zaproponowała jej następujący skład:

- dr Stanisław Kowarzyk – choroby wewnętrzne i endokrynologia,
- dr Barbara Iwan-Sławek – psychiatria,
- dr Elżbieta Sadowska – psychiatria,
- dr Izolda Świstun – psychiatria.

Rada podjęła uchwałę w tej sprawie jednogłośnie.

Wobec wyczerpania programu posiedzenia na tym je zakończono.

### **Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych**

Brak wniosków

### **Zmiany wysokości składki członkowskiej**

Wpłynęły 3 wnioski o zwolnienie z opłacania składek członkowskich. W jednym przypadku uchwałę przyjęto przy jednym głosie wstrzymującym się, a w dwóch pozostałych – przy jednym głosie przeciw i jednym głosie wstrzymującym się.

### **Uchwała w sprawie harmonogramu posiedzeń ORL i jej Prezydium oraz terminu XL Okręgowego Zjazdu Lekarzy**

Uchwałę podjęto jednogłośnie.

### **Uchwały w sprawie powołań kandydatów na konsultantów wojewódzkich w różnych dziedzinach**

Brak wniosków

### **Sprawozdanie z posiedzenia on-line Konwentu Prezesów ORL w dniu 10 grudnia i posiedzenia NRL w dniu 11 grudnia 2020 r.**

Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka przekazała informacje z Posiedzenia Konwentu Prezesów, które odbyło się on-line i na którym poruszano następujące problemy:

- Prezesa Andrzeja Matyja złożył wyjaśnienia w związku ze skierowaniem przez niego wniosku do KKW o odwołanie z funkcji Wiceprezesa NRL kolegi J. Kozakiewicza (prawomocny wyrok Sądu Pracy w Katowicach dotyczący mobbingu).
- Prezes Matyja skomentował brak przyjętego stanowiska NRL w sprawie przyjęcia przez nią definicji medycyny estetycznej oraz uchwały NRL w sprawie przyjęcia projektu zmian w ustawie o działalności



ści leczniczej i projekcie ustawy o wyrobach medycznych (brak quorum).

- Poruszono problematykę szczepień przeciw COVID-19 i wytycznych do nich.
- Prezes Matyja poinformował o udostępnieniu izbom lekarskim do wykorzystania dwóch opinii prawnych, zleconych przez NIL. Jedną z nich, autorstwa prof. Marka Chmaja, w przedmiocie oceny kryteriów nadużycia prawa w korzystaniu z dostępu do informacji publicznej, druga sporządzona przez prof. Mariusza Bidzińskiego w przedmiocie przedawnienia roszczenia o zapłatę składek członkowskich.
- Omówienie problematyki spodziewanego napływu lekarzy i lekarzy dentyków spoza Unii do pracy w Polsce i wspólnego, jednolitego stanowiska izb lekarskich co do kryteriów przyznawania im lub odmowy wydania czasowego PWZ. Prace w tym temacie będą cały czas kontynuowane.

Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 11 grudnia 2020 r. przedstawił skarbnik kol. Jerzy Jakubiszyn. Posiedzenie odbyło się w formie zdalnej przy użyciu systemu Go To Meeting.

W pierwszej części odbyło się Zgromadzenie Wyborcze, zwołane na wniosek Krajowej Komisji Wyborczej, jako efekt wniosku Prezesa NRL Andrzeja Matyji o odwołanie Jacka Kozakiewicza z funkcji Wiceprezesa NRL. Zgromadzeniu Wyborczemu przewodniczył przedstawiciel KKW, Jarosław Wanecki. Po sprawdzeniu prawomocności Zgromadzenia (członek wybranej Komisji Mandatowej odczytywał nazwiska członków NRL, którzy głosem potwierdzali swój udział - na 75 członków NRL obecnych było 69) głos zabrał Prezes NRL, który uzasadnił swój wniosek. Spowodowany on został uprawomocnieniem się wyroku Sądu Pracy w Katowicach, który uznał postępowanie Jacka Kozakiewicza, w okresie kiedy był Prezesem Śląskiej Izby Lekarskiej, w stosunku do jednej z pracownic biura Izby za mobbing. Prezes Matyja uznał, że pozostawianie kol. Kozakiewicza na stanowisku Wiceprezesa NRL w świetle tego wyroku kładzie się cieniem na wizerunku Samorządu Lekarskiego.

Następnie głos zabrał kol. Kozakiewicz, który podkreślał, że jest niewinny ponieważ jedynie wymagał od tej osoby rzetelnego wypełniania swoich obowiązków. Podkreślił swoje zasługi dla Samorządu Lekarskiego zarówno na Śląsku, jak i w strukturach krajowych. Przedstawił też opinię swojego mecenasa, który twierdził, że Zgromadzenie Wyborcze mające na celu procedurę odwołania z funkcji nie może być prowadzone w trybie zdalnym.

Po wysłuchaniu obu stron kol. Wanecki zarządził tajne głosowanie, które odbyło się poprzez system elektroniczny, odpowiednio do tego przygotowany przez informatyków NIL. Głosowało 69 osób - 51 było za odwołaniem (73,9%), osiem było przeciw, dziesięć wstrzymało się od głosu. Ponieważ odwołanie z funkcji jest skuteczne przy 2/3 głosów

za, kol. Kozakiewicz w jego wyniku ostatecznie został odwołany z funkcji Wiceprezesa NRL.

W trakcie właściwego posiedzenia NRL odbyło się spotkanie z Prezes firmy Pfizer Polska Dorotą Hryniewiecką-Firlej, która od 20 lat działa w biznesie farmaceutycznym, ale z wykształcenia jest lekarzem z doktoratem i pracowała na Oddziale Chorób Wewnętrznych. Przekazała ona, że poprzedniego dnia szczepionka firmy Pfizer skierowana na walkę z epidemią COVID-19 została zatwierdzona przez FDI w USA (wcześniej została zarejestrowana w Wielkiej Brytanii), a Europejska Agencja Rejestracji Leków powinna wydać swoją decyzję do końca roku. Odniosła się do najistotniejszych wątpliwości, które pojawiły się już w komentarzach, dotyczących bezpieczeństwa szczepionki. Po pierwsze – mechanizm mRNA, w oparciu o który nastąpi produkcja odpowiedniego białka, nie jest niczym nowym, jest znany od wielu lat, ale dopiero teraz został wykorzystany na tak masową skalę. Dzięki temu mechanizmowi prace nad powstaniem szczepionki mogły zostać tak mocno przyspieszone, a jednocześnie zapewniona jest wysoka skuteczność szczepionki. Szczepionka jest produkowana w zakładach pod Brukselą, skąd będzie transportowana w odpowiednich pojemnikach, zapewniających temperaturę -80o C do poszczególnych krajów. Punkt docelowy w Polsce zostanie wskazany przez Ministerstwo Zdrowia. Po wyjęciu z tego pojemnika szczepionka może być przechowywana w lodówce w temperaturze 2–8o C przez 5 dni (jedna fiolka szczepionki zawiera 5 dawek). Po krótkiej dyskusji Pani Prezes zobowiązała się do przygotowania odpowiedniego materiału na piśmie, który zostanie zamieszczony w „Gazecie Lekarskiej” oraz szeroko rozkolportowany wśród lekarzy, w którym wyjaśnione zostaną wszystkie wątpliwości, jakie wokół tej szczepionki się pojawiły (także informacja jak do sprawy szczepienia mają podchodzić ozdrowieńcy oraz osoby z potwierdzoną obecnością przeciwciał). Poinformowała, że każdy punkt szczepień będzie miał możliwość kontaktu telefonicznego z przedstawicielami firmy Pfizer. Ryszard Kępa, który jest zakaźnikiem i prowadzi Oddział Covidowy, a jest przedstawicielem NRL w odpowiednim zespole ministerialnym przekazał, że w trakcie jednego z posiedzeń tego zespołu podkreślił, że w przepisie rangi ustawy a co najmniej rozporządzenia musi zostać wyraźnie stwierdzone, że odpowiedzialność za ewentualne problemy poszczepienne ponosić będzie władza publiczna. NRL przy jednym głosie wstrzymującym się przyjęła stanowisko w sprawie rządowego Programu Szczepień, zwracając uwagę na konieczność uszczegółowienia wielu aspektów tego Programu.

W kolejnym punkcie obrad Skarbnik NRL przedstawił założenia budżetu na 2021 rok. Przyjęto, że prawdopodobnie dopiero w II połowie przyszłego roku będzie można wrócić do normalnego funkcjonowania, tak jak to było przed okresem pandemii. Dlatego też ujęto mniejsze przychody z reklam w „Gazecie Lekarskiej” oraz odsetek bankowych. Zapisana w amortyzacji środków trwałych kwo-



ta 800.000 zł wynika z faktu nabycia nowych pomieszczeń dla siedziby NIL. 300.000 zł przewidziano na Fundusz Wizerunkowy. Zwiększono do 450.000 zł rezerwę budżetową, co jest zabezpieczeniem na wypadek, gdyby powrót do normalności był szybszy. Budżet został przyjęty przy 3 głosach wstrzymujących się.

Skarbnik zwrócił się również o podjęcie uchwały o zmianie przeznaczenia funduszu celowego, który został w ubiegłym roku utworzony w celu zakupu siedziby NIL. Zakup pomieszczeń został zrealizowany za znacznie mniejszą kwotę i zachodzi potrzeba przeznaczenia pozostałej kwoty na cele remontowo-inwestycyjne. NRL uchwałą podjęła jednogłośnie.

Od pewnego czasu przygotowywana jest przez Komisję Organizacyjną NRL nowelizacja uchwały opisującej tryb przyznawania przez izby okręgowe prawa wykonywania zawodu. Ponieważ w ostatnich tygodniach bardzo mocno zmieniają się zapisy w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, związane z możliwością wykonywania zawodu w Polsce przez lekarzy spoza Unii, Komisja Organizacyjna wstrzymała się z proponowaniem już teraz zmian w naszej uchwale. Konieczne jest jednak znówelizowanie jednego z załączników do tej uchwały, odnoszącego się do numerów kodów przypisanych odpowiednim specjalnościom lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Ostatnia zmiana rozporządzenia w sprawie specjalizacji wprowadziła nowe numery kodów, dlatego konieczne jest zmiana wspomnianego załącznika. NRL podjęła uchwałą jednogłośnie.

NRL podjęła także uchwałę w sprawie wysokości dotacji dla izb okręgowych w związku z organizowaniem doskonalenia zawodowego (300.000 zł z podziałem na poszczególne izby w zależności od ich liczebności) oraz uchwałę o przyznaniu stypendiów NRL (dla 4 lekarzy i 2 lekarzy dentystów).

Kol. Mariusz Janikowski, kierujący Fundacją „Lekarze Lekarzom” przekazał sprawozdanie finansowe Fundacji. W 2020 r. Fundacja otrzymała znaczące darowizny: 20 mln. zł od Kulczyk Foundation (z tego ok. 19 mln. kosztował zakup w Chinach środków ochrony osobistej, które wiosną rozdysponowane zostały pomiędzy poszczególne izby okręgowe), 6 mln. z NRL (w tym 3 mln. zysku za 2019 r.). Były też darowizny rzeczowe: 10.000 przyłbic, które rozdysponowano między izby lekarskie; 400 maseczek, które przekazano do Domu Lekarza Seniora; produkty spożywcze od firmy Nestle, które zostaną przekazane do szpitali covidowych. W 2020 r. Fundacja przekazała wsparcie finansowe 11 lekarzom. Na koncie Fundacji jest aktualnie ok. 6,5 mln. zł.

W swoim sprawozdaniu Prezes NRL przedstawił z kolei aktualny stan zaawansowania prac legislacyjnych nad ustawą, dopuszczającą do pracy lekarzy spoza Unii. Usta-

wa jest teraz w Senacie. Komisja Zdrowia Senatu zaproponowała odrzucenie ustawy w całości. W najbliższych dniach odbędzie się głosowanie na plenarnym posiedzeniu Senatu. W tej kontrowersyjnej ustawie jest jeden zapis, którego odrzucenie nie byłoby korzystne dla środowiska. Chodzi o przedłużenie do 30 czerwca 2021 r. obowiązowania przepisu o minimum 6.750 zł dla lekarzy specjalistów.

Mecenas Idaszak przedstawił sytuację prawną, związaną z wystawianiem recept dla seniorów. Otóż dokonana w połowie roku nowelizacja ustawy o świadczeniach wprowadziła możliwość wystawiania takich recept również przez lekarzy AOS (dotychczas mogli to robić jedynie lekarze POZ). Problem polega jednak na tym, że lekarz specjalista musi przed wystawieniem takiej recepty sprawdzić, czy dany senior nie uzyskał już recepty na ten lek w POZ lub u innego specjalisty. Niestety platforma elektroniczna P1, która miała umożliwić takie sprawdzenie jeszcze nie funkcjonuje. Według zapewnień Ministerstwa ma się to zmienić od stycznia 2021 r.

### **Sprawozdanie członków Rady z działalności między posiedzeniami**

Sprawozdanie z posiedzenia Rady Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 grudnia 2020 r. w formie wideokonferencji przekazała Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

- Najciekawszym fragmentem posiedzenia Rady była analiza skarg i wniosków za II i III kw. 2020 r. W ocenie OOW NFZ 51% składanych skarg, to skargi niezasadne. Rocznie jest około 100 skarg, w tym roku dane do III kw. włącznie dają prognozy podobne. Przy składanych skargach na brak dostępu do lekarza, głównie chodzi o POZ, stosowana jest przez OOW NFZ metoda „anonimowego pacjenta”. W ocenie naszego Oddziału NFZ - jest bardzo skuteczna.
- W wolnych wnioskach wspomniano o stopniowym „odmrażaniu” niektórych szpitali i ich powrocie do normalnej działalności czyli dostępności dla pacjentów niecovidowych. „Odmrażanie” będzie zsynchronizowane z sytuacją epidemiologiczną.
- Poinformowano, że po 15 stycznia 2021 r. spodziewane są szczepienia przeciw wirusowi SARS-CoV-2. Na początku będą one przeznaczone dla całego personelu medycznego szpitali, DPS-ów, ZOL-i i pracowników Sanepidu.
- Przewodniczący Rady OOW NFZ, M. Wojtaszek złożył wszystkim życzenia świąteczne.

### **Sprawy różne i wolne wnioski**

Brak wniosków.

Wobec wyczerpania programu posiedzenia, na tym je zakończono.

*Sekretarz ORL*

*Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

*Prezes ORL*

*Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*



## Poradnik e-skierowania – część druga

Już od 8 stycznia 2021 roku skierowania do poradni, szpitali czy na badania diagnostyczne będą wystawiane pacjentom w postaci elektronicznej. E-skierowania będą działać na podobnej zasadzie jak e-recepty. W poprzednim wydaniu opisywaliśmy najważniejsze zasady, związane z wprowadzaniem tego rozwiązania oraz jego zalety dla lekarzy i pacjentów. Dziś przedstawiamy odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania dotyczące e-skierowań.

### Jak w praktyce wygląda wystawienie e-skierowania?

Lekarz kierujący pacjenta wystawia i podpisuje e-skierowanie. Może do tego wykorzystać swój system gabinetowy lub bezpłatną aplikację przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia i dostępną w internecie pod adresem [www.gabinet.gov.pl](http://www.gabinet.gov.pl). Czynność ta wygląda analogicznie do wystawienia e-recepty. Wystawione e-skierowanie musi zostać podpisane (podpisem elektronicznym), po czym trafia do ogólnokrajowego systemu e-zdrowie (P1). Pacjent otrzymuje dane dostępowe e-skierowania drogą elektroniczną – jako SMS lub e-mail z czterocyfrowym kodem, o ile podał swoje dane kontaktowe na Internetowym Koncie Pacjenta w serwisie [pacjent.gov.pl](http://pacjent.gov.pl). Pacjent może też otrzymać wydruk informacyjny. Wydanie wydruku jest wymagane, jeśli pacjent nie wskazał swoich danych na IKP lub jeśli po prostu o to poprosił.

Gdzie pacjent może zrealizować e-skierowanie?

Pacjent może zarejestrować się z e-skierowaniem w każdej placówce w Polsce. Jeśli przychodnia jest już podłączona do systemu e-zdrowie (P1) i obsługuje e-skierowania, pacjent zapisuje się na wizytę lub badanie, podając 4-cyfrowy kod e-skierowania oraz numer PESEL.

W placówkach, które do 8 stycznia 2021 nie będą jeszcze podłączone do systemu, pacjent, aby zapisać się na wizytę lub badanie musi podać więcej informacji, które znajdują się na wydruku:

- podstawowe informacje o skierowaniu (kto wystawił, z jakim rozpoznaniem)
- 4-cyfrowy kod dostępu i numer PESEL osoby, której wystawiono e-skierowanie lub
- klucz – 44-cyfrowy numer umożliwiający odczytanie e-skierowania; numeryczne przedstawienie kodu kreskowego lub
- numer identyfikujący – identyfikator techniczny umożliwiający rozróżnienie dokumentu w systemie, zawierający różne metadane zgodne ze standardami.

W takiej sytuacji pacjent musi złożyć również oświadczenie, że zapisuje się tylko do jednej placówki. Wzór tego oświadczenia dostępny jest na stronie [pacjent.gov.pl](http://pacjent.gov.pl) w artykule „E-skierowanie przyjazne dla pacjentów”.

### Czy mój dostawca oprogramowania jest gotowy z moim do obsługi e-skierowań?

Producenci oprogramowania przygotowali lub przygotowują odpowiednie zmiany lub rozszerzenia pozwalające na obsługę e-skierowań. Na stronie [www.ezdrowie.gov.pl](http://www.ezdrowie.gov.pl) w sekcji poświęconej e-skierowaniu znajdują się aktualizowane informacje o oprogramowaniu poszczególnych dostawców – czy już umożliwia ono wystawianie lub realizację e-skierowania lub w jakim terminie to będzie możliwe.

### Czy e-skierowanie można wystawiać zdalnie?

Tak. Lekarz może wystawić e-skierowanie zarówno po zbadaniu pacjenta w czasie tradycyjnej wizyty, jak również po zbadaniu pacjenta w czasie teleporady, czyli z wykorzystaniem na przykład komunikatora internetowego lub innego systemu teleinformatycznego.

### W jaki sposób można wystawić e-skierowanie pacjentowi, który nie posiada numeru PESEL?

Jeśli pacjent nie ma numeru PESEL, do identyfikacji wykorzystywany jest 44-cyfrowy kod kreskowy, znajdujący się m.in. na wydruku informacyjnym. Dlatego w takiej sytuacji należy wystawić e-skierowanie i przekazać pacjentowi wydruk. Na jego podstawie pacjent będzie mógł zrealizować e-skierowanie. W tej sytuacji nie generuje się 4-cyfrowy kod. Dotyczy to np. noworodków bez numeru PESEL lub obcokrajowców.

### Czy na e-skierowaniu trzeba wskazać konkretną placówkę lub rodzaj placówki, do której kierowany jest pacjent?

W tej kwestii e-skierowanie działa identycznie, jak to było dotychczas w przypadku skierowań w postaci papierowej. Lekarz wskazuje tylko rodzaj placówki, do której pacjent ma się udać, na przykład poradnię kardiologiczną. Według obowiązującej od wielu lat zasady, pacjent sam decyduje, gdzie chce się zapisać na wizytę lub zabieg i nie jest kierowany do konkretnego szpitala ani przychodni.

### Czy pacjent może zrealizować e-skierowanie w prywatnej placówce?

Wprowadzenie e-skierowania nie zmienia zasad zapisywania się na konsultacje czy zabiegi. Według obowiązujących zasad, skierowanie jest potrzebne, aby pacjent otrzymał świadczenia finansowane przez NFZ, czyli ze środków publicznych. Tylko w przypadku dwóch rodzajów badań diagnostycznych – badania medycyny nuklearnej oraz tomografii komputerowej – skierowanie jest wymagane zawsze, niezależnie od tego, czy pacjent płaci za nie prywatnie, czy też są one finansowane przez NFZ.

**Centrum e-Zdrowia zaprasza wszystkich lekarzy do kontaktu i zadawania pytań, przy pomocy infolinii – numer 19 457 – lub na adres: [e-skierowanie@csioz.gov.pl](mailto:e-skierowanie@csioz.gov.pl).**

# CZARNE KARTY W ŻYCIORYSIE KRÓLA KAZIMIERZA WIELKIEGO



W 1329 r. król Władysław Łokietek wysłał swojego jedyne go syna królewicza Kazimierza na Węgry na dwór króla Karola Roberta w Budzie, w celu pozyskania sił posiłkowych w zbliżającej się wojnie z Krzyżakami. Żoną Karola Roberta była Elżbieta, córka Władysława Łokietka i siostra Kazimierza.

Młody książę był od niedawna żonaty z Aldoną córką Wielkiego Księcia Litewskiego Gedymina. Była to jego pierwsza żona (a miał ich cztery). Po przybyciu do zamku królewskiego w Budzie Kazimierzowi wpadła w oko piękna dwórka Klara córka magnata Felicjana Zacha, która z załotów Kazimierza nic sobie nie robiła. W ostatnim dniu pobytu Kazimierza w Budzie królowa Elżbieta (siostra Kazimierza) uknuła następującą intrygę. Kazimierz został położony w łóżku rzekomo z powodu ciężkiej choroby zaś Klarę wysłano do jego komnaty z lekami. Wówczas Kazimierz natychmiast ozdrowiał, zgwałcił



Kazimierz Wielki

Klarę i spokojnie powrócił do Polski.

Z h a n b i o n a

Klara o wszystkim poinformowała swojego ojca Felicjana. Rozwścieczony Felicjan wtargnął do komnat królewskich i zaatakował najpierw Elżbietę obcinając jej cztery palce (dlatego Węgrzy nazwali ją królową-kikutą), a następnie zranił króla Karola Roberta niegroźnie w ramię. Felicja-

na natychmiast zabili dworzanie.

Zemsta Karola Roberta była straszna. Ciało Felicjana posiekano i wysłano do wszystkich miast węgierskich za podniesienie ręki na majestat królewski. Jego głowę umieszczono na palu i wystawiono przed zamkiem w Budzie. Największą karę – co wydaje się nieprawdopodobne – poniosła sama ofiara gwałtu – Klara. Obcięto jej palce i nos, a przywiązana do konia obwożono po ulicach Budy i innych miast węgierskich. Dopiero po 5 latach wykonano wyrok śmierci.

Okrutny los spotkał też całą rodzinę Zachów. Zabił jednego brata Klary, jej siostrę Sabę, zaś nieletnich synów Saby sprzedano na tureckim targu niewolników. Już po kilku tygodniach z rodziny Zachów nie ocalał nikt. Wszyscy potomkowie Zachów do trzeciego pokolenia zostali ścięci. Olbrzymie posiadłości Zachów przeszły na własność króla. Najdziwniejszym jest fakt, że te dramatyczne wydarzenia na dworze węgierskim nie wy-

warły na Władysławie Łokietku i Kazimierzu większego wrażenia, natomiast były nagłaśniane przez kronikarzy niemieckich, austriackich, czeskich, a przede wszystkim przez Krzyżaków. Milczał także papież. O tych wydarzeniach na dworze w Budzie pisał również nasz kronikarz Jan Długosz w swoim monumentalnym dziele pt. „Kroniki Królestwa Polskiego”.

Druga czarna karta w życiorysie Kazimierza Wielkiego to niemoralny tryb życia. Miał cztery żony. Wspomniana Aldona zmarła wkrótce po ślubie. Druga żona Adelajda, córka heskiego grafa Henryka Żelaznego, kiedy okazało się że jest bezpłodna została osadzona na zamku z Żarnowcu nad Pilicą. Trzecią żoną była piękna Krystyna Rokiczanka wdowa po praskim wójcie Nikołaju. Kiedy okazało się, że jest łysa i ma świerzb została wygnana z Wawelu i nie wiadomo gdzie zmarła i gdzie jest pochowana (mimo, że była królową). Ostatnią żoną Kazimierza Wielkiego była Jadwiga córka księcia Żagańskiego, z którą miał trzy córki. Podkreślić należy przy tym, że Kazimierz był podwójnym bigamistą.

Równocześnie Kazimierz miał liczne kochanki, z których najsłynniejsze to Cudka – szlachcianka (z którą miał trzech synów Niemierza, Jana i Pełka) oraz żydówka Esterka z krakowskiego Kazimierza (najstarsza dzielnica Krakowa).

Dlatego też nic dziwnego, że to niemoralne prowadzenie się przez Kazimierza spowodowało, że w roku 1349 biskup krakowski Bodzanta rzucił na niego klątwę kościelną. Pisemne uzasadnienie swej klątwy biskup polecił doręczyć królowi swojemu sekretarzowi księdzu Marcynowi Baryczce. Kazimierz nie tylko zignorował tę klątwę, ale kazał Baryczkę żywcem zaszyć w worku i wrzucić do przerębli w Wiśle (był to grudzień) u stóp Wawelu. Biskup Bodzanta nie upomniał się o swojego sekretarza, zaś Baryczko – mimo, że zginął śmiercią męczeńską – nie został uznany za świętego i pamięć o nim znikła w mrokach dziejów.

Pod koniec życia Kazimierza Wielkiego gryzło sumienie i zwrócił się do papieża o rozgrzeszenie i pokutę. W ramach tej pokuty zbudował wiele murowanych kościołów (zostawił Polskę murowaną) m.in. piękny kościół Augustianów na krakowskim Kazimierzu.

Niestety Kazimierz nie doczekał się syna z prawego łoża i na nim wygasła wspaniała dynastia Piastów.

*dr hab. n. med. Janusz Kubicki*



## ARMIA MEDYKÓW NA FRONCIE WALKI Z WIRUSEM CZY MŁODZI LEKARZE STALI SIĘ MIĘSEM ARMATNIM?

W ciągu ostatnich miesięcy medycy walczą na „froncie” walki z wirusem. SARS-CoV-2 „przyszedł w odwiedzi-ny” do polskiego systemu opieki zdrowotnej i powiedział „sprawdzam”. Wyciągnął na światło dzienne wszystkie niedociągnięcia wskazywane przez lata przez środowisko lekarskie, a co najciekawsze ukazał lekceważące podejście rządzących do medyków w szczególności rozpoczynających swoją karierę zawodową.

Aktualna sytuacja w ochronie zdrowia porównywana jest do wojny. Personel medyczny przyrównuje się do wojska – niezwykle trafne porównanie patrząc na to, co się dzieje w kraju. Ograniczenia handlu, usług, życia rodzinnego, wywrócenie naszego codziennego funkcjonowania do góry nogami. Obserwując działania aktualnie rządzących można odnieść wrażenie, że bardziej cenią wprowadzanie coraz to ciekawszych obostrzeń. Ograniczeń potrzebnych, ale często niekonsekwentnych i niezrozumiałych. Bo jak wytłumaczyć niezamknięcie kościołów w momencie, gdy restauracje, siłownie czy kina mają zawiesić swoją działalność? Czy wirus wybiera sobie miejsca swojego rozprzestrzeniania?

Oprócz ograniczeń w obecnej sytuacji ważni są ludzie walczący z wirusem. Wydawało by się, że skoro medycy są porównywani do bohaterskiej armii, to będą szanowani i będzie się robiło wszystko co możliwe, aby im niczego nie zabrakło – tak w teorii być powinno. Niestety żadnej osoby pracującej w ochronie zdrowia nie zdziwił fakt, że rządzący jedno mówią na konferencjach prasowych, a tworzone prawo jest zupełnie inne. Wymyślono nowy sposób zarządzania „armią medyków”, niespotykany na całym świecie. A oto co zrobiono.

Pandemia doprowadziła do sytuacji ekstremalnych. Z racji samej definicji pacjenci chorzy na COVID-19 powinni być leczeni przez lekarzy chorób zakaźnych. Niestety z powodu wieloletnich zaniedbań liczba tych specjalistów jest niewystarczająca. Powoduje to, że do pracy przy pandemii zaangażowano lekarzy innych specjalności, w tym lekarzy chorób wewnętrznych, pediatrii czy lekarzy anestezjologów na oddziałach intensywnej terapii. Ten fakt aż tak bardzo nie dziwi, jako że leczenie śródmiąższowego zapalenia płuc mieści się w zakresie działalności wymienionych specjalizacji. Jednakże z uwagi na duże braki kadrowe pandemia wymusiła przekształcanie innych oddziałów na tzw. oddziały covidowe. Trudno nie zgodzić się z wątpliwościami koleżanek i kolegów chirurgów, ginekologów, ortopedów czy okulistów, że leczenie nietypowego

zapalenia płuc nie jest jednostką chorobową leżącą w ich zakresie wiedzy specjalistycznej. Wszyscy rozumieją, że pandemia jest sytuacją szczególną, a medycy dają z siebie wszystko i nie uciekają od pracy. Niestety mając na uwadze system prawny w Polsce istnieją uzasadnione obawy czy w przypadku zgonu pacjenta prokurator czy pełnomocnik rodziny nie zarzuci, że np. lekarz ginekolog nie powinien leczyć COVID-19. Minister Zdrowia szumnie ogłosił na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej, że jednym z jego celów jest wprowadzenie systemu no-fault. Systemu przyjętego w krajach zachodnich, według którego nie karze się lekarzy za nieumyślne błędy medyczne, przyjmując niejednoznaczność przebiegu wielu chorób. Pierwszym przejawem wspomnianej deklaracji miała być tzw. klauzula samarytanina. Niestety diabeł tkwi w szczegółach. Uchwalony przez parlament przepis jest niedokładny i w opinii wielu prawników nie chroni medyków. Dodatkowo należy podkreślić, że wspomniana klauzula dotyczy wyłącznie odpowiedzialności karnej. Odpowiedzialność cywilna z której w większości są pozywani lekarze i lekarze dentyści nie została ujęta.

Na podanym przykładzie widzimy wspomniany na początku artykułu nowoczesny model zarządzania „armią medyków” – czyli mówienie obywatelom, jak to medycy mają dobrze, a z drugiej strony wprowadzanie bubla prawnego. W trakcie wojny konwencjonalnej nieakceptowalna jest sytuacja, aby generał robił ze swoich żołnierzy mięso armatnie. Trudno sobie wyobrazić sytuację, aby na froncie dowódca dopuszczał możliwość pozywania za walkę z przeciwnikiem. Ale to jeszcze nie koniec oryginalnego sposobu zarządzania „armią medyków”.

W ostatnim czasie środowiskiem młodych lekarzy wstrząsnął fakt zmiany przepisów delegowania na specjalizacje. Otóż Ministerstwo Zdrowia chcąc ominąć ustawowe ograniczenia zapisane w ustawie o zwalczaniu chorób zakaźnych postanowiło ustanowić przepis umożliwiający skierowanie lekarza lub lekarza dentystry do jednostki, w której w trakcie pandemii są niedobory kadrowe. Czyli zamiast umożliwić medykowi podpisanie umowy ze swoim docelowym pracodawcą i następnie oddelegować taką osobę do pracy przy pandemii, postanowiono zrobić kolejny fortel prawny. Przepis jest o tyle absurdalny, że wojewoda może „rozdysonować” lekarza rezydenta w obrębie całego województwa. Dochodziły informacje z Polski o oddelegowaniu lekarzy do placówek oddalonych o kilkadziesiąt kilometrów od miejsca zamieszkania. Wartym

odnotowania jest fakt, że lekarzowi skierowanemu na podstawie wspomnianych przepisów nie przysługuje dodatek, jak w przypadku oddelegowania przez wojewodę.

Kolejnym przykładem nowoczesnego zarządzania „armią medyków” jest sprawa „mitycznych” dodatków. Zgodnie z deklaracjami Ministra Zdrowia każdy medyk pracujący na tzw. pierwszej linii frontu miał otrzymać dodatek do pensji. Niestety z powodu pomyłki części posłów Prawa i Sprawiedliwości nie publikuje się na dziś ustawy uprawniającej do tych dodatków. Parlament przez pomyłkę uchwalił poprawkę, która była zgodna ze zdaniem samorządu lekarskiego. Przyjmując, że dziś mamy tzw. transmisję poziomą i na „pierwszej linii frontu” są wszystkie osoby z personelu medycznego, należałoby przyznać każdemu taki dodatek. Dla porównania, policjanci z uwagi na dodatkowe obowiązki wynikające z pracy przy pandemii otrzymali dodatki do pensji. Po podpisaniu ustawy przez prezydenta oczekiwaliśmy na publikację tego aktu prawnego. Niestety po raz kolejny zauważyliśmy, że rządzący zdecydowali opóźnić publikację ustawy w dzienniku ustaw. Włożono już projekt konkurencyjny, który będzie ograniczać możliwość uzyskania dodatków. Właśnie w taki sposób docenia się „armię medyków”. Dla medyków są okłaski i ochłapy, a dla kultury wielomilionowe dofinansowania. Ochrona zdrowia się wali, a rządzący wspierają zespoły disco polo. Nie negujemy potrzeby wsparcia, ale wydaje się, że w okresie „wojny z wirusem” dopóki nie zaspokoimy potrzeb ochrony zdrowia, nie powinno się przeznaczать środków finansowych na branżę rozrywkową.

A oto ostatni już przykład „szacunku” dla „armii medyków”. W ostatnim czasie wiele osób zdawało Państwowy Egzamin Specjalizacyjny. Z uwagi na sytuację epidemiologiczną samorząd lekarski wzywał o odwołanie części ustnej wskazując na względy epidemiologiczne. Należy przyznać, że ostatecznie Minister Zdrowia odwołał część ustną PES, ale zastanawiające jest dlaczego od początku

nie słuchał zdania samorządu, zwłaszcza w momencie tak wielkiego zapotrzebowania na specjalistów w szpitalach. Żeby zrobić im jak sam to przyznał „kartkówkę”? W sesji wiosennej odwołano część ustną PES przy kilkuset zażeniaczeniach dziennie. W sesji jesiennej zdecydowano się na podobny krok dopiero przy poziomie ponad 10 tysięcy przypadków. Postępowanie niezrozumiałe i nieszanujące lekarzy i lekarzy dentystów.

Ostatnim przykładem „dbania” o medyków walczących „na pierwszej linii frontu” jest uchylene na czas pandemii wszystkich norm zatrudnienia personelu medycznego. Wygląda to na szybką próbę przykrycia fatalnej sytuacji kadrowej w ochronie zdrowia. Brak norm zatrudnienia medyków w połączeniu z wcześniej wspomnianym kłującym przepisem „dobrego samarytanina” wsadza medyków na przysłowiową „minę”. Praca na „pierwszej linii frontu” staje się coraz trudniejsza nie tylko z powodu silniejszych „ataków” wirusa SARS-CoV-2, ale także z powodu ataków od rządzących.

Podsumowując chciałbym podkreślić, że w tak szczególnym okresie musimy wspierać się nawzajem. Działać ponad podziałami politycznymi i światopoglądowymi. Trudno natomiast współpracą nazwać brak szacunku oraz brak konsekwencji rządzących. Współpraca to poszanowanie zdania każdej ze stron. Medycy przetrwają tę wojnę i będą dalej nieść pomoc pacjentom.

Zastanawiające jest jedynie czy ochrony zdrowia nie dopadnie „syndrom pocovidowy” – kolejny kryzys w dostępie do świadczeń medycznych spowodowany śmiercią niektórych i emigracją części medyków, której nie pokryje planowany „zaciąg ze wschodu medyków”. Przerzucanie własnej odpowiedzialności na personel medyczny skończy się poważnymi konsekwencjami – a na pewno falą wypalenia zawodowego.

*Dr n. med. Michał BULSA*  
(przedruk z „Vox Medici” n4 4/20)

## „BARWY OCHRONNE”, CZYLI O BHP W CZASACH ZAKAŻNYCH

Jesień przyniosła nam drugą, potężną falę zakażeń koronawirusem, a COVID 19 kosi bezlitośnie już nie tylko pacjentów, ale i lekarzy, pielęgniarki i ratowników. Bez wątpienia pracownicy ochrony zdrowia są grupą zawodową najbardziej narażoną na zakażenie chorobotwórczymi patogenami. Dla ich bezpieczeństwa (a może raczej zminimalizowania ryzyka zachorowania) niezbędne jest zapewnienie odpowiednich środków ochrony osobistej.

Choć sytuacja nie jest tak dramatyczna jak wiosną, gdy trzeba było radzić sobie z problemem metodami chałupniczymi (pamiętamy filmiki z instruktażem, jak wykonać przyłbice z foliowej koszulki na dokumenty),

to i obecnie słychać głosy, że środki ochrony osobistej są wydzielane, a kierownicy placówek medycznych nie zapewniają ich w ilości, jaka odpowiada zapotrzebowaniu.

### Garść teorii

Polskie prawo pracy (przynajmniej w teorii) zawiera szereg mechanizmów zabezpieczających pracowników, a jednym z wyrazów tej ochrony są rygorystyczne przepisy dotyczące bhp. To **pracodawca jest obowiązany chronić zdrowie i życie pracowników** przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki (art. 207 § 1 kodeksu pracy).





Następnie, zgodnie z art. 2376 kp, pracodawca jest zobowiązany dostarczyć pracownikowi nieodpłatnie **środki ochrony indywidualnej zabezpieczające przed działaniem niebezpiecznych i szkodliwych dla zdrowia czynników** występujących w środowisku pracy oraz **informować go o sposobach posługiwania się tymi środkami**.

W razie, gdy warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika, ma on nawet prawo powstrzymać się od wykonywania pracy, zawiadamiając o tym niezwłocznie przełożonego (art. 210 § 1 kp). **UWAGA (!) przepis ten nie dotyczy pracowników, których obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie życia ludzkiego** (art. 210 § 5 kp). Za takich pracowników uważa się personel lekarsko pielęgniarski, którego praca z natury rzeczy odbywa się w warunkach bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia ludzkiego (wyrok SN z 15 maja 2001 r., sygn. akt II UKN 395/00).

Należy zatem przyjąć do wiadomości smutny fakt, że nawet przy braku odpowiedniego zabezpieczenia **lekarz nie może odejść od łóżka pacjenta**, zwłaszcza że w przypadku przystąpienia do pracy (czy to w ramach zatrudnienia etatowego, czy też na podstawie kontraktu), staje się on gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego chorego. W razie zaniechania udzielenia pomocy mógłby zostać pociągnięty do odpowiedzialności w zależności od skutku – albo za odpowiednie przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu, a gdyby żaden skutek nie nastąpił – co najmniej za narażenie życia lub zdrowia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo\*.

Czy zatem lekarze są bezradni, gdy przydzielonych środków ochrony osobistej jest zbyt mało? Niezupełnie. Prawnicy są zgodni co do tego, że w razie niewywiązania się przez pracodawcę z obowiązku dostarczenia pracownikowi środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego **pracownik może sam (zastępczo) się w nie zaopatrzyć, domagając się zwrotu ceny ich zakupu (nabycia) od pracodawcy** (podstawa prawna: art. 479 kodeksu cywilnego w zw. z art. 300 kodeksu pracy). A gdyby zaś pracodawca nie był skłonny dokonać refundacji, pracownikowi przysługuje roszczenie o zwrot kosztów w drodze postępowania cywilnego przed sądem pracy\*\*.

### Odpowiedzialność finansowa

Pocieszeniem (choć być może marnym) jest fakt, że za szkodę\*\*\* w postaci zakażenia personelu (cierpienia fizyczne, psychiczne, uszczerbek na zdrowiu, czy w najgorszym wypadku śmierć) wynikłą z naruszenia zasad bezpieczeństwa i higieny pracy pracodawca ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą. Udowodnienie, że do zakażenia doszło właśnie w danym podmiocie leczniczym może być trudne – biorąc pod uwagę powszech-

ność występowania SARS Cov 2 – ale nie jest niemożliwe. Dowiedzeniu tego sprzyja pewne domniemanie faktyczne, zgodnie z którym można przyjąć, że do zakażenia doszło w określonym miejscu i czasie gdy wystąpiły dwa elementy:

1. praca w warunkach narażenia na zakażenie i
2. zaniedbania, czyniące takie zakażenie wysoce prawdopodobnym (tak stwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z 11 maja 2005 r., sygn. akt III CK 652/04).

Pracodawcy nie powinni także zapominać o art. 283 § 1 kodeksu pracy, zgodnie z którym ten, kto będąc odpowiedzialnym za stan bezpieczeństwa i higieny pracy albo kierując pracownikami lub innymi osobami fizycznymi, nie przestrzega przepisów lub zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, podlega karze grzywny od 1.000 zł do 30.000 zł.

### Podsumowując

Pracodawco, pamiętaj, że to Twoim obowiązkiem jest ochrona życia i zdrowia Twoich pracowników! Pracowniku, pamiętaj, że wobec zaniedbań Twojego pracodawcy nie jesteś bezradny!

Wszystkim zaś Szanownym Czytelnikom życzę zdrowia i rychłego końca tego covidowego Armagedonu.

Aleksandra OTAWSKA PETKIEWICZ

Radca prawny LIL

1. \* vide E. Zielińska [w:] E. Barcikowska Szydło, K. Majcher, M. Malczewska, W. Preiss, K. Sakowski, E. Zielińska, Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2014, art. 30.
2. \*\* tak uważa np. W. Sanetra [w:] J. Iwulski, W. Sanetra, Kodeks pracy. Komentarz, wyd. III, Warszawa 2013, art. 2379
3. \*\*\* więcej o szkodzie i odpowiedzialności cywilnej za zakażenie w „Bezpieczny gabinet” Medicus 06 07/2020

(przedruk z „Medicusa” nr 12/20)

# CO ROBIĆ, GDY USŁYSZYSZ: NIE PODDAM SIĘ SZCZEPNIENIU, NIE ZASZCZĘPIĘ SWOJEGO DZIECKA, SZCZEPNIENIA NIE MAJĄ SENSU...

Pandemia wciąż ma się dobrze. Tysiące ludzi w naszym kraju choruje, setki tysięcy przebywa na kwarantannie, codziennie słyszymy o kolejnych zgonach. Ograniczenia związane z pracą, nauką czy podróżowaniem to nasza obecna rzeczywistość. Nic dziwnego, że świat z niecierpliwością czeka na skuteczną szczepionkę. I w takich oto realiach wciąż zdarzają się w naszych gabinetach pacjenci kwestionujący powagę sytuacji, wyrażający zdanie, że pandemia jest wynikiem medialnej zмовy, wirus SARS-CoV-2 niczym nie różni się od wirusów grypy, a szczepienia (jeśli już będą) tak naprawdę nie mają większego sensu. Dlaczego tak się dzieje? Dlaczego tak wiele osób wciąż wyraża podobne zdanie? Dlaczego znajdują się osoby kwestionujące konieczność szczepień obowiązkowych i odmawiają szczepienia swoich dzieci? Dlaczego tak trudno jest ich przekonać do zmiany zdania?

Problem jest trudny, ponieważ dotyczy naszych postaw, a te niełatwo ulegają zmianom. Przypomnijmy sobie zatem, czym są postawy. Psychologiczna postawa wobec jakiegoś zjawiska, idei, osoby czy problemu to ugruntowane, wartościujące przekonanie na jakiś temat – w tym przypadku dotyczy celowości przeprowadzania szczepień. Człowiek tworzy postawy, opierając się:

- na faktach, czyli racjonalnym myśleniu – to tzw. komponent poznawczy (merytoryczny);
- na podstawie odczuwania określonych emocji i uczuć związanych z danym zjawiskiem – komponent emocjonalny;
- na obserwacji zachowania własnego i innych – to tzw. komponent behawioralny.

## Prześledźmy, jak mogła powstać antyszczepionkowa postawa pani X

Pani X, energiczna młoda kobieta, pracująca w dużej korporacji, dbająca o zdrowie i środowisko, mama czteroletniego Antosia, spotkała na swojej życiowej drodze koleżankę – panią Y, która na słowa: „Muszę iść jutro z Antkiem na szczepienie” zareagowała: „Jakie szczepienie? Przecież to zupełnie nie ma sensu. Niepotrzebnie narażasz swojego syna na ciężkie powikłania. Słyszałaś o badaniach doktora Z? Nie? To wejdź na stronę... Zobacz, jak to naprawdę wygląda i kto za tym stoi. Zobacz też stronę... Znajdziesz tam wypowiedzi rodziców, których dzieci zmarły lub zostały kalekami z powodu objawów niepożądanych po szczepieniu. Ja swojego dziecka nie szczepię i szczepić nie będę. Takich jak my jest tysięcy. Musimy się bronić. Nie będą nam narzucać tego, jak mamy dbać o zdrowie naszych dzieci. Wszystko to jest jedynie wymysłem chciwych ludzi”.

Pani X spoglądała na koleżankę z coraz większym zaskoczeniem i nawet sobie pomyślała, że chyba jest z nią

coś nie w porządku. Ale po powrocie do domu zajrzała na podane przez koleżankę strony internetowe i zaczęła wczytywać się w informacje tam zawarte, a w jej głowie pojawiało się coraz więcej wątpliwości. Czy w tym wszystkim nie ma jednak ziarna prawdy? Może nie warto tak bezwolnie poddawać się narzucanym przez państwo obowiązkom? Tym razem dziecko zostało zaszczepione, ale kolejne spotkania z koleżanką, a później z jej znajomymi (którzy, jak się okazało, byli członkami ruchu antyszczepionkowego), kolejne „fakty”, kolejne przykłady cierpień i wreszcie udział w antyszczepionkowej manifestacji doprowadziły do tego, że po otrzymaniu następnego zawiadomienia o zbliżającym się szczepieniu pomyślała: „Nie, tym razem na pewno nie dam im skrzywdzić mojego dziecka”.

To oczywiście krótka, uproszczona historia, stanowiąca przykład tego, jak mogło dojść do zmiany postawy wobec szczepień. W życiu takie proste historie zapewne też mają miejsce, częściej jednak sytuacje są mniej czytelne i spektakularne. Bodźce wpływające na nasze postawy często oddziałują niepostrzeżenie – jeśli jest ich wiele, jeśli płyną trzema nurtami (fakty, emocje, zachowania) przez wystarczająco długi okres, rzucone ziarno nowej postawy ma szansę zakiełkować. Warto wspomnieć, że jeśli czyjaś postawa wobec jakiegoś zjawiska jest silna i wyrazista (takie oparte są zazwyczaj na racjonalnych przesłankach), zmiany nie zachodzą tak łatwo. Jeśli jednak nasze postawy są niedojrzałe, słabe (często oparte głównie o przesłanki emocjonalne lub obserwacje innych) lub nie zostały jeszcze wytworzone – bo np. do tej pory dana osoba nigdy nie zastanawiała się nad problemem sensowności szczepień, zmasowany (trzykanałowy) atak może być skuteczny.

## Kształtuj świadomość społeczną

Co wobec tego robić, aby naszego życia nie zdominowały opinie i postawy oparte na argumentach wyrwanych z kontekstu lub wręcz będących kłamstwami czy wywołujących współczucie i strach, łzawych przykładach?

Odpowiedź brzmi: nie puszczać ich mimo uszu, reagować na nie, próbować je zmieniać, kształtować świadomość społeczną. Ale trzeba robić to umiejętnie i pamiętać, że stosowane techniki perswazyjne nie zawsze są w stanie przekonać kogoś do naszej opinii. Niekiedy przynoszą skutek odwrotny do zamierzonego – utwierdzają rozmówcę, że należy trwać przy swoim stanowisku. To zjawisko naturalne – reaktancja, czyli dążenie w kierunku przeciwnym niż narzucany, pojawiające się zawsze, gdy na odbiorcę komunikatu perswazyjnego wywierana jest zbyt intensywna presja. Nie naciskajmy zatem zbyt mocno.



Do dyspozycji mamy dwa rodzaje argumentów – racjonalne (fakty, liczby, statystyki, procedury itp.) oraz emocjonalne (nacechowane emocjonalnie określenia, opisy sytuacji generujących emocje). Najbardziej pożądaną w perswazji jest mieszanka argumentacji racjonalno-emocjonalnej – taką postać ma tzw. język korzyści zawierający opis faktów (cech) wraz z ich przełożeniem na życie naszego rozmówcy.

Ważna jest także odpowiedź na pytanie: czy przekonując kogoś do czegoś, lepiej jest przytaczać wyłącznie takie argumenty, które stanowią dowód słuszności naszej propozycji/stanowiska, czy też do beczki miodu trzeba dodać łyżkę dziegciu, np. informując o objawach ubocznych czy innych niedogodnościach/ryzykach związanych z leczeniem – wówczas będzie to komunikat dwustronny. Okazuje się, że odpowiedź nie jest prosta. Gdy druga strona jest już częściowo przekonana do naszych argumentów, to należy prezentować argumenty wyłącznie je wzmacniające (przekaz jednostronny), natomiast gdy rozmówca jest przeciwny naszym propozycjom, należy prezentować zarówno pozytywne strony naszego stanowiska, jak i słabsze punkty (przekaz dwustronny). Istotne jest także dopasowanie argumentacji do danej osoby (do jej wartości) – im bardziej się do nich odwołamy, tym większa szansa na skuteczne oddziaływanie. Ważne jest również to, że argumentacja emocjonalna łatwiej trafia do osób starszych lub słabiej wykształconych. Warto także pamiętać o tym, że poza argumentacją liczą się również tzw. kwestie miękkie – relacje, którym służy okazywanie zrozumienia, szacunku i brak negatywnej oceny osoby prezentującej inny punkt widzenia.

Aby nasz rozmówca zapamiętał kluczowe kwestie, wykorzystujemy zjawisko lepszego zapamiętywania argumentów, które zostały zaprezentowane na początku rozmowy (efekt pierwszeństwa) i na końcu (efekt świeżości). Pożądane jest zatem, aby powtarzać kluczowe kwestie i sprawdzać, czy zostały zapamiętane.

Po tych teoretycznych dywagacjach przejdźmy do praktyki. Poniżej znajdziecie wskazówki, jak rozmawiać z rodzicem, który odmawia szczepienia swojego dziecka. Jakich argumentów używać i jak przekazywać je rodzicom?

### Opis sytuacji

Znana nam już matka czteroletniego Antosia zgłosiła się z dzieckiem do lekarza na badanie kontrolne po tygodniowym leczeniu infekcji górnych dróg oddechowych, które sama prowadziła za pomocą leków objawowych.

(L) Lekarz (po zbadaniu dziecka): *Dziękuję, możesz się już ubrać.*

(M) Matka dziecka: *I co panie doktorze, jest już dobrze?*

L: *Wszystko wskazuje na to, że tak, Antoś jest zdrowy. (po przejrzeniu dokumentacji dziecka) O, widzę, że Antoś nie został jeszcze zaszczepiony. Jak to się stało? Przecież zawiadomienia były wysyłane trzy tygodnie temu. Otrzymali je Państwo?*

M: *Jakie zawiadomienia?*

L: *Dotyczące szczepienia.*

M: *Aha, chodzi o te szczepienia... tak dostaliśmy, ale...*

L: *Większość dzieci została już zaszczepiona. Myślę, że powinniśmy szybko wykonać szczepienie.*

M: *Nie, my w to nie wierzymy. Zdecydowaliśmy się nie szczepić Antosia.*

L: **Z czego wynika takie przekonanie?**

M: *Szczepienia wcale nie chronią – choroby zdarzają się nawet u zaszczepionych. A poza tym w internecie jest mnóstwo informacji o skutkach ubocznych, także bardzo poważnych. Coraz więcej osób nie szczepi swoich dzieci. My też podjęliśmy taką decyzję.*

L: *Szczepienie dotyczy bardzo groźnej choroby, dlatego należy do obowiązkowych. Dzięki niemu ryzyko jej wystąpienia jest bardzo małe. W ten sposób chronią państwo dziecko także przed ciężkimi powikłaniami.*

M: *Groźna choroba, hmm. To mnie nie przekonuje, zawsze tak się mówi.*

L: *Tak, to groźna choroba, ponieważ może spowodować szereg powikłań takich jak: zapalenie płuc, zapalenie mięśnia sercowego, a nawet prowadzić do śmierci. Szczepionka zdecydowanie zmniejsza ryzyko ich wystąpienia. Szczepiąc dziecko, zapewni mu pani właściwą opiekę i bezpieczeństwo, dlatego proponuję, aby zostało zaszczepione.*

M: *A te działania uboczne związane ze szczepieniem?*

L: *Rozumiem pani obawy. Rzeczywiście takich sytuacji nie można wykluczyć. Zdarzają się jednak wyjątkowo rzadko. Podkreślam, że obiektywne badania wykonywane w różnych krajach wyraźnie pokazują, że częstość zachorowań na tę chorobę u osób zaszczepionych jest znikoma, co wyraźnie wskazuje, jak duża jest skuteczność szczepienia. To co? Zapraszam na szczepienie.*

M: *Muszę się jeszcze zastanowić.*

L: *Dobrze. Proszę to jeszcze przemyśleć. Ale czasu jest coraz mniej – Antoś powinien być zaszczepiony do końca tego miesiąca. Myślę, że warto mieć świadomość, że w przypadku braku szczepienia bierze pani na siebie całkowitą odpowiedzialność za zdrowie dziecka, a także kontaktujących się z nim rówieśników.*

M: *No dobrze. Będziemy w przyszłym tygodniu.*

L: *To dobra, rozsądna decyzja. Zatem wpisuję dziecko na wtorek.*

M: *Tak. Dziękuję. Do widzenia.*

L: *Do widzenia.*

To także nieco „wyglądony” przykład. Nie zawsze będzie tak łatwo. Zapamiętajmy jednak zasady, którymi kierował się lekarz. Jeśli chcemy kogoś do czegoś przekonać:

- opisujemy sytuację tak, aby stała się w pełni zrozumiała dla drugiej strony i uzasadniała zgłaszane oczekiwanie;
- przedstawiamy propozycję krótko i konkretnie, uzasadniając ją racjonalno-emocjonalnymi argumentami;
- koniecznie dowiedzmy się, jaka jest decyzja rozmówcy w odniesieniu do naszych oczekiwań;





- jeśli pojawi się odmowa – rozpoznajmy, jakie są jej przyczyny;
  - dbajmy o dobry, partnerski klimat rozmowy (okazujmy zrozumienie, szacunek, nie oceniamy stanowiska i osoby, nie ignorujemy przytaczanych powodów, nie obrażamy drugiej strony);
  - bądźmy wytrwali (jeśli jest to konieczne, powtarzajmy swoje oczekiwanie);
  - po uzyskaniu zgody ustalmy konkretny plan działania;
  - nie wywierajmy presji (zbyt silna wzbudza opór, postawę obronną, a nawet agresję);
  - nie rezygnujemy z przekonywania – jeśli nie udało się za pierwszym razem, podejmujemy kolejne próby.
- Przed nami niespotykana do tej pory liczba szczepień – a więc prawdopodobnie także dziesiątki rozmów z nie-

dowiarkami. Nie odpuszczajmy im, bo to nasza wspólna sprawa. Potraktujmy rozmowy jako kolejne trudne zadanie do wykonania. Niech będzie to nasza cegiełka – nasz udział w przezwyciężaniu pandemii.

*Lek. Dariusz DELIKAT*

O autorze: lekarz laryngolog i psycholog. Absolwent AM we Wrocławiu oraz Uniwersytetu SWPS. Posiada wieloletni staż pracy w szpitalu i przychodni oraz w branży farmaceutycznej, gdzie m.in. zarządzał działem HR i działem szkoleń. Autor wielu programów szkoleniowych z zakresu szeroko pojętych umiejętności psychologicznych. Od 5 lat prowadzi cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny..., Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...)

(przedruk z „Medium” nr 12/20–1/21)

## ZŁAPAĆ ODDECH

Zaraza wkoło... Murawy stadionów pełne szpitalnych łóżek... Kilometry przewodów syczą tlenem, dając nam szansę w walce z dusznością. Lęk i gniew, od stuleci ze sobą zaprzyjaźnione, pchają tłumy na ulicę. Zamknięte sklepy, opustoszałe hotele, wyludnione miasta i szkoły bez dzieci.

Jakby tego było mało, ktoś w imię Boga odcina drugiemu, przypadkowo spotkanemu człowiekowi głowę, a inny w równie bestialskim akcie strzela do bliźnich pijących kawę w restauracji, bo wydaje mu się że przez to świat będzie lepszy a (jego) Stwórca bardziej zadowolony. Apokalipsa... Co tu kryć – strach zagląda w serce.

Nie pierwszy raz to jednak czyni. W historii naszego narodu i naszego życia znajome to przecież spojrzenie. Za nami mroki wojen, za nami czołgi w grudniowe noce. Nauczani przeszłością, najlepiej wiemy, że ochłonąć trzeba. Zdystansować się, by złapać nomen omen oddech...

Ochłonąć jest sztuką niełatwą. Liczne podają na to sposoby, z których ja preferuję psa. Pies bowiem „jest dobry na wszystko”. Pies radośnie żyje chwilą, nie patrzy w bezpowrotnie minioną przeszłość, ani nie drży przed nieznaną przecież przyszłością. Spacer z czworonogiem nadaje rzeczom właściwą miarę i skłonił mnie raczej do pytań, niż tak modnych teraz odpowiedzi wszelkiego rodzaju ekspertów i proroków. Co więc z tym wirusem? Zniszczy nas on, czy raczej, jak mówią niektórzy, groźniejsze jest widmo głodu z powodu zatrzymania gospodarki? U kogo szukać rady?

Politycy, jak to politycy, w przewadze skupiają się na robieniu wrażenia, a ich decyzje moduluje horyzont wyborczych słupków. Kiedyś wmawiali, że „nikt nie zrobi nam nic, bo z nami Śmigły-Rydz”, a dzisiaj uspokajają, że mają dla Polaków łóżka. Gdyby chodziło o narodową drzemkę, byłbym spokojny. Sprawa jednak

wyduje się bardziej zawiła, bo do łóżek tych ktoś musi podejść (nie wspominając o lekarzach z których 33 tys.

przekroczyło 65. rok życia, pielęgniarek brakuje już rozpaczliwie). Co gorsza, łóżka te często pochodzą z przemianowanych naprędce innych oddziałów, które, nie mogąc teraz prowadzić diagnostyki i leczenia, pozostawiają pacjentów samym sobie. Strach budzi myśl, że nie ma się „covidą”, a ma się np. niewydolność krążenia, albo chorobę nowotworową. Kto będzie diagnozował i leczył tych chorych? Czy wzrost śmiertelności

ogólnej nie będzie po części spowodowany ich zaniedbywaniem?

Politycy mówią też, że tylko „zamrażanie” jest dla nas szansą. Ale taka Szwecja, choć z natury zimna, ma na to wszystko inny pomysł i nie chce mi się wierzyć, że jej rząd to grupa samobójców rozszerzonych.

Dziennikarze. To władza już nie czwarta, lecz pierwsza. Ogląd świata średniego Kowalskiego zależy od tego, co wyświetla mu między reklamą podpasek a leku na wzdęcia. Media karmią go liczbami zakażonych. Skąd wiemy jednak, jaka jest ta liczba, skoro zakażenie przebiegać może bezobjawowo? Robimy testy – mamy zakażenia, nie robimy testów – mamy spadek zakażeń? Chodzi taka pogłoska, że pewna śląska grupa społeczna wybierała się na rozmowy z rządem w stolicy, a że zwykle rozmowy te kończą się paleniem opon, czego rząd nie lubi, wymazano ich podczas szczyty, ujawniając niebotyczną skalę zakażeń. Chłopy dziwiły się wielce, że są tak chorzy, bo sami tego nie zauważyli, ale summa summarum wyjazd się nie odbył, a statystyki „covidowe” mocno drgnęły.

Skąd wiemy, jaka jest rzeczywista liczba zgonów z powodu koronawirusa? Jak to wszystko będzie w praktyce kodowane? Czy chory „z covidem”, zmarł z powodu „covidą”? Statystycznie pan i jego pies mają trzy nogi, więc różni ludzie różne rzeczy będą mogli z tych danych wliczać (w zależności od zleceńodawcy liczenia). W ogóle to ja podziwiam średniego Kowalskiego, za to, że nie



siedzi na oddziale zamkniętym psychiatrii po tym, czego się naczytał i naoglądał.

Z pewnością mamy do czynienia z epidemią wirusa, który powodować może u części zakażonych zapalenie płuc z możliwością powikłań. Z pewnością pewien odsetek zakażonych wymaga tlenoterapii, z tych z kolei pewien nieduży (jak obecnie obserwuję) procent wymaga wentylacji mechanicznej. Mam jednak wrażenie, że media przedstawiają świat w taki sposób, jakbyśmy wszyscy mieli zająć się natychmiast kopaniem grobów

zbiorowych na każdym skwerku. Zastanawiam się, czy nie przeszlubyśmy przez to wszystko spokojniej wyłączywszy telewizor.

A przyszłość? Co będzie dalej? Może jak w powojennej piosence, którą lubi mój Tata, co wojnę przeżył... „Za dzień, za dwa, wstanie świt i dzieci narodzą się nowe nam”. Potem pewnie paru gości słusznie, a (znacznie więcej) niesłusznie, będzie miało przyszpilony order, pa-

ru prawdziwych bohaterów dołączy (zwykle) anonimowo do grona Wszystkich Świętych. Przeważająca większość krzywej Gaussa opowie o tym kiedyś dzieciom i wnukom przy kolacji...

A terazniejszość? Jednooki Horatio Nelson, na chwiejącym się pokładzie liniowca „Victory”, też pewnie nie miał lekkiego życia. Świadomy, że przystępuje do decydującej dla siebie i ojczyzny bitwy, kazał wywiesić rozkaz, który choć swą prostotą wielu zadziwił, to przeszedł do historii. „England expect that every man will do his duty” (Anglia oczekuje, że każdy wypełni swój obowiązek”).

Podoba mi się pomysł Admirala na przetrwanie ciężkich chwil. Będę więc pełnił swoje obowiązki, jak umiem najlepiej, skupiając na tym co jest mi dostępne i na co mam wpływ. Niezły to chyba sposób na te trudne czasy...

Rafał SOŁTYSEK

Członek Prezydium

Okręgowej Rady Lekarskiej SIL

(przedruk z „Pro Medico” nr 12/20)

## GŁASKOLOGIA – SZTUKA BYCIA DLA SIEBIE DOBRYM

Rozmowa z prof. Alicją Gałązką, psycholog i psychoterapeutką, o radzeniu sobie z emocjami

**Katarzyna DOMIN:** *Wraz z wybuchem pandemii coraz powszechniejszym uczuciem wśród lekarzy stał się lęk – o siebie, o rodzinę, o pacjentów, ale też o to, czy gabinety lub przychodnie nie pogrążą się w długach, albo czy w ogóle system ochrony zdrowia się nie załamie. Jego objawy nie zawsze są czytelne, dlatego często nie zdajemy sobie sprawy, że my, nasi najbliżsi lub współpracownicy się z nim zmagają.*

Prof. Alicja GAŁĄZKA: Zgadza się, lęk jest uczuciem bardzo złożonym i może przyjmować różną postać. Ostatnio wiele mówi się zarówno o lęku, jak i o strachu, a to są dwie różne rzeczy, z którymi się obecnie zmagamy. Można powiedzieć, że lęk to uczucie bardziej egzystencjalne, nie wynika z konkretnego zagrożenia, tylko jest jego antycypacją. Myślę, że jest to bardzo adekwatne do tego, co teraz obserwujemy, bo rzeczywiście lekarze boją się o różne rzeczy, czasami nawet niedookreślone, np. że sobie z czymś nie poradzą, ale też odczuwają konkretny strach o to, że sami mogą zachorować lub ich najbliższa rodzina. Czasami lęk może być trudny do rozpoznania, bo ktoś się bardzo boi, ale nie chce tego okazywać, więc objawia się on np. w postaci agresji. Jej poziom wzrasta wtedy, kiedy przestajemy mieć kontrolę nad sytuacją, tracimy poczucie sprawstwa. A przecież teraz czasy są nieprzewidywalne, co powoduje bardzo duży poziom stresu. Często jest tak, że im wyższy poziom lęku, tym większa agresja. Myślę, że lekarze to doskonale znają z kontaktów z pacjentem. Bo pacjent jak się boi, a do lęku się nie przyznaje, to agresja pełni wtedy funkcję mechanizmu obronnego.

*Wydaje mi się, że z tego mechanizmu korzystają nie tylko pacjenci, lecz także wszystkie osoby pracujące pod presją.*

– Lęk i takie agresywne odreagowywanie mają wpływ na stosunki w pracy. Jak rozmawiam z lekarzami, którzy mimo wszystko są lepiej przygotowani do działania w sytuacji kryzysowej, to często zwracają uwagę, że ta powszechna obecnie kultura lęku oraz często paraliż logistyczny, które nam teraz towarzyszą, wpływają na relacje w zespole. Trudno jest coś spokojnie załatwić, wszyscy są zdenerwowani, zniecierpliwieni, sfrustrowani i nie wiedzą, jak sobie z tymi emocjami radzić. A jeśli nie mamy wsparcia w zespole, zrozumienia, nie zadbaliśmy wcześniej o pozytywne kontakty, to wszystko staje się bardzo trudne.

**Frustracja to chyba drugie dominujące dziś uczucie.**

– Tak, ale to jest typowy emocjonalny przejaw lęku. Kiedy odczuwamy silny lęk, oddziałuje on na nas fizycznie, emocjonalnie, behawioralnie i oczywiście, poznaczczo, więc właśnie takie objawy jak poirytowanie, zdenerwowanie, roztrzęsienie czy wspomniana już frustracja lub agresja są najczęściej obserwowanymi symptomami emocjonalnymi.

**Między głębokim lękiem a przygnębieniem i depresją jest chyba cienka granica. Jednak z tym pierwszym wydaje się, że możemy sobie sami poradzić, w drugim przypadku potrzebujemy pomocy specjalisty. Jak wy czuć, kiedy się tę granicę przekracza?**

– Lęk w postaci klinicznej trwa dłużej niż takie krótkoterminowe stany lękowe. Jeżeli człowiek się niepokoi od czasu do czasu albo wysłucha niepokojących wiadomości i pojawi się u niego jakiś element lęku, to może-





my powiedzieć, że jest to reakcja naturalna i możemy jeszcze nad tym zapanować i sami sobie z tym poradzić. Natomiast gdy jest to patologiczny, długotrwały niepokój, który zakłóca nam normalne funkcjonowanie i nasze relacje zarówno w pracy, jak i w domu, to jest to już coś zupełnie innego. Silny lęk może przyjąć postać napadową. Gdy napady paniki pojawiają się samorzutnie, z nienacką, z coraz większą częstotliwością, to jest to sygnał, który nam pokazuje, że już nie do końca sobie z tym wszystkim radzimy. Dlatego jeżeli taki stan utrzymuje się ponad miesiąc i w jakiś sposób nas paraliżuje, to zdecydowanie trzeba się zgłosić po pomoc do specjalisty.

***Lęk może też zaburzać racjonalne myślenie, a więc w pewien sposób wpływać na pracę lekarza.***

– Po pierwsze, dużo jest zniekształceń poznawczych, które składają się na tzw. myślenie lękowe, jednym z nich jest myślenie katastroficzne – automatycznie uruchamiamy w głowie najgorszy scenariusz, negatywnie się programujemy i wmawiamy sobie, że na pewno sobie z czymś nie poradzimy. I to rzeczywiście może obniżyć sprawczość naszego działania. Bo skoro wydaje nam się, że wszystko pójdzie źle, to po co w ogóle podejmować działanie. Druga pułapka poznawcza to tak zwane myślenie tunelowe. Często przestajemy wtedy myśleć racjonalnie, nie wiemy, co zrobić w danej sytuacji, nie patrzymy na całość, tylko wybieramy takie elementy z sytuacji, które potwierdzają nasze negatywne przekonania i hipotezy, a nie zauważamy innych opcji percepcji i możliwości rozwiązania.

***Wszystko to brzmi dość pesymistycznie. Dlatego muszę Pani jako psychoterapeutce zadać pytanie: jak sobie radzić z nagromadzeniem się tych wszystkich negatywnych uczuć?***

– Na pewno możemy zmienić nasze reakcje poznawcze na odczuwane emocje, bo to od nas zależy, jak zinterpretujemy to, co dzieje się w danej sytuacji, to jest nasz wybór – nie mamy wpływu na sytuację, ale na naszą reakcję w tej sytuacji już tak. Warto też poszukać pozytywnej energii wewnątrz siebie i zastanowić się, jak wzbudzać w sobie pozytywne emocje. Bo jeżeli uzależniamy naszą pozytywność od czynników zewnętrznych, to często możemy się bardzo rozczarować. Jest kilka prostych rzeczy, które warto zrobić. Na pewno trzeba dbać o siebie, o swój dobrostan psychiczny, emocjonalny i fizyczny. Pomocna okazuje się coraz bardziej popularna obecnie koncepcja self-compassion therapy, czyli terapia oparta o współczucie dla samego siebie. Polega ona na tym, by po prostu być dla siebie dobrym, „porozpieszczać się” poprzez zrobienie czegoś wyłącznie dla siebie: wziąć aromatyczną kąpiel, ugotować coś dobrego i zdrowego, zobaczyć fajny film, pobiegać lub pójść na spacer z psem, pogadać z kolegą czy poplotkować z przyjaciółką. Słowem, zrobić coś, co sprawia nam przyjemność, nawet jeśli jest to drobna rzecz w ciągu dnia. Na wiele-

spraw nie mamy teraz wpływu, dlatego na pewno poprawi nam nastrój świadomość, że są rzeczy, które możemy kontrolować i zaplanować.

Warto też zadbać o aktywność fizyczną. Nie musi to być konkretna dyscyplina sportowa, czasem wystarczy zrobić coś koło domu, w ogrodzie, co nie wymaga myślenia, ale sprawi, że się zmęczymy i dzięki temu wytworzymy pozytywne, bardzo nam potrzebne hormony.

Ważne jest również – co dotyczy zwłaszcza osób szczególnie wrażliwych – by wyłączyć w sobie wewnętrzny, krytyczny głos, który ciągle nas obwinia, że coś zrobiliśmy źle albo niewystarczająco dobrze. Chodzi o to, by być dla siebie bardziej wyrozumiałym, nie obwiniać się o rzeczy, które może nie były wykonane idealnie, ale przecież się staraliśmy.

***Dla lekarzy, wśród których dążenie do perfekcji jest dosyć powszechne, może się to okazać prawdziwym wyzwaniem.***

– Perfekcjonizm bywa dla nas zabójczy. Dlatego warto dać sobie przyzwolenie na to, by nie być bogiem. Lekarzom czasami się wydaje, że są niezwykłymi, że nie mogą sobie pozwolić na słabość – walczą o zdrowie i życie pacjentów, czasem walczą z systemem, ale każdy jest tylko człowiekiem. Zawsze staram się im mówić na szkoleniach, żeby pomyśleli o tym, co w takiej sytuacji, w jakiej oni się znaleźli, poradziłby im najlepszy przyjaciel. Albo odwrotnie, co oni by poradził takiej osobie. To bardzo ważne, żeby być dla siebie takim najlepszym przyjacielem, bo zazwyczaj dla przyjaciół jesteśmy dużo bardziej wyrozumiali, potrafimy im wybaczyć więcej niż sobie.

***Co jeszcze możemy zrobić, by być dla siebie przyjacielem?***

– Możemy praktykować autoempatię. Jest takie słowo jak „głaskologia”, które oznacza, że dajemy sobie takie wewnętrzne, psychiczne „głaski”, czyli coś ciepłego, dobrego. Po prostu sami siebie lubimy. Związana z tym jest również akceptacja własnych uczuć. Czasami gdy jest nam smutno, źle czy odczuwamy gniew, to trzeba sobie na to pozwolić. Mamy prawo czuć się zmęczonymi i mieć wszystkiego dosyć.

Na pewno bardzo pomocne są ćwiczenia z tzw. uważności (z ang. mindfulness), czyli uważne wsłuchiwanie się w siebie. Proste ćwiczenie polega na tym, by np. pijąc rano kawę czy herbatę, nie myśleć o niczym innym, tylko skupić się na tej jednej czynności, starać się wyłączyć myśli. Często się zdarza, że coś jemy i nawet nie wiemy, jaki to ma smak, bo robimy to w biegu. Nie potrafimy się zatrzymać, dostrzec tego, co się dzieje wokół nas, bo jesteśmy „przebodźcowani”. Równie ważne jest wsłuchiwanie się w to, co mówi nam nasz organizm. Przed snem można wykonać ćwiczenie, które nazywamy skanowaniem ciała. Polega ono na obserwacji oddechu i próbie rozluźnienia tych miejsc, gdzie czujemy napięcie. Wystarczy świadomie, głęboko pooddychać



przez dwie-trzy minuty, żeby wyrzucić z siebie niepotrzebne napięcie. Będzie to również miało pozytywny wpływ na naszą odporność.

Ostatnie ćwiczenie, jakie mogę zaproponować, wywodzi się z psychologii pozytywnej, dotyczy wyrażania wdzięczności i po angielsku nazywana się three blessing. Polega ono na tym, że codziennie wieczorem zapisujemy sobie trzy rzeczy, za które możemy być dzisiaj wdzięczni. Po pierwsze, za co ja mogę być wdzięczny światu, np. że żona zrobiła mi obiad, że mąż zabrał dzieci na plac zabaw, że sąsiadka przyniosła nam zakupy, że świeciło słońce. A po drugie, za co ja mogę sam sobie dziś podziękować, np. udało mi się poćwiczyć, pomogłem jakiejś osobie, wypilem kawę z koleżanką w pracy, która potrzebowała wsparcia. To nie muszą być wielkie rzeczy, takie z efektem „wow”. Ćwiczenia z wdzięczności są stosowane także w leczeniu depresji, ponieważ pozwalają zmienić model umysłu i sposób naszego postrzegania na bardziej pozytywny, zwracać uwagę na to, co

dobrze. Bo często sami siebie wypychamy w myślenie katastroficzne i potem sabotujemy własnymi myślami.

***Czasami jednak wszystkie te zabiegi nie pomagają. Myślę, że jest wiele osób, które wieczorami widzą tylko mrok...***

– Poziom depresji wśród lekarzy wzrasta w alarmującym tempie. I w takich przypadkach należy się zgłosić do specjalisty. Niestety, lekarze należą do tej grupy zawodowej, która niechętnie korzysta z pomocy psychiatry czy psychoterapeuty. Dlatego trzeba ich zachęcać, żeby chcieli sobie dać pomoc, bo wiele rzeczy można przepracować w ramach kilku spotkań. Często lekarze nie chcą obciążać swoimi problemami czy lękami rodziny, a taka rozmowa z terapeutą, nawet online, może się okazać bardzo oczyszczająca.

*Prof. dr hab. Alicja Gałązka prowadzi szkolenia dla lekarzy organizowane w ramach Komisji Kształcenia ORL w Krakowie. Zawodowo związana jest m.in. z Uniwersytetem Śląskim w Katowicach.*

*(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 12/20–1/21)*

## POTRZEBUJEMY SPA DLA PSYCHIKI

z Mileną Marczak, dr psychologii, specjalistką terapii neuropsychologicznej, rozmawia Anna Augustowska

***Od miesięcy żyjemy w świecie, którego nikt nie przewidział. Pandemia spadła jak grom z jasnego nieba. Chciałabym zacząć trochę przekornie: czy będą – a może już są – jakieś pozytywne zmiany w psychice ludzi, którzy mierzą się z pandemią?***

– To z pewnością zwiększenie świadomości o istnieniu zdrowia psychicznego, o tym, że wiele od niego zależy. Zwykle jest ono zaniebywane, czego skutkiem jest np. stres czy wypalenie zawodowe (rozwijają się powoli, wyniszczając nas od środka). Mogliśmy też zobaczyć, jak tak naprawdę wyglądają nasze relacje z najbliższymi, z którymi żyjemy w czterech ścianach. Odkryliśmy na nowo, czego tak naprawdę nam brakuje w życiu – wolnego wyboru i podejmowania decyzji, pójścia na spacer do lasu i spotkania z przyjaciółmi w kawiarni. Te refleksje zawdzięczamy pandemii.

Interesującym odkryciem, opisanym przez psychologów, jest trzeci sposób reagowania na stres. Do tej pory na stres i trudne sytuacje reagowaliśmy tzw. walką lub ucieczką. Tym trzecim – nowym – sposobem jest utrzymywanie relacji międzyludzkich. Okazało się, że poprzez budowanie więzi interpersonalnych w mózgu wytwarza się oksytocyna, nazywana hormonem miłości, która zmniejsza szkodliwe działanie kortyzolu (hormonu stresu). Obecnie, w trudnej sytuacji pandemii, dawanie oraz otrzymywanie wsparcia i pomocy od innych ludzi, poprawia nasze samopoczucie oraz w przyszłości może zmniejszyć negatywne skutki pandemii, jak zaburzenia

depresyjne czy zespół stresu pourazowego. Dlatego warto pomagać sobie nawzajem.

***A procesy negatywne? Psychologowie i psychoterapeuci mają pełne ręce roboty?***

– Tak naprawdę zawsze mieli mnóstwo pracy, ale rzeczywiście obecnie i w przyszłości pracy będzie jeszcze więcej. To efekt negatywnych skutków pandemii, ale też zwiększonej samoświadomości, którą niewątpliwie pogłębiło doświadczenie pandemii. Nagle zdaliśmy sobie sprawę, jak ważne jest dbanie o swoją psychikę – o spokój myśli i emocji.

Wśród zaburzeń psychicznych, które się nasila, będą z pewnością: zaburzenia lękowe, depresja, problemy w radzeniu sobie ze stresem, problemy ze snem. Badania pokazują, że rozwiną się one u 63% osób, które miały bezpośredni kontakt z wirusem – u zakażonych, ich rodzin, u pracowników ochrony zdrowia. Są to oczywiście prognozy, które bazują na danych z poprzednich pandemii, jak bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS) czy grypa H1N1.

***Jak radzą sobie z tymi zjawiskami lekarze? Szczególnie ci, którzy nie mogą wykonywać pracy przy pomocy teleporad? Wiosną, kiedy pandemia się rozkręcała, wielu medyków brało zwolnienia. Po prostu ze strachu – co dla lekarza było chyba dodatkową traumą, że nie umie sprostać powołaniu.***

– Sposoby na poradzenie sobie z pandemią są naprawdę różne – wynikają z indywidualnych cech psychicznych takich jak: osobowość, temperament, doświadczenia ży-



ciowe oraz z obecnej sytuacji rodzinnej i ekonomicznej. Są one również związane z miejscem pracy oraz rodzajem leczonych pacjentów. Nie ma tutaj schematu. Większość lekarzy wciąż pracuje, często zaniedbując własne zdrowie psychofizyczne. Interesujące jest to, że gdy w ostatnich miesiącach pytano lekarzy, co należy do ich największych zmartwień, odpowiadali: obawa o rodzinę, niewystarczająca ilość środków ochrony osobistej, praca z pacjentami zakażonymi oraz zatrważająca liczba nadgodzin. Jak sobie z tym radzić skoro pandemia odebrała nam wiele możliwości rozładowania napięcia i stresu – wyjścia do restauracji, na trening na siłowni czy wyjazd na weekend do hotelu nad morze. Część lekarzy co chwilę kierowana jest na kwarantannę. A siedzenie w domu przez dłuższy czas również negatywnie odbija się na psychice. Czasami, aby sobie z tym poradzić, lekarze zajmują czas kursami, webinarium, niektórzy czytają książki lub oglądają filmy, a niektórzy sięgają po różne używki.

**No właśnie, czy zachowania destrukcyjne się pogłębiły? Np. alkohol, środki psychotropowe...?**

– To prawda, coraz częściej sięgamy np. po alkohol. Problemy z zaśnięciem, samotność, poczucie wewnętrznej pustki i bezsilności. Gdy nie radzimy sobie z napięciem przyniesionym z pracy, problemami finansowymi, zaburzeniem dotychczasowych przyzwyczajeń, które sprawiały nam przyjemność – sięgamy po środki, mające nam pomóc uciec od tego stanu. Aby nasze emocje i myśli się uspokoiły, sięgamy po kolejny kieliszek, butelkę czy inne środki odurzające. Musimy pamiętać, że skalę tego zjawiska poznamy dopiero za kilka miesięcy.

**Stres obniża odporność – chyba warto to podkreślić, bo do walki z wirusem bardzo potrzebujemy silnego układu odpornościowego.**

– Najbardziej niebezpieczną sytuacją jest doświadczanie stresu przez dłuższy czas. Czasami może nie być on dla nas uciążliwy, np. w pracy przyzwyczajamy się, że pacjentów jest dużo, że mają problemy, często pretensje, a warunki, w jakich pracujemy, odbiegają od ideału. Ale gdy pracujemy na pełnych obrotach, jak ma to miejsce obecnie, szybko może dojść do sytuacji, kiedy wyładujemy chorzy w łóżku. Po prostu w pewnym momencie spada w naszym organizmie poziom adrenaliny i pobudzenia układu nerwowego. A warto pamiętać, że nasz układ odpornościowy współpracuje z układem nerwowym.

Zobaczmy, jak stres działa na nasz organizm. Gdy przez moment jesteśmy zdenerwowani lub przestraszeni cały organizm mobilizuje rezerwy hormonalne i neuronalne. Ciało myśli, że zaraz będziemy się bić albo uciekać, ile sił w nogach (to taki prezent ewolucyjny sprzed tysięcy lat). Ale co się dzieje w naszym ciele, gdy nie decydujemy się na to? No właśnie nic... Jeśli dalej będziemy zestresowani, nasz organizm będzie uważał, że potencjalna bójka lub ucieczka jest nadal prawdopodobna i na wszelki wypadek organizm pozostanie w stanie gotowości. Pobudzenie hormonów w organizmie będzie trwać... Miną

dni, tygodnie, miesiące, lata... (każdy z nas ma inny organizm – rezerwy biologiczne i psychiczne, więc trudny okres przeżywamy inaczej). Niektórych nic nie ruszy, inni będą mieć bóle głowy, bóle pleców oraz łapać infekcje. W stresie organizm wariuje, układ odpornościowy też – staje się mniej wrażliwy, może nie wyłapać procesów zapalnych. Obecnie to dla nas szczególnie niebezpieczne.

**Czy można – na pewno tak, ale jak – sobie pomóc?**

– Najpierw powinniśmy zaakceptować to, że możemy czuć bezradność. Mamy prawo się bać. Mamy prawo odczuwać zmęczenie. Mamy prawo być złym. W końcu nagle sytuacja na świecie odebrała nam nasze życie i przyzwyczajenia. Niektórzy mówią, że powinniśmy nauczyć się żyć na nowo. Wg mnie powinniśmy zaakceptować, że w naszym życiu następują zmiany – czy tego chcemy, czy nie. Mogą one wpłynąć na nasze życie czasowo, ale niektóre będą nieodwracalne. W sytuacji pandemii trudne jest to, że o zmianach nie decydowaliśmy my. I właśnie z tym nie możemy się pogodzić. Podobnie w codziennym życiu – sami wybieramy kolor włosów u fryzjera, kupujemy nowy samochód albo decydujemy, że nie będziemy jeść mięsa. To nasze decyzje i żyjemy z ich konsekwencjami. Gdyby te wybory podejmowane były przez inne osoby – samochód wybrałby nam życzliwy sąsiad, a kolor włosów koleżanka z pracy – wtedy z tych zmian również nie byłibyśmy zadowoleni.

Warto sięgać po metody obniżenia stresu, do których nie potrzeba specjalisty – to np. słuchanie muzyki, dźwięków natury oraz nagrań specjalnych treningów uczących, jak pracować z oddechem i obniżyć napięcie mięśniowe. Przykładem jest trening autogenny Schultza, który znajdziemy za darmo w Internecie. W regulacji emocji pomocne są też spacerowanie na powietrzu, kiedy jesteśmy sami lub towarzyszy nam pies, a my możemy swobodnie błądzić myślami. Ważne tutaj jest znalezienie sposobu, który jest dla nas najlepszy. Trzeba próbować i testować. Obserwować, jak organizm reaguje na relaksację i czy czujemy się po niej lepiej.

Kiedy to konieczne korzystajmy z pomocy psychologa czy psychiatry. Czasami lekarze pytają, kiedy powinni pójść do psychologa. A odpowiedź jest prosta. Nie powinni, a mogą i mają możliwość. Lekarz może skorzystać z konsultacji psychologicznej, kiedy pojawi się u niego taka myśl. Nie trzeba czekać na namacalne i widoczne skutki lęku i stresu, które odbiją się na zdrowiu. Wizyta u psychologa jest jak SPA dla psychiki. Jeśli wszystko z nią w porządku, po niej pocujemy się lepiej, upewniając się, że wszystko jest w porządku i zadaliśmy o siebie – jesteśmy tego warci. Natomiast, jeśli okaże się, że przeżywamy problem, to psycholog nie tylko pomoże nam go zlokalizować, ale też nauczy, jak skutecznie sobie z nim poradzić. Poza tym psycholog szanuje nasz komfort i nie robi nic na siłę i bez naszej zgody. Dlatego, jeśli tylko mamy taką ochotę i potrzebę, korzystajmy z tej formy pomocy.

# GDY MISTRZ POKAZUJE NA SŁOŃCE, A UCZEŃ PATRZY NA PALEC

Nie jestem lekarzem, może nie powinnam komentować doktorskich spraw, porządków i relacji, jednak czasem bezstronnemu obserwatorowi rzucają się w oczy pewne kwestie, które bezpośrednio zaangażowanym mogą umknąć. Docierają do mnie różne utyskiwania i to zarówno młodych adeptów medycyny, jak i ich patronów – dotyczące ich wzajemnych relacji, zobowiązań, wizji szkolenia i jego efektów.

O relacji uczeń – mistrz zapisano już setki stron, jednak wciąż mam wrażenie, że głównym problemem pozostaje rozbieżność oczekiwań i towarzysząca jej niechęć albo niemoc zrozumienia swojego miejsca i roli w tym układzie.

Młodzi, uczący się pod okiem swojego kierownika lekarze, nierzadko chcieliby od razu operować, pobierać szpik i prowadzić leczenie na podstawie swojego rozpoznania. Mają żal, że nie uczestniczą czynniej, aktywniej, częściej w różnych procedurach. Tymczasem, jak się okazuje po wnikliwszej analizie ich marzeń, w zabiegu chętnie wezmą udział, o ile odbędzie się on na ich dyżurze albo przed 11.00, bo potem muszą wyjść. A jak asysta, to żadne trzymanie haków, tylko co najmniej nacięcie, szycie, wydobycie, bo samo przyglądanie się to potwarz, niedocenienie i generalnie strata czasu.

Proszeni o sporządzenie opisu operacji nie są czasem w stanie napisać jednego sensownego zdania, nie pamiętają szczegółów i w zasadzie trzeba to zrobić z nimi albo za nich, co u kierownika budzi pytanie o faktyczne chęci, zaangażowanie i sens takiej „niby” asysty.

Jak późnej ochoczo powierzyć uczniowi bardziej skomplikowaną rzecz, gdy on się trzyma haków tak, żeby samemu nie upaść? Uczniowie ponoć dziś nie są stworzeni do ogarniania zwykłej szpitalnej nudnej rzeczywistości. Przyjęcia, wywiady, proste badania – to nie dla nich, przy tym niczego się nie uczą.

Dzisiaj młodzi chcą zdobywać doświadczenie przy spektakularnych dramatycznych akcjach, ale jak jest spokój, kiedy można by się przygotować na faktyczną ewentualną szybką akcję, gdzie nie będzie czasu na powolne ćwiczenie, to wychodzą do poradni, bo mają umówionych pacjentów.

Wóz albo przewóz – chciałoby się powiedzieć.

Trudnej operacji nie można zrobić o 20.00 na dyżurze, albowiem wtedy nie ma zespołu, nie ma nikogo, kto w razie komplikacji pobrudzi ręce i weźmie odpowiedzialność, od której uczeń jest przecież wolny... Słonia trzeba jeść po kawałku, jak mawiają, w całości powoduje zaparcie. Pierwsza asysta kiedyś następowała po „zaliczeniu” drugiej asysty. I nie chodzi tu o tzw. frycowe, upupianie, pokazywanie, kto tu rządzi. Chodzi o prawdziwe zaangażowanie i uważność na każdym etapie i w każdym obszarze.

Starzy doktorzy wiedzą, że kto jest w drobnej rzeczy wierny, ten i w wielkiej będzie wierny – bo sami tak byli nauczeni. Pokażcie więc, że widzicie palec, ale patrzcie na słońce, które on wskazuje. Młodzi z kolei czasem nie czują, że są dla mistrza swojego wyzwaniem. Gliną, z której ma powstać naczynie. Owszem, niedobory kadrowe ukradły czas nie tylko na cierpliwą naukę, tłumaczenie, demonstrowanie, ale także zabrały możliwość wytworzenia więzi – relacji między uczniem i mistrzem.

Prawdziwa relacja zawiera w sobie: ja chcę i ty chcesz. Nie ma miejsca na przymus, dodatkowy, niechciany, słabo opłacony, żmudny obowiązek. Dydaktyka to dzielenie się swoją wiedzą, doświadczeniem, objaśnianie, pokazywanie. Dzielnie się, czyli dawanie siebie. Wymaga osobistego zaangażowania, obecności, towarzyszenia, wsparcia.

Starzy mistrzowie, nawet jeśli okrutnie wymagający, byli często kochani przez swoich uczniów. Bo ci czuli, że dostali jakiś skarb. Nie suche, odgórne polecenie. Tylko wsparcie. Że przez kawałek życia ktoś z nimi siedł – trochę za rękę, trochę obok, by w końcu wypuścić do pełnej samodzielności. Starsi lekarze z rozrzewnieniem wspominają swoich mistrzów. Pytanie, czy sami będą wspomniani?

Joanna ANDRZEJEWSKA

Radca prawny ŚIL

(przedruk z „Pro Medico” nr 12/20–1/21)



## AMANTADYNA – ZŁUDNE NADZIEJE CZY RZECZYWISTA PERSPEKTYWA SKUTECZNEJ FARMAKOTERAPII COVID-19?

Po raz kolejny na łamach „Primum” powracam do tematu farmakoterapii COVID-19 – w oparciu o badania kliniczne poparte rzetelnym warsztatem naukowym, pozbawionym subiektywnych opinii, anegdotycznych przypadków czy oczekiwań społecznych. W ostatnich miesiącach znajdujemy w bazach medycznych liczne artykuły na temat amantadyny i jej potencjalnego zastosowania w terapii COVID-19. Lek ten na rynku farmaceutycznym obecny jest od wielu lat, jednak – ze względu na obecną sytuację epidemiologiczną – ponownie doczekał się renesansu wśród badaczy i klinicystów. W tym momencie zasadne wydaje się postawienie pytania – czy słusznie?

Amantadyna (pochodna adamantanu, trójpierścieniowa amina syntetyczna) zwiększa uwalnianie dopaminy w obrębie prążkowania, a także hamuje wychwyt zwrotny neuroprzekaźnika poprzez receptory presynaptyczne. Istotny aspekt działania obejmuje antagonizm wobec receptorów NMDA (N-metylo-D-asparaginy), poprzez które, w zakresie dawek terapeutycznych, uzyskujemy efekt antycholinergiczny. Hamowanie aktywności NMDA stanowi jeden z mechanizmów zmniejszających objawy parkinsonowskie. Oczywiście rola tego szlaku nie jest kluczowa w patogenezie PD, a skuteczność u pacjentów w zaawansowanym stadium choroby jest tematem dyskusyjnym.

Podstawowe parametry farmakokinetyczne leku są następujące: po podaniu per os –  $t_{max}=2-8$  h, z istotną różnicą dla siarczanu i chlorowodoru,  $t_{1/2}=15$  h. Na czas połowicznej eliminacji wpływa wiek pacjenta oraz GFR. Stan stacjonarny w surowicy osiąga się po 3–7 dniach, lek wiąże się z białkami osocza w 67% i nie podlega metabolizmowi – wydalany w 95% z moczem. Wydalanie amantadyny zmniejsza się wraz ze wzrostem pH moczu. Ponadto amantadyna już w zakresie niskich stężeń ( $<0,4$   $\mu\text{g/ml}$ ) hamuje wstępną fazę replikacji wirusa grypy typu A (podtypy H1N1, H2N2 oraz H3N2). Efekt ten wynika z blokowania PP (pompy protonowej) białka M2, co prowadzi do dezaktywacji wirusowej hemaglutyniny. Warto podkreślić, że podobne działanie na poziomie molekularnym obserwujemy w przypadku reprezentatywnych wirusów ptasiej grypy (na podstawie mp.pl).

Przesłanki te znajdują uzasadnienie z punktu widzenia teoretycznego dla potencjalnego zastosowania amantadyny w farmakoterapii COVID-19.

Ważne w tej kwestii są wyniki badań opublikowane przez S.P. Smiszek i wsp. w *International Journal of Antimicrobial Agents*. Autorzy wykazali, że wejście SARS-CoV-2 do wnętrza komórki gospodarza zależy od wiązania białka wirusa z receptorem komórkowym. Ważną rolę w procesie fuzji odgrywają proteazy komórek gospodarza, takie jak katepsyna L i katepsyna B (CTSL/

CTSB). Obie katepsyny są kluczowymi elementami szlaku lizosomalnego. Zaburzenie aktywności enzymatycznej mogłoby stanowić ciekawą alternatywę w farmakoterapii COVID-19. Przeprowadzone badania potwierdziły, że amantadyna w stężeniu 10  $\mu\text{M/l}$  obniża ekspresję genu kodującego CTSL. Ponadto związek zaburza aktywność szlaku lizosomalnego, tym samym zdolność wirusa do replikacji. Działając jako środek lizosomotropowy może istotnie zmienić środowisko CTSL.

W mojej ocenie wyniki te stanowią wstępną, aczkolwiek ważną informację wyznaczającą dalsze kierunki badań. Jednak chciałbym podkreślić, że stosowanie leku tylko na tej podstawie, nie znajduje uzasadnienia w farmakoterapii. Podobne stanowisko w tej sprawie mają autorzy publikacji. Niezbędna jest weryfikacja kliniczna uzyskanych danych, uwzględniająca stadium kliniczne zakażenia i co najważniejsze – wpływ terapii na twarde punkty końcowe.

Podobnie wstępny charakter doniesień mają wyniki badań genetycznych opublikowane przez Zhonglin Li i Ling Yang w październiku bieżącego roku. Wcześniejsze doniesienia wskazywały, że SARS-CoV-2 i SARS-CoV są wysoce homologiczne i oba używają ACE2 jako receptora umożliwiającego wejście do komórek gospodarza, zaś zakażenie SARS-CoV zmniejsza ekspresję ACE2 w płucach. Autorzy poddali analizie geny wykazujące współekspresję z ACE2 w komórkach BALF u pacjentów z COVID-19. Na podstawie bazy danych Connectivity map (Cmap), korzystając z profili transkryptomu pacjentów zakażonych, zaproponowali potencjalnych kandydatów na leki, w tym amantadynę.

Na tym etapie badań moja opinia musi być podobna, jak w przypadku wstępnych doniesień Smiszek i wsp. Praca bardzo wartościowa, spójna i merytorycznie poprawna. Jednak nie upoważnia nas w żadnym stopniu do wnioskowania klinicznego. Podobną sytuację możemy zaobserwować, analizując wyniki badań opublikowanych na łamach *Med. Hypotheses* przez Gonzalo Emiliano Abreu i wsp. Badacze, bazując na modelach dokowania, wykazali, w jaki sposób amantadyna może wywierać swoje działanie na wiroporynę E koronawirusa. Bardzo ciekawy i dobry model eksperymentalny. Jednak kolejny w piśmiennictwie wymagający dalszych badań klinicznych.

Problemu stosowania amantadyny nie rozwiązuje również publikacja włoskich badaczy – del Prete i wsp. W grupie pacjentów z PD żaden nie był leczony amantadyną, jedynie 4 osoby z powodu innych wskazań zażywały lek. Ograniczona wielkość próby nie pozwala na jakiegokolwiek sugestie dotyczące potencjalnego działania ochronnego leku.

Wyniki badań prezentowane na łamach Arch. Med. Res. w czerwcu bieżącego roku, autorstwa Araujo i wsp., podobnie cechuje znikoma wartość kliniczna. Oczywiście w pracy znajdujemy dobrze przedstawione i powszechnie znane mechanizmy molekularne, na podstawie których można by wnioskować o potencjalnym znaczeniu monoamin w farmakoterapii COVID-19. Jednak wyniki te nie są konkretne i stanowią w mojej opinii kolejne doniesienie wstępne. Autorzy ostrożnie stwierdzają, że w dobie pandemii musi istnieć jakaś alternatywa, aby złagodzić objawy zakażenia. I z tym owszem należy się zgodzić. Jednak tu, podobnie jak w innych publikacjach, napotykamy lakoniczną informację, że amantadyna może pomóc w zmniejszeniu objawów generowanych przez koronawirusa.

W swoim liście do redaktora czasopisma Arch. Med. Res. trafny komentarz do tekstu Araujo i wsp. dodał prof. V. Wiwanitkit. Autor zauważa, że dane publikowane w literaturze są sprzeczne. Owszem, niektóre dowody naukowe mogą wskazywać na pewne korzyści wynikające ze stosowania amantadyny u pacjentów z COVID-19, jednak istnieją także przesłanki całkowicie negujące zasadność stosowania leku, i o tym także należy wspomnieć. Krótko mówiąc – pacjenci, którzy regularnie przyjmują amantadynę, powinni mieć minimalne lub praktycznie zerowe ryzyko zakażenia. Niemniej jednak donoszono o zakażeniach w tej grupie chorych. Wiwanitkit podaje w wątpliwość ochronne działanie amantadyny, zwłaszcza w dawce stosowanej w leczeniu parkinsonizmu. Jest to w mojej ocenie wyważony i racjonalny komentarz, a sceptycyzm w oparciu o dane, którymi obecnie dysponujemy – uzasadniony.

Często możemy spotkać się ze stanowiskiem, że sprzeczność i niejednoznaczność danych upoważnia nas niejako w obecnej sytuacji do stosowania leku. Otóż nie, nie możemy wybierać losowo leków o wątpliwym działaniu. Amantadyna, jak większość leków, wchodzi w istotne interakcje. Z neuroleptykami nasila objawy psychotyczne oraz zwiększa ryzyko złośliwego zespołu neuroleptycznego. Nie zaleca się łącznia amantadyny z lekami wydłużającymi odstęp QT (amidodaron, chinidyna), TCA (amitryptylina), makrolidami. Amantadyna nasila działanie leków pobudzających OUN. Leki sympatykomimetyczne nasilają ośrodkowe działanie amantadyny. Leki moczopędne zwiększają stężenie amantadyny w surowicy. Obserwuje się również zmniejszoną tolerancję na alkohol (na podstawie mp.pl). Przedstawiłem tylko te interakcje, które w mojej ocenie uznałem za istotne.

Oczywiście zrozumiałe w dobie pandemii jest szukanie nowych i łatwo dostępnych rozwiązań. Jednak nie możemy przy podejmowaniu decyzji kierować się anegdotycznymi przypadkami, wątpliwymi i niejednoznacznymi wynikami badań klinicznych, a tym bardziej fragmentarycznymi badaniami przedklinicznymi. Nie ulegajmy pokusie szybkiej i łatwej farmakoterapii. Wiemy już z doświadczenia

z poprzednimi lekami, że większość z nich nie uzyskuje rekomendacji w terapii COVID-19.

Reasumując, nie znajduje uzasadnienia stosowanie amantadyny w oparciu o aktualnie dostępne badania. Nie dysponujemy żadną metaanalizą czy nawet pojedynczymi badaniami spełniającymi kryteria selekcji zgodnie z zasadami medycyny opartej na faktach.

#### Piśmiennictwo

1. Sandra P. Smieszek, Bart P. Przychodzen, Mihael H. Polymeropoulos. Amantadine disrupts lysosomal gene expression: A hypothesis for COVID19 treatment. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 55 (2020) 106004.
2. Zhonglin Li and Ling Yang. Underlying Mechanisms and Candidate Drugs for COVID-19 Based on the Connectivity Map Database. *Frontiers in Genetics*. <https://doi.org/10.3389/fgene.2020.558557>
3. Gonzalo Emiliano Aranda Abreu, Maria Elena Hernández Aguilar, Deissy Herrera Covarrubias, Fausto Rojas Durán. Amantadine as a drug to mitigate the effects of COVID-19. *Medical Hypotheses Volume* 140, 2020, 109755
4. Eleonora Del Prete, Alessio Francesconi, Giovanni Palermo, Sonia Mazzucchi, Daniela Frosini, Riccardo Morganti, Piero Coleschi, Laura Maria Raglione, Paola Vanni, Silvia Ramat, Alessio Novelli, Alessandro Napolitano, Carla Battisti, Martina Giuntini, Carlo Rossi, Chiara Menichetti, Monica Ulivelli, Valentino De Franco, Simone Rossi, Ubaldo Bonuccelli, Roberto Ceravolo, Tuscany Parkinson COVID-19 Participants. Prevalence and impact of COVID-19 in Parkinson's disease: evidence from a multi-center survey in Tuscany region. *Journal of Neurology* <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10002-6>
5. LETTERS TO THE EDITOR Amantadine, COVID-19 and Parkinsonism. *Archives of Medical Research Volume* 51, 7, 2020, 714
6. Ramiro Araújo, José Dolores Aranda-Martínez, Gonzalo Emiliano Aranda-Abreu. Amantadine Treatment for People with COVID-19. *Archives of Medical Research Volume* 51, 7, 2020, 739–740.

Michał WICIŃSKI

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

(przedruk z „Primum” nr 12/20 – 1/21)

# REKLAMA W DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ LEKARZA

Aktualnie stała obecność lekarza w tzw. sieci, tj. posiadanie strony internetowej i działalność w mediach społecznościowych staje się jednym z elementów aktywności zawodowej. Sprawnie prowadzony fanpage na Facebooku czy Instagramie może być źródłem sukcesu biznesowego działalności leczniczej lekarza, jego praktyki zawodowej, czy też podmiotu leczniczego. Badania mówią, iż pacjenci coraz częściej w pierwszej kolejności sięgają po pomoc do Internetu. Dobrze przemyślany i starannie budowany wizerunek lekarza profesjonalisty, jak i opis zakresu udzielanych świadczeń, aktualności ze świata medycyny – te wszystkie elementy mogą przyczynić się do rozwoju i pozyskania nowych pacjentów. Niniejszy artykuł to próba odpowiedzi na to, jak robić to zgodnie z prawem.

## Reklama nie – informacja tak

Zgodnie z ustawą z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654 z późn. zm.), podmiot, który prowadzi działalność leczniczą, czyli również lekarz wykonujący zawód w ramach indywidualnej praktyki, przekazuje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych. Zarówno treść, jak i forma tych informacji nie mogą nosić cech reklamy. Kodeks Etyki Lekarskiej stanowi w art. 63, że lekarz tworzy swoją opinię zawodową wyłącznie na podstawie wyników swojej pracy i z tego powodu reklamowanie się jest zabronione. Ponadto lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie zarówno swojego nazwiska, jak i wizerunku w celach komercyjnych. Na podstawie art. 65 KEL nie dopuszcza się narzucania swoich usług chorym oraz pozyskiwania pacjentów w sposób, który jest niezgodny z zasadami etyki, deontologii lekarskiej i lojalności wobec kolegów. Z kolei art. 66 KEL mówi o tym, że lekarzom nie wolno stosować zasad nieuczciwej konkurencji, w szczególności w dziedzinie nierzetelnego informowania o świadczonych przez siebie usługach i kosztach leczenia.

Przepisy nie definiują pojęcia „reklama”. Przyjmuje się jednak, iż reklama to informacja o treści perswazyjnej. Treść reklamy ma stanowić zachętę do skorzystania z konkretnego gabinetu, usług konkretnego lekarza. W opinii prawnej Zespołu Radców Prawnych NIL z dnia 6 marca 2012 r., dotyczącej ograniczeń reklamy i informowania o zakresie i rodzaju udzielanych w praktyce lekarskiej świadczeń lekarskich (sygnatura dokumentu NRL/ZRP/WI/163/2013), wskazuje się, iż „reklamą jest informowanie ludzi o świadczeniach i usługach, podkreślanie ich zalet tak, aby ludzie chcieli za nie zapłacić”. Autorzy Komentarza do ustawy o działalności leczniczej Maciej Dercz i Tomasz Rek wskazują, że „reklamą byłoby podawanie przez podmiot wykonujący działalność

leczniczą do wiadomości publicznej informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych połączone z zachęcaniem do korzystania z tych świadczeń, mającym na celu np. zwiększenie liczby pacjentów i realizowanych usług medycznych, a w rezultacie - zwiększenie przychodów finansowych”.

Lekarzowi wolno informować o swojej działalności. Wyrazem tego jest uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 29/1WI z 16 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentystów świadczeń zdrowotnych, która określa zakres wymaganej i dopuszczanej prawnie informacji. Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską może podawać do publicznej wiadomości, na zasadach określonych w uchwale, informację o udzielaniu świadczeń zdrowotnych: tytuł zawodowy, imię i nazwisko, miejsce, dni i godziny przyjęć.

Informacja może ponadto zawierać następujące dane:

1. stopień naukowy,
2. tytuł naukowy,
3. specjalizacje,
4. umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych,
5. szczególne uprawnienia,
6. numer telefonu.

Lekarz prowadzący praktykę może informować o udzielaniu świadczeń zdrowotnych wyłącznie poprzez:

1. nie więcej niż 2 stałe tablice ogłoszeniowe na zewnątrz budynku, w którym prowadzona jest praktyka i ewentualnie dodatkowo nie więcej niż 2 tablice ogłoszeniowe przy drogach dojazdowych do siedziby praktyki,
2. ogłoszenia prasowe w rubrykach dotyczących usług medycznych,
3. informacje zawarte w książkach telefonicznych i informatorach o usługach medycznych w dziale dotyczącym usług lekarskich,
4. informację elektroniczną (Internet, specjalne telefony informacyjne).

Tablice powinny zawierać w górnej części napis np. „Praktyka stomatologiczna” lub „Specjalistyczna praktyka stomatologiczna”. Tablice ogłoszeniowe powinny mieć kształt prostokąta o wymiarach nie więcej niż 40 cm na 60 cm.

Zgodnie z ww. uchwałą informacja, jaką podaje lekarz, nie może zawierać:

1. żadnej formy zachęty do korzystania ze świadczeń zdrowotnych,
2. potocznych określeń, obietnic, informacji o metodach i czasie leczenia,



3. określenia cen i sposobu płatności,
4. informacji o jakości sprzętu medycznego.

### **Jak informować o swojej działalności, nie narażając się na zarzut reklamowania**

Jak wskazałem powyżej, reklamą nie będą informacje, które odnoszą się do rodzaju udzielanych świadczeń. Lekarz, podając informacje o rodzaju udzielanych świadczeń, nie powinien podawać danych dotyczących skuteczności lekarza, czasu trwania terapii, jak również innych potocznych sformułowań, które stanowiłyby dla pacjenta dodatkowy element zachęty do skorzystania z tej właśnie oferty.

Informacje o swojej działalności lekarz może udostępniać za pomocą sieci www i mediów społecznościowych, np. Facebooka i Twittera. Lekarz może prowadzić blog, na którym będzie publikował artykuły z zakresu promocji zdrowia, informował o nowościach dotyczących sposobów leczenia lub też informował o nowych rodzajach świadczeń, które oferuje w ramach prowadzonego gabinetu. W tym celu lekarzowi wolno jest np. zakładać grupy zamknięte w mediach społecznościowych. Może też kierować takie informacje za pomocą e-mailingu do pacjentów, oczywiście pod warunkiem, że działania te będą zgodne z RODO.

Lekarz informując o swojej działalności, musi unikać pojęć i wyrazów wartościujących, np. „najlepszy specjalista”, „najnowszy sprzęt”, „jedyna w kraju technologia”, „wysokiej jakości świadczenie”, „bezbolesna terapia”. Lekarz nie może też publicznie informować o promocjach, rabatach. Dopuszcza się natomiast możliwość udzielenia zniżki lub rabatów - jednak musi to zostać skierowane do konkretnego pacjenta. Zgodnie z prawem lekarz może na swojej stronie internetowej podać cennik usług.

Lekarz nie może również informować o jakości używanego sprzętu. W tym przypadku nie będzie jednak stanowić reklamy informacja o rodzaju, marce, nazwie używanego sprzętu. Podobnie nie będzie stanowić reklamy informacja dotycząca poza medycznych korzyści związanych z korzystaniem z danej placówki, np. „bezpłatny parking”, „otwarte również w soboty”. Wiele podmiotów leczniczych, jak również gabinetów używa pojęcia „klinika” albo „kliniczny”. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej pojęć tych może używać jedynie uczelnia medyczna, podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną lub inne podmioty wykonujące działalność leczniczą udostępniające jednostki organizacyjne niezbędne do prowadzenia działań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Nazwa, w której występuje takie pojęcie, może być uznana za reklamę oraz działanie wprowadzające w błąd.

Warto też zwrócić uwagę na konotację słowa „doktor”. W powszechnym użyciu oznacza on każdego medyka. Wyraz ten użyty w informacji o placówce nie powinien być uznany za wprowadzający w błąd - ale pod warunkiem, iż komunikat zawierać będzie dokładną informację o stopniu naukowym lekarza. Posługiwanie się pojęciem „doktor” w kontekście, w którym wskazujemy, iż chodzi o tytuł naukowy - to działanie wprowadzające w błąd pacjenta.

Może być również za reklamę uznana informacja o charakterze neutralnym, li tylko informująca o usługach - jednak prezentowana za pomocą nośnika w postaci dużego plakatu, billboardu - ma charakter perswazyjny i narusza ww. uchwałę NRL.

### **Konsekwencje naruszenia zakazu reklamy**

Naruszenie zakazu reklamy może mieć kilka skutków. Naruszenie zakazu reklamy stanowić może naruszenie Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 29/IWI z 16 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentystów świadczeń zdrowotnych - co może rodzić odpowiedzialność dyscyplinarną za naruszenie zasad etyki i deontologii zawodowej.

W niektórych sytuacjach prowadzenie przez lekarza reklamy sprzecznej z prawem, dobrymi obyczajami lub naruszeniem godności człowieka naraża lekarza na odpowiedzialność na podstawie przepisów ustawy o nieuczciwej konkurencji, tj. za czyn nieuczciwej konkurencji. Każda osoba, która rozpowszechnia nieprawdziwe lub wprowadzające w błąd wiadomości naruszające zasady uczciwej konkurencji, podlega karze aresztu lub grzywny (art. 26 ustawy z 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji). Reklama może być również kwalifikowana jako wykroczenie. Zgodnie bowiem z art. 147a § 2 kodeksu wykroczeń, kto podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych mające formę i treść reklamy podlega karze podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny.

### **Résumé**

Stale zmieniająca się rzeczywistość i rozwój technik przekazu informacji na odległość zmusza nas wszystkich do podążania za „nowinkami”. Warto jednak w każdym przypadku przeanalizować sposób formę i treść informacji - zanim trafi do adresata - tak, aby odpowiadała wymogom prawnym i nie narażała twórcy na odpowiedzialność prawną.

Paweł LENARTOWICZ  
radca prawny  
(przedruk z „Panaceum” nr 7-8/20)

## LEK. GRAŻYNA TRYK-MICKER – WSPOMNIENIE

**14 grudnia 2020 r. odeszła Grażyna Tryk- Micker,** która przez 48 lat leczyła małych i dużych pacjentów. Była moją najukochańszą żoną, matką dwójki synów; jednemu z nich przekazała powołanie do zawodu lekarza.

Zawód ten wykonywała z pasją, pełnym zaangażowaniem i oddaniem. Zdrowie swoich pacjentów zawsze stawiała na pierwszym miejscu, często zapominając o swoim własnym. Nigdy nie zabiegała o podziękowania, wyróżnienia, uznania czy też tani poklask. Jak napisał w liście kondolencyjnym jeden z dorosłych już pacjentów, zawsze stała na uboczu, jakby w tle, ale zawsze była pierwsza w niesieniu pomocy. Zawód lekarza był dla Niej jak narkotyk, miała olbrzymie doświadczenie oraz jakże potrzebną w tym zawodzie intuicję. Obserwowałem Jej twarz i oczy, gdy osłuchiwała swoich pacjentów. W pełni skupiona i myśląca, by nie pomylić się w swojej diagnozie. Leczyła wszystkich, którzy do Niej przyszli i wszystkich, do których dotarła sama bądź karetką. Pogotowie Ratunkowe było bowiem Jej pasją; czuła się potrzebna, kiedy na sygnale, często w śniegu, podczas nocy przemierzała drogi Opolszczyzny, które znała na pamięć. Zdarzało się, że wpadała do domu tylko po to, aby zmienić ubranie, które przemoczyła pchając utknietą w śniegu karetkę lub reanimując chłopca, pod którym na rzece załamał się lód. W Pogotowiu Ratunkowym w Opolu przepracowała 25 lat.

Była pierwszym lekarzem i współorganizatorem przychodni na starym ZWM-ie w Opolu. Pracowała tam do 2015 w gronie wspańiałych, zawsze koleżeńskich i życzliwych lekarzy pediatrów, takich jak: Małgorzata Głońskiak, Teresa Sachanbińska i Marek Sabat. Jej niedoścignionym mistrzem, nauczycielem i absolutnym autorytetem, a także wychowawcą była Pani dr Aleksandra Pospieszalska. Osobą, która wprowadziła Ją w świat lekarski była zaś Pani dr

Izabela Koc, która później została Jej jedną z najbliższych przyjaciółek

Grażynę zna prawie całe środowisko opolskich lekarzy, a wielu z nich mówiło do Niej ciociu; leczyła ich bowiem wtedy, kiedy byli dziećmi – pacjentami poradni pediatrycznej.

Przez cały okres swojej pracy była pod bardzo troskliwą i czułą opieką wybitnych opolskich lekarzy: Aleksandra Sachanbińskiego, Jana Koca, Kazimierza Drosika, Bronisława Łabiaka i Ireneusza Bogusza. To głównie Oni wdружиili leczenie choroby nowotworowej, która towarzyszyła Jej od wielu lat.

Dwa lata temu moja żona zachorowała na raka trzustki przy jednoczesnej zakrzepicy żyły wrotnej. Doskonale zdawała sobie sprawę z tego, co to znaczy. Nikt z najwybitniejszych i znanych chirurgów Warszawy, Poznania i Wrocławia nie odważył się podjąć ryzyka operacji. Wykonali ją jednak z pełnym sukcesem profesorowie z Uniwersytetu Medycznego w Katowicach: doc. Sławomir Mrowiec i prof. Waław Kuczmik. Przed operacją miała pełną świadomość, że jak mówią chirurdzy – może zostać na stole. Wydając zgodę na tę operację powiedziała, cyt.: „ jak zostanę na stole to przynajmniej medycyna będzie miała korzyść zdobywając nowe doświadczenia”. Taką była i taką miała odwagę Grażyna Tryk-Micker.

Napisałem te słowa w trzecim tygodniu po śmierci mojej żony, głównie z potrzeby złożenia najwyższych wyrazów szacunku i uznania dla wszystkich medyków, których w swoim życiu spotkała na swojej drodze moja najukochańsza żona, matka i babcia – Grażyna Tryk-Micker.

*Adam MICKER*



Ze smutkiem informujemy,  
że w dniu 7 listopada 2020 r. odszedł od nas  
w wieku 70 lat,  
czynny zawodowo do końca

**Lek. dent. Juliusz WARENICKI**

Pogrążona w smutku rodzina

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że dnia  
listopada 2020 r.  
zmarł nasz kochany Tato i Dziadek

**Ś.P. Jan SAGAN**  
Przeżywszy 84 lata

Pogrążona w głębokim  
smutku i żalu Rodzina

Poradnia MegaMed (dwie lokalizacje na terenie Opola) poszukuje lekarzy rodzinnych, internistów, lekarzy nieposiadających lub będących w trakcie specjalizacji do pracy w POZ (tylko dorośli).

Oferujemy:

- atrakcyjne warunki wynagrodzenia,
- elastyczny czas pracy,
- przyjazną atmosferę,
- pracę w zgranym zespole,
- wsparcie doświadczonych kolegów,
- możliwość rozwoju zawodowego (od wiosny 2021 wolne jedno miejsce rezydentkie).

Kontakt: Joanna Łopuszańska, mailowo: [jlopuszanska@megamed.pl](mailto:jlopuszanska@megamed.pl), telefonicznie: 602-327-590.

\* \* \*

Poradnia MegaMed (dwie lokalizacje na terenie Opola) poszukuje do współpracy:

- lekarza medycyny pracy,
- dermatologa,
- okulistę.

Praca w ramach NFZ oraz usługi komercyjne.

Oferujemy:

- atrakcyjne warunki wynagrodzenia,
- elastyczny czas pracy,
- przyjazną atmosferę,
- pracę w zgranym zespole.

Kontakt: Joanna Łopuszańska, mailowo: [jlopuszanska@megamed.pl](mailto:jlopuszanska@megamed.pl), telefonicznie: 602-327-590.

\* \* \*

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni: lekarza psychiatrę, internistę i lekarza rehabilitacji medycznej lub chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii i rehabilitacji medycznej.

Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Kontakt: tel. 77/40-34-307; e-mail: [sws.kadry@op.pl](mailto:sws.kadry@op.pl).

\* \* \*

**NZOZ ALFA MED 34-340 Jeleśnia powiat żywiecki województwo śląskie zatrudni lekarzy w POZ dla dorosłych i dzieci, stawka 100-150 zł/godz. brutto pomoc w znalezieniu mieszkania. Tel. 603-098-794.**

## OPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Biuro:** tel. 77/454-59-39, [opole@hipokrates.org](mailto: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](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)

**Praktyki Prywatne:** [opole.praktyki@hipokrates.org](mailto:opole.praktyki@hipokrates.org)

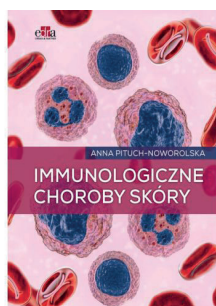
**Radca prawny** – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje:  
poniedziałek 9.00-10.30, środa 14.30-17:00, czwartek 14.00-16.00,  
piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

**Składki:** [opole.skladki@hipokrates.org](mailto:opole.skladki@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:** tel.  
77/453-75-72; [opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:**  
tel. 77/454-85-75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)





## IMMUNOLOGICZNE CHOROBY SKÓRY

A. Pituch-Noworolska

rok wydania 2020

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

Pomysł napisania publikacji na temat immunologicznych mechanizmów odgrywających istotną rolę w schorzeniach skóry powstał w trakcie obserwacji zmian skórnych u dzieci z pierwotnymi niedoborami odporności. Nasunęło się pytanie, czy zmiany skórne u tych pacjentów przebiegają inaczej ze względu na podstawowe schorzenie, jakim jest zaburzenie układu odporności. Odpowiedź wymagała opisanie mechanizmów immunologicznych zaangażowanych w schorzenia skóry u osób bez niedoborów odporności i porównania ich z tymi, które występują u pacjentów obciążonych

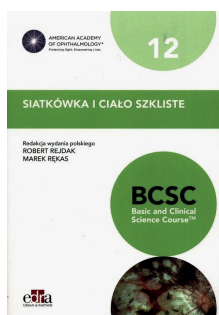
tych schorzeniami. To był początek. W trakcie gromadzenia materiałów okazało się, że zagadnienie jest poważne, wiedza obszerna i stale uzupełniana nowymi doniesieniami. Jej znaczenie kliniczne jest istotne, bo stosowane w tych schorzeniach leczenie najczęściej jest kierowane na modyfikowanie aktywności układu odporności, głównie hamowanie w sytuacji przewlekłych procesów zapalnych lub autoimmunizacyjnych.

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

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

*Przedmowa*

*prof. Anna Pituch-Noworolska*



## OPTYKA KLINICZNA. BCSC 3. SERIA BASIC AND CLINICAL SCIENCE COURSE

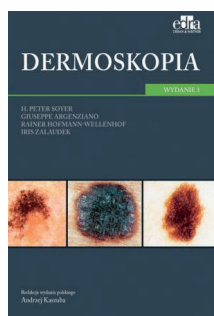
Wyd. 2, red. M. Misiuk-Hojło, M. Rękas

rok wydania 2020

ISBN 978-83-66548-52-7, format 175 x 235, oprawa miękka, liczba stron 370, cena: 134.10 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



## DERMOSKOPIA

H.P. Soyer, G. Argenziano, R. Hofmann-Wellenhof, I. Zalaudek

wyd. 3, red. A. Kaszuba

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-54-1, format 195 x 265, opr. twarda, liczba stron 226, cena: 143.10 zł

Drugie polskie wydanie podręcznika Dermoskopii jest tłumaczeniem jego trzeciego już wydania w języku angielskim na zachodnim rynku wydawniczym. Ciągłe poszukiwania naukowe Autorów, wybitnych praktyków w dziedzinie badania i diagnozowania barwnikowych zmian skórnych za pomocą dermoskopu, spowodowały konieczność aktualizacji treści i dokumentacji w postaci znakomitej jakości obrazów dermoskopowych.

Wydaje się również, iż jedną z głównych przyczyn tej decyzji był i jest ogromny rozwój popularności tej prostej techniki

badawczej wśród dermatologów na świecie i w Polsce, w którym główny udział mieli Autorzy książki.

Powstanie atlasu doskonałej jakości obrazów dermoskopowych i jednocześnie podręcznika bardzo przydatnego w praktyce dermatologicznej było możliwe dzięki wyjątkowej przyjaźni i wieloletniej współpracy Autorów, którą sami bardzo wysoko ocenili w przedmowie do nowego wydania.

Prosta metoda „sygnalizacji świetlnej” zastosowana dla oceny stopnia zagrożenia zmiany barwnikowej jest wyjątkowym pomysłem, który pozwolił wielu polskim dermatologom wcześniej rozpoznać czerniaka i uratować życie wielu chorych.

Jestem przekonany, że drugie polskie wydanie Dermoskopii spotka się, podobnie jak pierwsze, z ogromnym zainteresowaniem nie tylko wśród lekarzy dermatologów i pozwoli na dalsze pogłębianie naszych umiejętności praktycznych w ocenie i różnicowaniu barwnikowych zmian skóry, paznokci czy błon śluzowych.

*Prof. dr hab. med. Andrzej Kaszuba*