

nr 6/2020 ISSN 1425-4255



MAGAZYN LEKARZY  
KUJAWSKO-POMORSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W TORUNIU

# Meritum

**Radosnych,  
wolnych od covidowej gorączki  
Świąt Bożego Narodzenia  
oraz Szczęśliwego Nowego Roku  
życzy Redakcja „Meritum”.**





# CAŁA RADOŚĆ W DRODZE.

Cel? Jest oczywiście ważny. Ale czy aż tak ważny, jak droga, która do niego prowadzi?  
Zwłaszcza gdy przemierzasz ją Twoim nowym BMW...

**Odkryj radość w drodze Twoim nowym BMW – dostępnym w najlepszej ofercie rocznika 2020.**



## **BMW X1.**

0% opłaty wstępnej  
już za 1100 PLN netto/mies.



## **BMW X3.**

0% opłaty wstępnej  
już za 1400 PLN netto/mies.



## **BMW serii 3.**

0% opłaty wstępnej  
już za 1150 PLN netto/mies.



## **Nowe BMW serii 5.**

0% opłaty wstępnej  
już za 1500 PLN netto/mies.

### **Dealer BMW Dynamic Motors**

ul. Olimpijska 8  
Toruń  
tel.: +48 56 645 21 70  
[www.bmw-dynamicmotors.pl](http://www.bmw-dynamicmotors.pl)

### **Dealer BMW Dynamic Motors**

ul. Toruńska 272A  
Bydgoszcz  
tel.: +48 52 339 51 10  
[www.bmw-dynamicmotors.pl](http://www.bmw-dynamicmotors.pl)

### **Dealer BMW Dynamic Motors**

ul. Wyszogrodzka 134  
Płock  
tel.: +48 24 268 24 08  
[www.bmw-dynamicmotors.pl](http://www.bmw-dynamicmotors.pl)

Rata miesięczna netto w BMW Comfort Lease dla przedsiębiorców dla BMW 318i Limuzyna za 119 990 zł brutto, BMW 318i Touring za 129 000 zł brutto, BMW 518d Limuzyna za 159 000 zł brutto, BMW 518d Touring za 169 000 zł brutto, BMW 318d Gran Turismo za 132 000 zł brutto, BMW X1 sDrive18i za 117 000 zł brutto, BMW X2 sDrive18i za 120 000 brutto, BMW X3 sDrive18d za 150 000 zł brutto, BMW X4 xDrive20i za 181 000 zł brutto. Opłata wstępna 0%, okres leasingu: 48 miesięcy, średnioroczny deklarowany przebieg: 10 000 km, gwarantowana wartość końcowa. Zawarcie umowy uzależnione jest od pozytywnego wyniku weryfikacji prawno-finansowej Klienta oraz zawarcia ubezpieczenia OC/AC. Niniejsza symulacja nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. BMW Comfort Lease jest oferowany przez BMW Financial Services Polska Sp. z o.o. Szczegóły oferty u Dealerów BMW.



**dr n. med. Sławomir Badurek**  
meritum@hipokrates.org

# Mit wydolnego systemu

Jesień mocno ostudziła optymizm rządowych przekazów na temat koronawirusa. Wirus nie posłuchał premiera i nie tylko nie znalazł się w odwrocie, ale zaatakował z wielką siłą. Już nie jesteśmy liderem walki z pandemią. Nie przemyślimy muskułów, pokazując jak wielkie samoloty dostarczają naszym dzielnym medykom sprzęt ochronny. I tylko jedno przesłanie jest pieczołowicie pielęgnowane przez władzę: nasz system ochrony zdrowia, mimo trudności, daje radę. Dowodem mają być ciągle wolne łóżka i respiratory.

Mechanizm szybkiego rozmnażania zasobów łóżkowych jest bardzo prosty. Jeśli brakuje miejsc dla chorych w oddziałach covidowych, wojewoda wysyła do szpitali decyzje o zorganizowaniu kolejnych łóżek z rygiem natychmiastowej wykonalności. Nim dyrektorzy zdążą pomyśleć, jaki oddział tym razem przekształcić w zakaźny, wolne miejsca, także te respiratorowe, już pojawiają się w statystykach. W ten sposób kreuje się rzeczywistość. Alternatywną i mającą niewiele wspólnego z realiami, ale za to uwierzytelnioną okrągłą pieczęcią państwowego urzędu. Kiedy piszę ten felieton (22.11) w naszym województwie, które uwzględniając liczbą mieszkańców, przez wiele dni liderowało pod względem liczby nowych przypadków, wolnych jest jeszcze prawie dziewięćset łóżek dla pacjentów z COVID-19 i aż 70

respiratorów. Jak to więc jest, że lekarze POZ nie mogą znaleźć miejsca w szpitalu dla swoich pacjentów, a ci z oddziałów covidowych godzinami obdzwaniają OIOM-y (w województwie i poza nim) i zdarza się często też niczego nie znajdując. Ktoś tu kłamie! Widać wyraźnie, że władze, świadome społecznego oddziaływania przerażających filmów z Lombardii i Madrytu z wiosny, chcą za wszelką cenę pokazać, że nasz system daje radę. Biorąc pod uwagę wyłącznie oficjalne statystyki, w szczególności dane na temat wolnych łóżek i respiratorów, można odnieść takie wrażenie. A jest jeszcze spory zapas. W publicznych szpitalach do przekształcenia jest jeszcze kilka razy więcej łóżek niż już przemianowane na covidowe, we wszystkich województwach planuje się otwarcie szpitali tymczasowych, a w odwrocie jest jeszcze sektor prywatny. Personel też się znajdzie. No bo skoro już gdzieś pracuje, to i po przekształceniu będzie pracować. Wszak bieżące zobowiązania trzeba regulować, a przez niskie wynagrodzenia tylko nieliczni mają oszczędności wystarczające na przynajmniej kilka miesięcy życia bez pracy. Na zapewnienie kadry w szpitalach tymczasowych też znalazł się sposób w postaci patronatów istniejących lecznic. W zanadru jest jeszcze rozwiązanie, które z właściwą sobie rewerencją streścił wiceminister Kraska: „każdy lekarz może być użyty do walki z koronawirusem”.

Perpetuum mobile? Nie do końca. W systemie, którego znakami rozpoznawczymi były kadrowe niedobory, słaba dostępność do świadczeń i kulająca organizacja wojna z koronawirusem musiała przynieść wiele ofiar. Liczba zmarłych z powodu COVID-19 sytuuje nas w światowej czołówce, choć

z uwagi na niedostateczne testowanie nie wiemy wszystkiego. Codziennie dowiadujemy się o dramatach ludzi, którzy z powodu covidowej blokady szpitali i przychodni nie doczekali pomocy. I choć media najchętniej podchwytyują historie młodych, pandemiczne ograniczenia w dostępie do systemu opieki zdrowotnej najsilniej dotknęły obciążonych chorobami przewlekłymi seniorów. A zatem dokładnie tych, którzy według rządowych deklaracji mieli być najbardziej chronieni. Już wiosną ta grupa najmocniej doświadczyła utrudnień w dostępie do lekarzy POZ i specjalistów. Jesienią natomiast, masowe przekształcanie oddziałów internistycznych w covidowe, w wielu miejscowościach pozbawiło seniorów możliwości leczenia szpitalnego schorzeń tradycyjnie nasilających się o tej porze roku. Zupełnie nieprzystająca do potrzeb dostępność do szczepionek na gripę wydaje się przy wspomnianych wyżej ograniczeniach drobiazgiem, ale o trudnych do przewidzenia konsekwencjach, bo szczyt zachorowań na gripę dopiero przed nami.

Skoncentrowanie się na walce z COVID-19 musiało poskutkować niepodjętym leczeniem onkologicznym, przechodzoną w domu zawałami serca i udarami mózgu, jak i pogorszeniem ambulatoryjnej opieki nad chorymi przewlekle. Skutki już dają o sobie znać i będą dawać przez lata po nieznanym dziś terminie wygaszenia pandemii. Bolesnego i dla wielu tragicznego w skutkach zderzenia z koronawirusem nie sposób było uniknąć. Z całą pewnością można było ograniczyć jego skutki, porzucając wiosną i latem propagandową mitologię i w gronie ekspertów opracowując strategię na wypadek drugiej fali zachorowań.



|                                                         |                    |
|---------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>OD REDAKTORA</b>                                     |                    |
| Mit wydolnego systemu                                   | 3                  |
| <b>SŁOWO PREZESA</b>                                    |                    |
| Czas Apokalipsy i Armagedon<br>dopiero nastana...       | 5                  |
| <b>WALKA Z PANDEMIĄ</b>                                 |                    |
| Deficyt personelu boli jak nigdy                        | 6                  |
| COVID-19 na świecie – drugie starcie                    | 8                  |
| <b>PRAWO I MEDYCYNA</b>                                 |                    |
| Skierowanie do pracy<br>przy zwalczaniu epidemii        | 10                 |
| <b>KOMUNIKATY</b>                                       | 12, 15, 16, 17, 21 |
| <b>MEDYCZNY NOBEL 2020</b>                              |                    |
| Nagroda dla odkrywcy wirusa<br>zapalenia wątroby typu C | 13                 |
| <b>UCHWAŁY ORL</b>                                      | 14                 |
| <b>KALENDARIUM ORL</b>                                  | 15                 |
| <b>KAMPANIA SPOŁECZNA LEKARZY</b>                       |                    |
| #NIEZAPOMINAJ                                           | 16                 |
| <b>KSZTAŁCENIE PODYPŁOMOWE</b>                          |                    |
| Między epidemią a codziennością                         | 18                 |
| <b>CYTATY</b>                                           |                    |
| Być lekarzem doskonałym                                 | 20                 |
| <b>PRASÓWKA</b>                                         |                    |
| Wąskie gardła przyszłej<br>akcji szczepionkowej         | 20                 |
| Sanepid szybki jak strumień...                          | 20                 |
| <b>KALEJDOSKOP NAUKOWY</b>                              | 22                 |
| <b>WSPOMNIENIE</b>                                      |                    |
| Lekarz Danuta Jędrzejczyk                               | 24                 |
| <b>Z ŻAŁOBNEJ KARTY</b>                                 | 26                 |

# Meritum

## ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

dr n. med. Sławomir Badurek  
(przewodniczący zespołu redakcyjnego)  
mec. Krzysztof Izdebski

## KOLEGIUM REDAKCYJNE:

dr n. med. Sławomir Badurek  
(redaktor naczelny)  
lek. Stanisław Hapyn  
(przewodniczący kolegium redakcyjnego)

mec. Krzysztof Izdebski  
dr n. med. Andrzej Kunkel  
lek. Anita Pacholec

## WSPÓŁPRACUJĄ:

mgr Alicja Cichocka-Bielicka  
lic. Agnieszka Lis  
mgr Anna Zielaskiewicz

Numer zamknięto 27.11.2020 r.  
Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania  
tekstów, nie zwraca nadesłanych materiałów, nie od-  
powiada za treść zamieszczonych ogłoszeń i reklam.

**Wydawca:** Kujawsko-Pomorska Okręgowa  
Izba Lekarska w Toruniu,  
87-100 Toruń, ul. Danielewskiego 6  
tel./fax: 56 655 41 60 i 655 41 61  
konto: Bank Polska Kasa Opieki S.A.  
I/O Toruń 63124040091111000044843364;  
e-mail: [meritum@hipokrates.org](mailto:meritum@hipokrates.org)



[www.kpoil.torun.pl](http://www.kpoil.torun.pl)

Prosimy o uwagi, na podstawie których będziemy  
naszą stronę modelować i dopracowywać.

## Godziny pracy biura KPOIL w Toruniu

poniedziałek 8.00-17.00  
(do godz. 16.00 Dział Finansowy  
i Dział Praktyk Prywatnych)  
wtorek 8.00-18.00  
środa 8.00-16.00  
czwartek 8.00-16.00  
piątek 8.00-13.00  
(do godz. 14.00 Dział Finansowy  
i Dział Praktyk Prywatnych)

Na czas pracy zdalno-dyżurowej  
wprowadzono następujący czas pracy:  
poniedziałek-piątek 8.00-16.00.



Okładka –  
fot. Sławomir Badurek

## SPRAWY BIEŻĄCE

Redakcja „Meritum” bardzo prosi wszystkich  
lekarzy o weryfikowanie adresów do kolportażu  
„Meritum” i „Gazety Lekarskiej” (zmiany adresu,  
rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kil-  
ku egzemplarzy pism i tym podobne). Prosimy  
także o podawanie adresów poczty elektronicznej  
oraz zmian dotyczących Państwa danych groma-  
dzonych w komputerowym rejestrze lekarzy (ad-  
resy e-mail, zmiany nr telefonów, zmiany nazwisk,  
zmiany miejsc pracy, uzyskanie specjalizacji itp.)  
e-mail: [a.zielaskiewicz@hipokrates.org](mailto:a.zielaskiewicz@hipokrates.org) lub [a.lis@hipokrates.org](mailto:a.lis@hipokrates.org) lub tel./fax 56 655 41 60 wewn. 18.

Rzecznik Praw Lekarza naszej Izby –  
mec. **Krzysztof Izdebski**  
tel. 697 617 763,  
e-mail: [izdebski77@gmail.com](mailto:izdebski77@gmail.com)

Pełnomocnik ds. Zdrowia  
Lekarzy i Lekarzy Dentystów  
naszej Izby  
dr **Jolanta Pawlak**  
tel. 781 266 546,  
e-mail: [j.pawlak@hipokrates.org](mailto:j.pawlak@hipokrates.org)

## DIAGNOSTYKA I LECZENIE DLA LEKARZY SENIORÓW

Uprzejmie informujemy, że osobami  
odpowiedzialnymi za kontakty  
ułatwiające dostęp do diagnostyki  
i leczenia dla Lekarzy Seniorów są:

### • Toruń i okolice:

– Dr Anna Raczyńska, tel. kom. 503 054  
442, pracuje w Wojewódzkim Szpitalu  
Zespolonym w Toruniu, Oddział Kar-  
diologii i Intensywnej Terapii Kardiolo-  
gicznej,  
– Dr n. med. Jacek Gessek, pracuje  
w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim  
w Toruniu, Oddział Kardiologii i Inten-  
sywnej Opieki Kardiologicznej, tel. do  
gabinetu lekarskiego 56 61 00 245,

### • Włocławek i okolice

– Dr Piotr Tyrjan, tel. kom. 604 616 377,  
pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Spe-  
cjalistycznym we Włocławku, II Oddział  
Chorób Wewnętrznych, tel. do gabinetu  
lekarskiego 54 41 29 226,

• **Grudziądz i okolice** – Dr Ewa Różal-  
ska, tel. 56 641 43 59, pracuje w Regional-  
nym Szpitalu Specjalistycznym w Gru-  
dziądzu, jest Ordynatorem Oddziału  
Hematologii i Oddziału Wewnętrznego.

**Skład i łamanie:** Kartel Press SA  
[www.kartel.com.pl](http://www.kartel.com.pl)





**Wojciech Kaatz**  
Prezes KPOIL w Toruniu

# Czas Apokalipsy i Armagedon dopiero nastaną...

Szczyt zachorowań na gripę dopiero przed nami. Od początku września wszyscy prezesi izb lekarskich w Polsce czekają na zamówione szczepionki dla personelu medycznego. KPOIL czeka na swoich kilkaset. Mamy grudzień. Zaraz święta. Kolejne, po Wielkanocy, inne od wszystkich.

W poszukiwaniu nieistniejących łóżek „covidowych”, respiratorów i reduktorów do tlenu, Remdisiviru i Tocilizumabu, rozbiegając się „do majtek” na szpitalnych podjazdach dla karettek – to standard pracy lekarzy nie tylko w powiatówkach, ale we wszystkich szpitalach. W tle codzienne zmagania z zarazą, częsta walka personelu przekształcanych oddziałów z administracją o godne i bezpieczne warunki pracy. Bezpieczne zwłaszcza dla pacjentów. Takiej liczby interwencji i porad prawnych jak w tym roku nie odnotowaliśmy przez lata. Nie pozostajemy bierni na żadne sygnały; biuro prawne pracuje pełną mocą. Codzienne zmagania i także codzienne absurdy.

W jednym z podmiotów leczniczych pełen reżim sanitarny: triaż, wywiad epidemiologiczny, ankietywanie, pomiar temperatury, maseczki, pacjenci wchodzi pojedynczo, a w międzyczasie ekipa remontowa przemieszcza się swobodnie bez jakichkolwiek środków ochrony i robi swoje...

W pogoni za rozumem? Niekoniecznie, bo w naszym systemie nadal najważniejsze

są procedury, a nie człowiek. Papier i kwit muszą się zgadzać, a że przy okazji nie trzyma się to często logiki, obnaża tylko pogłębiający się organizacyjny bałagan, chaos i dramat oraz narastającą papierologię i biurokratyzację zafundowane nam przez decydentów. Ot, takie zagięcie czasoprzestrzeni. Niemal wszystkie podmioty dotknęła całkowita reorganizacja pracy a NFZ nadal w czasie pandemii wymaga raportowania pierwszego wolnego terminu oraz kolejek.

U polityków w Sejmie i Senacie dwie ważne dla środowiska ustawy „covidowe”. Jedna o stuprocentowych dodatkach dla medyków pracujących z COVID-19, po poprawkach Senatu pomyłkowo przez posłów przegłosowana – tak jak wnioski izby lekarskiej „że dla wszystkich lekarzy, a nie tylko wybranych czy skierowanych do pracy”, podpisana przez prezydenta, ale nie opublikowana, bo partia rządząca zastanawia się, jak poprawić swój błąd i wyjść z impasu, czyli nie dać „kasy”. Czas płynie, epidemia trwa, dodatków nie ma, ustawa czeka, a Sejm zbierze się ponownie dopiero w grudniu. I druga, absurdalna – między innymi o „ułatwionym pozyskiwaniu kadr medycznych” w tym lekarzy i lekarzy dentystów spoza Unii Europejskiej.

To całkowity bubel prawny i legislacyjny oprot samorządów lekarskich, inne samorządy zawodowe, federacje szpitali i organizacje pacjenckie. Zakłada ona, między innymi, że w Polsce będą mogli legalnie podjąć pracę lekarze:

- bez jakiejkolwiek znajomości j. polskiego,
- bez weryfikacji i uznawania ich dotychczasowych kwalifikacji zawodowych, etycznych, moralnych oraz karalności,

- po wieloletniej (np. 40-letniej) przerwie wykonywania zawodu bez ponownego szkolenia, stażu i sprawdzenia kwalifikacji; lekarz polski po 5 latach przerwy musi przejść obowiązkowe przeszkolenie
- których okres pracy ma wynosić aż 5 lat – więc czynnik obecnej pandemii jest tylko pretekstem,
- o których kwalifikacjach i „przydatności” będzie decydował wyłącznie minister zdrowia, który może ale nie musi zasięgać opinii konsultanta krajowego oraz izb lekarskich,
- lekarz taki miałby pracować pod nadzorem „polskiego” lekarza (?) – przez cały okres pracy, jeśli nie posiada specjalizacji albo trzymiesięcznym nadzorem jeśli takową posiada,
- izby lekarskie, na polecenie ministra zdrowia, miałyby wydać mu prawo wykonywania zawodu w zasadzie tożsame z innymi PWZ.

Bezpieczeństwo pacjentów wydaje się w tym stanie rzeczy absolutnie zagrożone a akt prawny niezgodny z regulacjami obowiązującymi na terenie Unii Europejskiej. I aby wybrzmiało to jasno: nie mam nic do lekarzy ze Wschodu. Znam nawet wielu osobiście – fajni, pracowici i kompetentni ludzie. Ale oni wszyscy przeszli uczciwą, normalną ścieżkę nostryfikacji. Tak jak my, Polacy – w innych krajach. Stabilny system ochrony zdrowia? Czas Apokalipsy i Armagedon dopiero nastaną...

***W tym trudnym czasie otworzymy serca i wspieramy się wzajemnie. Zarządzamy ludźmi jedynie spokojem i miłością. To najlepsze lekarstwo.***

***Zdrowych Świąt Bożego Narodzenia i lepszego Nowego Roku 2021!***





Alicja Cichocka-Bielicka

# Deficyt personelu boli jak nigdy

Szpital powiatowy z kujawsko-pomorskiego próbuje za wszelką cenę utrzymać się na powierzchni załamującego się systemu opieki zdrowotnej w kraju, podczas jesiennej fali pandemii koronawirusa.

Już nie brakuje w środkach ochrony osobistej, ale dramatyczny wręcz brak personelu medycznego – to ogromny obecnie problem placówek ochrony zdrowia w kujawsko-pomorskim, działających w skrajnie trudnych warunkach pandemii. Czarne statystyki dotyczą już nie tylko liczby nowych zakażeń

COVID-19 w Polsce. Gdy powstaje ten tekst jest początek listopada, padł kolejny rekord i kraj zbliżył się do 28 tysięcy nowych zakażeń dziennie (dane na 7 listopada). Niepokoją również płynące z regionu doniesienia dotyczące deficytów wśród personelu medycznego. W szpitalu w Rypinie (niecovidowym),

na przełomie października i listopada z powodu zakażenia koronawirusem, kwarantann, lub „zwykłego” L4 na zwolnieniach przebywało 75 osób personelu medycznego z 380 zatrudnionych, czyli blisko 20% całej załogi szpitala.

## Dyrektor w karecie pogotowia

– *My nie spełniamy już norm zatrudnienia, ale wszelkimi siłami próbujemy łączyć ten system. Dajemy z siebie wszystko, żeby szpital zaopatrzony jak największą liczbę pacjentów, potrzebujących różnej pomocy medycznej – diagnozuje Anna Wilkanowska, dyrektor placówki w Rypinie. Gry rozmawiamy, w pierwszych dniach listopada, dyrektor przebywa w domowej izolacji, skąd wykonuje obowiązki służbowe, co tylko pokazuje ogrom trudności.*

11 listopada w tym szpitalu doszło do dramatycznej sytuacji. Na terenie placówki, w drodze na dyżur zmarł lekarz. Przyjechał do pracy w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej, zdążył zaparkować na terenie szpitala. – *Odszedł na zawsze w swoim miejscu pracy – mówi wstrząśnięta sprawą dyrekcja placówki. Tego typu przypadek najdobitniej uświadamia, jaka jest obecnie kondycja pracowników ochrony zdrowia.*

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Radziejowie, od końca października przemianowanym na tzw. covidowy na zwolnieniach z różnych przyczyn przebywa 15% personelu. Każda absencja medyka boli jak nigdy wcześniej, stąd też decyzja Seba-



Żałoga Zespołu Ratownictwa Medycznego SPZOZ w Radziejowie. W pomarańczowym kombinezonie dyrektor szpitala i ratownik, Sebastian Jankiewicz, który do godz. 15 kieruje placówką, popołudniu – ze względu na braki kadrowe – dołącza do zespołu karetki pogotowia szpitala. Fot. Sebastian Jankiewicz.





Kolejka przed szpitalem w Radziejowie 30 października. „Jest ciężko, masa karetek przed naszym szpitalem. Dużo sił dla personelu. Walczymy wszyscy równo ramię w ramię” – napisał pod opublikowanym zdjęciem na swoim profilu na Facebooku dyrektor placówki i autor zdjęcia – Sebastian Jankiewicz



11 listopada doszło w szpitalu w Rypinie do dramatycznej sytuacji. Na terenie placówki, w samochodzie na parkingu zmarł 82-letni lekarz, który przyjechał do pracy na dyżur. Fot. SPZOZ w Rypinie.

stiana Jankiewicza, dyrektora szpitala w Radziejowie, jednocześnie ratownika medycznego i pielęgniarza o wsparciu medyków podczas dyżurów zespołu Ratownictwa Medycznego.

– *Wszystkie ręce na pokład* – podkreśla dyrektor, który w poniedziałki, środy i piątki pełni dyżur w zespole karetki pogotowia w radziejowskim szpitalu lub w zależności od potrzeb – jako pielęgniarz, wspiera zespół Izby Przyjęć lub oddziały szpitala, ponieważ także takie ma uprawnienia. Potrzeby są tak duże, że na Izbie Przyjęć dyżurują również jego zastępcy.

## Szpital na granicy możliwości

Jaka jest skala potrzeb świadczy fakt, że szpital w Radziejowie – który placówką zakaźną decyzją kujawsko-pomorskiego wojewody został w końcu października – po 4 dniach miał zajęte 90 ze 142 łóżek, a pozostałe miały status zarezerwowane, a więc czekały na pacjentów kierowanych nawet z odległego Gdańska czy Wielkopolski, ponieważ taka jest obecnie logistyka chorych.

– *Udaje nam się jeszcze tę falę chorych na COVID-19 dźwignąć, ale nie wiem, jak długo damy radę* – dyrektor Jankiewicz nie ma złudzeń. – *Wydolność każdego szpitala kiedyś się przecież kończy.*

Placówka w Radziejowie jako druga w regionie (po Grudziądzu) została szpitalem covidowym, bo jego zespół długo przez pandemię przechodził suchą stopą, czyli nie miał na oddziałach koronawirusa – tak decyzję wojewody tłumaczy sobie jego kierownictwo. Nie bez znaczenia jest fakt, że szpital ma duże możliwości stosowania tlenoterapii, które daje 6,5 tonowy zbiornik z tlenem, co przy pacjentach z COVID-19 jest kluczowe.

## System przestawiony na walkę z covidem

Sytuacja, w której system ochrony zdrowia skupiony jest przede wszystkim na pacjentach z koronawirusem, boli dyrektora Annę Wilkanowską z SPZOZ w Rypinie. Jej obawy zdaje się potwierdzać prosta analiza liczby zgonów w Polsce w ostatnich miesiącach. Według ustaleń portalu Money.pl od 31 sierpnia do 1 listopada zmarło w kraju 16 tysięcy osób więcej niż w analogicznym okresie przed rokiem, z czego ofiar koronawirusa było 3,7 tysięcy – wylicza portal Money.pl i pisze o 12 tysiącach ukrytych ofiar pandemii w kraju – osobach, które z różnych przyczyn nie otrzymały pomocy na czas.

Potrzebne są szpitale bez łóżek zakaźnych, które stają się nośnikami koronawirusa i w konsekwencji powodują

zamykanie całych oddziałów, pozbawiając pomocy medycznej kolejne grupy pacjentów bez koronawirusa – dlatego dyrektor Wilkanowska apeluje o wydzielanie takich szpitali. – *Musimy zacząć myśleć o pacjentach nienaznaczonych covidem i ich chronić* – i wyjaśnia, jak trudno jest taką ochronę zapewnić. – Jak w każdym szpitalu powiatowym, w Rypinie mamy oddział covidowy oraz inne oddziały zachowawcze, a więc wiele obszarów, które się krzyżują – wspólne ciągi komunikacyjne, laboratorium, diagnostykę.

Apel kierownictwa placówki w Rypinie wobec kolejnych rekordów dziennych zakażeń i braku miejsc dla pacjentów z COVID-19 pozostaje głosem wołającego na puszczy.

Kierownictwo szpitala w Radziejowie właśnie z myślą o potrzebach rodzących bez koronawirusa chce znów otworzyć dla nich przemianowany na covidowy oddział ginekologiczno-położniczy. Pomysł jest taki, żeby wydzielić dla rodzących część covidową i tzw „czystą”. Powód jest prosty – przez tydzień położnictwo i ginekologia w Radziejowie, obsługiwały tylko jedną pacjentkę z koronawirusem. Żeby zrealizować plan dykcja najpierw musi znaleźć dwóch anestezjologów. Dyrektor Jankiewicz liczy, że nie będzie to jednak zadanie z gatunku mission impossible.



# COVID-19 na świecie – drugie starcie



– Przez całe lato zachowywaliśmy w Madrycie czujność – wprowadziliśmy obowiązek noszenia maseczek, pilnowania dystansu, mycia rąk i opiekowania się osobami starszymi. Nadeszła jednak druga fala epidemii, gdy mieszkańcy Madrytu powrócili z wakacji do pracy, a dzieci i młodzież do szkół. Dlatego wprowadzamy ostrzejsze rygory, masowo przeprowadzamy testy – informowała polskich dziennikarzy **Maria Eugenia Carballado Berlanga**, szefowa Kancelarii Premier Rządu Wspólnoty Autonomicznej Madrytu, podczas Zagranicznego Seminarium online „COVID-19. Sytuacja na świecie”, zorganizowanego 28 września przez Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia.

Jednodniowa sesja poświęcona była działaniom, jakie Polska i Europa podejmują lub powinny podjąć w walce z pandemią COVID-19. O obecnej sytuacji w Europie i realizowanych projektach mówiła dr Paloma Cuchi, Przedstawicielka WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) w Polsce. James Creswick z Działu Komunikacji Biura Regionalnego WHO dla Europy, Europejskiego Centrum Środowiska i Zdrowia w Bonn, oraz Fernando Simón Soria, Szef Centrum Koordynacji Alarmowej w Hiszpańskim Ministerstwie Zdrowia, przekonywali polskich dziennikarzy, jak wielką rolę odgrywają media w czasie kryzysów takich jak pandemia i jaka jest ich odpowiedzialność za przekaz informacji mających wpływ na nastroje społeczne. J. Creswick swój wykład zatytułował wprost „Etyczna sprawozdawczość jako element działań ratujących życie w kontekście pandemii COVID-19”.

Dopełnieniem była poruszająca opowieść Marzenny Adamczyk, Ambasador Nadzwyczajnej i Pełnomocnej Rzecypolitej Polskiej w Królestwie Hiszpanii

o tym, jak pierwsza fala pandemii w Madrycie wyglądała w oczach zwykłego obywatela, a jak dziś jest odbierana oraz precyzyjny raport minister M.E. Carballado Berlanga z działań podejmowanych przez władze Madrytu.

## Rekomendacje WHO

– Bardzo martwimy się tym, że stajemy w obliczu podwójnej epidemii – grypy i COVID-19. Ludziom będzie trudno rozróżnić objawy tych dwóch chorób, co stanowi wyzwanie dla pracowników służby zdrowia skupionych na leczeniu COVID-19. Te dwie epidemie w jednym czasie mogą doprowadzić do olbrzymiego obciążenia systemów opieki zdrowotnej w Europie – przestrzegała dr Paloma Cuchi z WHO dodając, że to nie jest problem pojedynczego kraju, lecz całego świata. Konieczne jest wspólne poszukiwanie najlepszych rozwiązań i dzielenie się odpowiedzialnością. – W Europie kraje, w których epidemia jest dziś najbardziej nasilona, to Rosja, Hiszpania, Wielka Brytania, Francja, Turcja i dlatego w tych i wielu innych krajach ponownie wprowadza się środki zapobiegawcze i kontrolne. Jednak ograniczenia mają wpływ na ludzi, społeczeństwa i gospodarkę. Trzeba więc zachować równowagę między koniecznością ochrony zdrowia a zapobieganiem olbrzyimemu kryzysowi ekonomicznemu, który również będzie miał wpływ na dobrostan ludzi – podkreślała dr Cuchi.

**Dlatego na obecnym etapie pandemii WHO rekomenduje ponowne wprowadzanie ostrzejszych ograniczeń w odpowiednim czasie i zgodnie z wymaganiami na obszarach, gdzie rośnie liczba nowych zakażeń wirusem SARS-CoV-2 po to, by przerwać ciąg zakażeń.** Wszystkie kraje uczestniczą w tym razem, a koordynacja działań krajowych

i globalnych ma kluczowe znaczenie. Wybuch epidemii, skutki gospodarcze i zmęczenie pandemiczne wywołane przez COVID-19 sprawiają, że sytuacja jest trudna dla wszystkich. WHO wspiera kraje w śledzeniu nastrojów społecznych, aby odpowiedź na COVID-19 była istotna i wykonalna, na przykład przestrzeganie środków zdrowia publicznego. Decyzje rządu muszą być dokładnie przemyślane, a opinia publiczna musi zrozumieć, czym jest pandemia i dlaczego podejmowane są określone działania.

Dr Cuchi podkreślała, iż zmiany w rekomendacjach wynikają z coraz większej wiedzy na temat koronawirusa i możliwości walki z nim. Chociaż wciąż jest dużo do zrobienia, poczyniliśmy ważne postępy od początku epidemii i dzięki współpracy dowiadujemy się coraz więcej na temat walki z wirusem.

Konieczne jest zapewnienie opieki i leczenia pacjentom z innymi niż COVID-19 chorobami. Nie może brakować insuliny, nie można zwlekać z badaniami onkologicznymi, nie można odkładać leczenia itd. – W tym względzie należy wspomnieć, jak kraje rozszerzają swoje możliwości w zakresie rozwoju telemedycyny, telekonsultacji. Przyszedł czas, by skorzystać z tej lekcji, wprowadzić regulacje technologiczne i prawne w tej kwestii i na stałe wpisać takie świadczenia do systemu – mówiła dr Paloma Cuchi.

Oceniając stan badań nad nowymi testami, lekami i szczepionką przeciw koronawirusowi Przedstawicielka WHO po raz kolejny podkreślała konieczność współpracy globalnej. Służy temu m.in. projekt **ACT Accelerator**, koordynujący wysiłki wielu specjalistów, instytucji i rządów na całym świecie. Bowiem szczepionka powstrzyma pandemię tylko wtedy, gdy będzie dostępna wszędzie.

## Madryt walczy z pandemią – drugie starcie

W Hiszpanii szczególną troską otacza się obecnie przede wszystkim seniorów, wśród których pierwsza fala pandemii poczyniła największe straty. Sytuację w Madrycie relacjonowała uczestnikom sesji **Marzena Adamczyk**, Ambasador Nadzwyczajna i Pełnomocna Rzeczypospolitej Polskiej w Królestwie Hiszpanii. – W pierwszych tygodniach pandemii nie było dnia, bym nie miała telefonu, że zmarł ktoś znajomy, ktoś, z kim utrzymywałam kontakt... Wspominając tamten czas Pani Ambasador podkreślała, iż wprowadzony wówczas totalny lockdown został przez Hiszpanów potraktowany bardzo poważnie. Wszyscy naprawdę się przestraszyli, ponadto kary za nieprzestrzeganie zakazów były bardzo częste i dotkliwe: – *Sąsiedzi dzwonili na policję, kiedy widzieli, że w jakimś domu zbiera się większa niż dopuszczalna liczba młodych ludzi, albo że sąsiad z psem odszedł trochę dalej od domu. I to nie było donoszenie, tylko strach!*

Teraz nastroje są już inne. Otwarcie, prowadzący życie towarzyskie na ulicach Hiszpanie po „uwolnieniu” kraju zapragnęli zrekompensować sobie czas lockdownu. Na skutki nie trzeba było długo czekać. Dlatego znów w wybranych regionach wprowadzane są poważne ograniczenia.

## Czego nie wolno mieszkańcom

O nowych restrykcjach opowiedziała polskim dziennikarzom **Maria Eugenia Carballedo Berlanga**, szefowa Kancelarii Premier Rządu Wspólnoty Autonomicznej Madrytu Isabel Diaz Ayuso. Władze Madrytu objęły nimi w drugiej połowie września 37 rejonów aglomeracji.

We wskazanych rejonach własne mieszkanie można opuścić tylko w ściśle określonych przypadkach, jak np. podróż do szkoły czy pracy, banku, centrum zdrowia. Placówki handlowe czynne są do godz. 22, a zakupy, podobnie jak podczas pierwszego lockdownu, można zrobić tylko obok miejsca zamieszkania. Zamknięto wszystkie przestrzenie rekreacyjne. – *W całym Madrycie zakazane są spotkania w grupach powyżej 6 osób. Spotkania przedstawicieli*

władz regionalnych odbywają się zawsze za pośrednictwem aplikacji internetowych. Lokale nocne są otwarte do 1 w nocy. Może się wydawać, że to dość późna pora, ale w Hiszpanii mamy zwyczaj późno jeść kolację i bardzo późno chodzimy spać. Madryt lubi życie nocne. Ograniczyliśmy także liczbę osób w barach i restauracjach, w tym w ogródkach, zawiesiliśmy wszelkie imprezy publiczne, festyny ludowe – wyliczała M. E. Carballedo Berlanga.

## Dzieci do szkół – etapami

Do powrotu dzieci i młodzieży do szkół Madryt przygotowywał się długo, tworząc różne scenariusze w zależności od liczby nowych zakażeń. **Rok szkolny rozpoczyna etapami**, jako pierwsze do przedszkoli i szkół wróciły dzieci w wieku do lat 14 i chodzą tam codziennie przez 5 dni w tygodniu. Młodzież, w tym studenci, uczą się w systemie mieszanym. Władze miasta udostępniły w tym celu własną platformę edukacyjną, a dzieci z ubogich rodzin otrzymały laptopy i łącze internetowe.

Dla władz jednym z ważniejszych zadań jest

## Masowe testowanie mieszkańców Madrytu

– *Przeprowadziliśmy intensywne badania wśród pracowników służby zdrowia, aby móc stwierdzić, czy są zarażeni, czy przeszli chorobę – przy pomocy testu antygenowego. Przebadaliśmy również pracowników i mieszkańców domów seniora – są oni dla nas najważniejsi. Teraz będziemy testować środowisko akademickie, a następnie pracowników szkół podstawowych i średnich. Badamy również uczniów – niezbędne jest jak najwcześniejsze wykrywanie zachorowań i śledzenie kontaktów osób zarażonych –* podkreślała przedstawicielka władz Madrytu.

W październiku ma być gotowy nowy szpital polowy, wyposażony w najnowocześniejszą aparaturę medyczną. Choć wzrost liczby zakażeń bardzo niepokoi, wszyscy mają nadzieję, że ten szpital zostanie jednak pusty.

## Rola mediów: rzetelna komunikacja

Wiele zależy od nas samych, od naszej odpowiedzialności za siebie i innych. Pod-

stawowe zasady ochrony są znane i są skuteczne. W obecnej sytuacji ogromną rolę do odegrania mają media. **James Creswick** z Działu Komunikacji Biura Regionalnego WHO dla Europy i Europejskiego Centrum Środowiska i Zdrowia w Bonn apelował do dziennikarzy o etyczną sprawozdawczość, korzystanie z rzetelnych źródeł informacji, nieszerzenie plotek i bzdur (dementowaniem najbardziej rozpowszechnionych na świecie bredni zajmuje się także WHO pod linkiem „Mythbusters” – „Pogromcy mitów”) na swojej stronie internetowej: – *Trzeba dwa razy pomyśleć, nim coś się powieli* – apelował ekspert w dziedzinie komunikacji, dodając, iż także politycy powinni sobie zdawać sprawę, że szerzenie plotek i fałszywych oskarżeń, upolitycznianie pandemii nie służy walce z nią. – Infodemia, czyli wg definicji WHO „szybkie rozprzestrzenianie informacji różnych rodzajów, z uwzględnieniem plotek, pogłosek i niewiarygodnych informacji”, jest równie groźna jak pandemia COVID-19.

O tym, jak podczas walki z pandemią budować dobre relacje między ekspertami, decydentami a mediami, od których zależy przekaz docierający do społeczeństwa, mówił podczas sesji Fernando Simón Soria, lekarz oraz Szef Centrum Koordynacji Alarmowej w Hiszpańskim Ministerstwie Zdrowia, posługując się przykładem własnego kraju:

– *Koronawirusa nie są w stanie opanować sami lekarze, pielęgniarki, ministrowie czy dziennikarze – żadna z tych grup nie dokona tego samodzielnie. Tylko wspólnym działaniem możemy to osiągnąć (...). Wiem, że w Polsce sytuacja jest dobra jak dotąd, lepsza niż w większości krajów Europy Zachodniej. Mam nadzieję, że uda się wam to utrzymać, ale musicie być ostrożni. Należy działać długofalowo i pamiętać, że sytuacja może zmieniać się diametralnie. Wszyscy powinni też mówić jednym głosem. A rolę dziennikarzy jest przekazywać społeczeństwu rzetelne treści...*



Materiał opracowany przez Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia na podstawie prelekcji wygłoszonych w czasie Zagranicznego Seminarium online dla dziennikarzy „COVID-19. Sytuacja na świecie”, zorganizowanego 28 września 2020 r. przez Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia.





**mec. Krzysztof Izdebski**  
Rzecznik Praw Lekarza KPOIL

# Skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii

Nowelizacja ustawy z 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*, to historia, którą określić można roboczym tytułem: „dobry przykład złego przykładu, czyli jak **nie należy** stanowić prawa”.

Na samym początku, uczynię bardzo istotne zastrzeżenie: niniejszy tekst, powstaje dokładnie w połowie listopada 2020 r. To ważna informacja, z uwagi na to, jak wygląda w naszym kraju proces legislacyjny – a mówiąc po ludzku: jak fatalnie tworzymy prawo.

Nie zanudzając Czytelników szczegółowymi prawniczymi wywodami, pozwolę sobie jedynie nakreślić charakter problemu, powstałego w związku z nowelizacją, o której mowa.

Sejm uchwalił, pod koniec października 2020 roku, kolejny pakiet zmian szeregu ustaw, zwany zbiorczo: *pakietem antycovidowym*. W pakiecie, znalazła się zmiana ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zmiany w tej ustawie – istotne z punktu widzenia tematyki niniejszego tekstu – dotyczą m.in. zasad kierowania przez wojewodę lub Ministra Zdrowia do pracy przy zwalczaniu epidemii – na mocy wydanej wcześniej decyzji. Wprowadzono modyfikacje m.in. w zakresie dotyczącym osób, podlegających wyłączeniu ze skierowania do pracy w powyższym trybie oraz podniesiono wynagrodzenie, które otrzymywać będą osoby skierowane do pracy w drodze decyzji (z dotychczasowej wartości nie niższej niż 150% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego

na danym stanowisku pracy w podmiocie wskazanym w tej decyzji – do wartości nie niższej niż 200%). Dodatkowo, wprowadzono też „atrakcyjny” dla środowiska medycznego zapis, zobowiązujący lekarski samorząd zawodowy do przekazywania na żądanie wojewody lub Ministra Zdrowia list lekarzy, którzy mogą zostać skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym – czyli decyzją wojewody lub Ministra Zdrowia.

*Pakiet antycovidowy*, w którym znalazły się powyższe zapisy został przegłosowany przez Sejm i trafił do Senatu. Senat, wprowadził zapis (jako własną poprawkę), w myśl której dodatek w wysokości 100% wynagrodzenia przysługiwać miał wszystkim (a nie tylko skierowanym do pracy poprzez decyzję wojewody) pracownikom ochrony zdrowia, zaangażowanym w leczenie chorych na COVID-19 lub osób podejrzanych o zakażenie.

Ustawa po poprawkach Senatu wróciła do Sejmu, który zamiast (jak czyni to zazwyczaj) poprawki Senatu wyrzucić do kosza, tym razem, niektóre z nich przyjął – jak się okazało przez pomyłkę. Między przyjętymi poprawkami, znalazła się ta, mówiąca o dodatkach dla wszystkich medyków. Przedstawiciele rządzącej większości zorientowali się w rzeczy i postanowili znowelizować zapisy ustawy, która nie weszła w życie

(!) – tak, aby pozbyć się z niej zapisów o dodatku dla każdego.

Wobec powyższego, w tej chwili mamy:

1. Uchwalony przez parlament pakiet antycovidowy (ze zmianą „ustawy zakaźnej” oraz klauzulą dobrego Samarytanina), który został podpisany przez Prezydenta, lecz nie został ogłoszony w Dzienniku Ustaw – czyli nie obowiązuje.
2. Planowaną nowelizację zapisów pakietu z punktu 1 – co nastąpi pewnie na przełomie listopada i grudnia 2020 r. To wszystko prowadzi do wniosku:

***Pakiet antycovidowy, a w nim – zmiany w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, m.in. w zakresie objętym niniejszym tekstem, zaczną obowiązywać zapewne w grudniu 2020 r.***

Wobec powyższego, w punktach, dotyczących zasad wyłączenia od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii, dokonałem wyraźnego (mam szczerą nadzieję) rozróżnienia na stan prawny obowiązujący w czasie pisania artykułu oraz stan, który obowiązywać będzie zgodnie z nowymi zapisami ustawy.

Po dokonaniu powyższych zastrzeżeń, czas na pytania. I odpowiedzi.

### SKIEROWANIE DO PRACY PRZY ZWALCZANIU EPIDEMII NA MOCY DECYZJI WOJEWODY – CZĘSTE PYTANIA

#### 1. Czy mogę zostać skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii w innym województwie?

Tak, jest to możliwe.

#### 2. Kto wydaje decyzję o skierowaniu mnie do pracy przy zwalczaniu epidemii?

Decyzję o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii na terenie województwa, w którym osoba skierowana posiada miejsce pobytu lub jest zatrudniona, wydaje właściwy wojewoda, a w razie skierowania do pracy na obszarze innego województwa – minister właściwy do spraw zdrowia.

#### 3. W jaki sposób i przez kogo jest doręczana decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii?

Decyzję może doręczyć pracownik organu, który decyzję wydał lub funkcjonariusz służb mundurowych np. policjant. Doręczenie może zostać dokonane również tradycyjnie – za pośrednictwem poczty.

#### 4. Co stanie się gdy odmówię odbioru decyzji?

Odmowa będzie mieć jedynie znaczenie symboliczne. Decyzja będzie i tak skuteczna. Fakt odmowy odbioru decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii, zostanie odnotowany przez osobę doręczającą.

#### 5. Czy mogę odwołać się od decyzji wojewody?

Tak, decyzję tę można zaskarżyć w terminie 14 dni od dnia przekazania informacji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii. Odwołanie

kieruje się do Ministra Zdrowia za pośrednictwem właściwego wojewody. W odwołaniu należy złożyć wniosek o wstrzymanie natychmiastowej wykonaności decyzji.

#### 6. Czy samo złożenie przeze mnie odwołania od decyzji wojewody powoduje, że nie muszę stawiać się w pracy do której mnie tą decyzją skierowano?

Nie. Złożenie odwołania nie wstrzymuje wykonania zaskarżonej decyzji.

#### 7. W jaki sposób może być mi dostarczona decyzja wojewody o skierowaniu mnie do pracy przy zwalczaniu epidemii?

Decyzja może zostać przekazana w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata – w tym ustnie.

#### 8. Otrzymałem decyzję o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii, zauważyłem, że decyzja ta nie posiada uzasadnienia. Czy jest to wada decyzji?

Nie. Decyzja wojewody o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii nie wymaga uzasadnienia.

#### 9. Kto nie może być skierowany decyzją wojewody lub Ministra Zdrowia do pracy przy zwalczaniu epidemii?

#### STAN PRAWNY OBOWIĄZUJĄCY W DNIU 16.11.2020 R.

- ▶ osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat;
- ▶ kobiety w ciąży;
- ▶ osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat;
- ▶ osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat;
- ▶ osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;

▶ osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;

▶ inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczona choroba przewlekła ma wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną;

▶ osoby, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1637), oraz posłowie i senatorowie Rzeczypospolitej Polskiej.

W przypadku gdy dziecko w wieku powyżej 14 lat jest wychowywane przez dwoje osób, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich.

#### STAN PRAWNY, KTÓRY BĘDZIE OBOWIĄZYWAĆ (ZAPEWNE) W GRUDNIU 2020 R.

- ▶ osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat w przypadku kobiet lub 65 lat w przypadku mężczyzn;
- ▶ kobiety w ciąży;
- ▶ osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat;
- ▶ osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat;
- ▶ osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;
- ▶ osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;
- ▶ inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczona choroba przewlekła ma



wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną;

- ▶ osoby, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz.U. z 2020 r. poz. 1637), oraz posłowie i senatorowie Rzeczypospolitej Polskiej.

W przypadku gdy dziecko w wieku do 18 lat jest wychowywane przez dwoje osób, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich.

Orzeczenie w sprawie choroby przewlekłej, o której mowa powyżej, wydaje lekarz, o którym mowa w art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 53, 252, 568, 1222 i 1578).

#### **10. Dostałem decyzję o skierowaniu do pracy w konkretnym szpitalu. Jak długo będę musiał tam pracować?**

Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii stwarza obowiązek pracy przez okres do 3 miesięcy w podmiocie leczniczym lub w innej jednostce organizacyjnej – wskazanych w decyzji. Z treści konkretnej decyzji powinno wynikać, jaka data jest datą początkową, a jaka końcową pracy w danym podmiocie.

#### **11. Co stanie się z moją dotychczasową pracą w czasie gdy będę pracował w innym szpitalu (na mocy decyzji wojewody)?**

Osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii dotychczasowy pracodawca jest obowiązany udzielić urlopu bezpłatnego na czas określony w decyzji. Z osobą skierowaną do pracy przy zwalczaniu epidemii nie może być rozwiązany dotychczasowy stosunek pracy ani nie może być dokonane wypowiedzenie umowy o pracę, chyba że istnieje podstawa do rozwiązania umo-

wy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika albo w przypadku zmiany lub uchylecia decyzji.

#### **12. Czy dyrekcja szpitala, do którego zostałem skierowany decyzją wojewody, podpisze ze mną umowę o pracę lub kontrakt?**

Podmiot leczniczy lub inna jednostka organizacyjna nawiąże z osobą skierowaną do pracy stosunek pracy (umowa o pracę) na czas wykonywania określonej pracy, na okres nie dłuższy niż wskazany w decyzji.

#### **13. Ile będę zarabiać w szpitalu, do którego zostałem skierowany przez wojewodę?**

Osobie skierowanej do pracy na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 2, przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 150% (200% po nowelizacji, która zostanie ogłoszona zapewne w grudniu) przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska. Wynagrodzenie nie może

być niższe niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii.

#### **14. Czy będzie mi przysługiwać zwrot kosztów dojazdu do nowego miejsca pracy (wskazanego w decyzji wojewody)?**

Tak, osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii przysługuje zwrot kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia, na zasadach określonych w przepisach o ustalaniu oraz wysokości należności przysługującej pracownikom państwowych jednostek z tytułu podróży służbowych na obszarze kraju.

#### **15. Co mi grozi jeśli nie wykonam decyzji wojewody o skierowaniu mnie do pracy przy zwalczaniu epidemii?**

Zignorowanie decyzji zagrożone jest karą pieniężną w wysokości od 5 000 zł do 30 000 zł. Karę nakłada wojewoda lub Minister Zdrowia (w zależności od tego, kto wydał decyzję) i podlega ona natychmiastowemu wykonaniu.

## KOMUNIKATY

### PRACA

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie pilnie zatrudni

#### **LEKARZA ZE SPECJALIZACJĄ W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII**

w oparciu o umowę cywilnoprawną do pracy w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym poza godzinami normalnej ordynacji szpitala – w systemie dyżurów medycznych.

Warunki pracy i wynagrodzenia do omówienia z Dyrektorem ZOZ-u.  
Kontakt: tel.: +48 56 677 26 07 lub  
e-mail: sekretariat@zoz.chelmno.pl

# Nagroda dla odkrywców wirusa zapalenia wątroby typu C

**Harvey J. Alter, Michael Houghton i Charles M. Rice zostali wspólnie uhonorowani nagrodą Nobla w medycynie za 2020 rok za prace, które zaowocowały odkryciem wirusa zapalenia wątroby typu C. W opinii Komitetu Noblowskiego to przełomowe dokonanie utorowało drogę do ocalenia życia milionów ludzi na całym świecie.**

Obecnie około 71 milionów ludzi jest zainfekowanych wirusem WZW C, który przenosi się drogą krwi, powodując ciężkie zapalenie wątroby o zagrażających zdrowiu i życiu następstwach. HCV odpowiada według szacunków WHO za 400 tys., ofiar śmiertelnych rocznie. HCV należy do rodziny Flaviviridae, jest wirusem RNA i dość często mutuje. Ten stosunkowo niewielki (60-70 nanometrów), posiadający otoczkę wirus powoduje marskość wątroby, ale jest też w grupie wirusów onkogennych, doprowadzając do raka wątroby.

Warto zaznaczyć, że w 1976 roku medycznego Nobla otrzymał Baruch Blumberg za odkrycie wirusa zapalenia

wątroby typu B. W tym czasie, dzięki pracom Altera z narodowego Instytutu Zdrowia w Maryland, wiedzano już, że potransfuzyjne zapalenie wątroby powoduje inny wirus, początkowo nazwany wirusem nie-A i nie-B. Określenia wirus C jako pierwszy użył tegoroczny noblista, Michael Houghton, pracujący na Uniwersytecie Alberta w kanadyjskim Edmonton. Z kolei dzięki badaniom amerykańskiego genetyka Charlesa Rice stało się jasne, że wirus typu C to patogen, który odpowiedzialny za rozwój WZW zwanego wcześniej nie-A, nie-B. Hepatitis C jest chorobą uleczalną, dzięki najnowocześniejszym terapiom za pomocą leków przeciwwirusowych szanse na wyleczenie sięgają nawet 99%. Terapia trwa w przeważającej większości przypadków 12 tygodni (także 8 tygodni i 24 u niektórych pacjentów z marskością wątroby), a wynik ujemny po 3 miesiącach od zakończenia terapii, świadczy o sukcesie i wyeliminowaniu wirusa (stała odpowiedź wirusologiczna, SR). Wyleczenie nie daje odporności – ist-



nieje możliwość ponownego zakażenia. Szczepionki nie ma.

Problemem jest niedostateczne wykrywanie WZW C w krajach biednych, gdzie testu jest zaledwie mniej niż 10% populacji. W Polsce badania antyHCV (koszt 30-35 złotych) nie ma ma w koszyku badań dotępnym dla lekarzy pierwszego kontaktu, choć od lat postulują o to nie tylko lekarze, ale i stowarzyszenia pacjentów. Pacjenci celem diagnostyki kierowani są do poradni chorób zakaźnych, muszą zapłacić za badanie z własnej kieszeni lub wykonać je w ramach programu, dostępnego w niektórych poradniach POZ, sfinansowanego przez producentów leków.

**Sławomir Badurek**

## WZW C

Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest chorobą zakaźną wywoływaną przez wirus zapalenia wątroby typu C (HCV). Wyróżnia się dwie postaci WZW C – ostrą oraz przewlekłą. Zakażenie HCV w większości przypadków przebiega bezobjawowo. Nie u każdej osoby zakażonej HCV rozwinię się postać przewlekłą. Szacuje się, że w ok. 15-45% przypadków dochodzi do samoistnej eliminacji wirusa HCV z organizmu w ciągu 6 miesięcy od zakażenia bez wdrażania jakiegokolwiek leczenia (spontaniczne usunięcie wirusa z organizmu w wyniku reakcji odpornościowej organizmu). U pozostałych 55-85% osób, zakażenie przechodzi w postać przewlekłą WZW C. Przebieg przewlekłej postaci zakażenia może być bardzo różnorodny, od całkowicie bezobjawowego przez wiele lat do agresywnego, z szybkim postępem zmian w wątrobie i szybkim ujawnieniem późnych następstw choroby. W ciągu wielu lat trwania przewlekłego WZW C dochodzi do postępującego włóknienia wątroby. Stopień progresji zmian w wątrobie zależy m.in. od płci osoby zakażonej, jej wieku w momencie zakażenia, genotypu wirusa, wskaźnika BMI, chorób współistniejących czy zachowań zdrowotnych (spożywanie alkoholu itp.). Po ok. 20 latach trwania choroby u 15-30% chorych rozwija się marskość wątroby, a u 1,5-4 % pacjentów z marskością co roku dochodzi do rozwoju raka wątrobowokomórkowego.

Źródło: hcv.pzh.gov.pl



**UCHWAŁA Nr 78/VIII/2020**  
**Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej**  
**KPOIL w Toruniu**  
**z dnia 13 października 2020 r.**

**w sprawie desygnowania przedstawiciela do komisji konkursowej**

Na podstawie art. 5 pkt. 9 i art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 965) w związku rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie niebędącym przedsiębiorcą (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 393 ze zm.) oraz Uchwały Nr 35/VIII/2018 Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu z dnia 11 września 2018 r. w sprawie upoważnienia dla Prezydium ORL do działania w imieniu ORL w Toruniu, uchwala się, co następuje:

**§ 1.**

Do składu komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Kierownika SP Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łasinie – Prezydium ORL w Toruniu desygnuje Pana dr. Jana Kosiora.

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UCHWAŁA Nr 79/VIII/2020**  
**Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej**  
**KPOIL w Toruniu**  
**z dnia 13 października 2020 r.**

**w sprawie wyrażenia opinii dotyczącej kandydata do pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego**

Na podstawie art. 5 pkt 10 i art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 965) i art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 886 ze zm.) oraz Uchwały Nr 35/VIII/2018 Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu z dnia 11 września 2018 r. w sprawie upoważnienia dla Prezydium ORL do działania w imieniu ORL w Toruniu, uchwala się, co następuje:

**§ 1.**

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej pozytywnie opiniuje kandydaturę Prof. dra hab. n. med. Wojciecha Zegarskiego do pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii onkologicznej.

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.



**UCHWAŁA Nr 80/VIII/2020**  
**Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej**  
**KPOIL w Toruniu**  
**z dnia 13 października 2020 r.**

**w sprawie objęcia patronatem**

Na podstawie art. 5 pkt 13 i 24, art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 965 ze zm.) i Uchwały Nr 10/VIII/2020 ORL z dnia 11 lutego 2020 r. w sprawie Regulaminu obejmowania patronatem honorowym oraz Uchwały Nr 35/VIII/2018 Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu z dnia 11 września 2018 r. w sprawie upoważnienia dla Prezydium ORL do działania w imieniu ORL w Toruniu, uchwala się, co następuje:

**§ 1.**

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej postanowiło objąć patronatem honorowym Prezesa KPOIL w Toruniu II Krajową Konferencję Diagnostyki Obrazowej Chorób Reumatycznych i Monitorowania Leczenia Biologicznego, organizowaną online (www.diagnostyka.viamedica.pl) przez VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k. w Gdańsku, w dniach 23-24 października 2020 r.

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**STANOWISKO Nr 4/VIII/2020**  
**Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej**  
**KPOIL w Toruniu**  
**z dnia 13 października 2020 r.**

**w sprawie wypowiedzi funkcjonariuszy publicznych**

Na podstawie art. 5 pkt 15 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu nawiązując do wypowiedzi wicepremiera Jacka Sasina w audycji I programu Polskiego Radia w dniu 13/10/2020 roku oraz znając realia pracy z pacjentami zakażonymi COVID-19, wyraża niniejszym **stanowczy protest** wobec nieuzasadnionej, publicznej dyskredytacji środowiska lekarskiego w Polsce przez funkcjonariuszy publicznych.

Zwracamy uwagę, iż zarówno przed wybuchem epidemii, jak i w czasie jej zwalczania, postulaty naszego środowiska były oraz są ignorowane i to zarówno na etapie konsultacji, zasięgania opinii specjalistycznych lekarskich, jak i na etapie legislacji.

Wypowiedź wicepremiera jest przez lekarzy odbierana jako próba zrzućania przez Państwo na środowisko lekarskie odpowiedzialności za krytyczną sytuację w ochronie zdrowia i skutki epidemii.

działności za krytyczną sytuację w ochronie zdrowia i skutki epidemii.

Żądamy przedstawiania przez Rząd RP prawdziwych informacji o dramatycznej kondycji naszej opieki zdrowotnej oraz wzięcia odpowiedzialności za bałagan legislacyjny i skutki długotrwałego niedofinansowania systemu.

Jako kraj stoimy w obliczu kryzysu zdrowotnego, jakiego nie było w ciągu ostatnich dziesięcioleci. Wraz z innymi zawodami medycznymi walczymy o zdrowie Polaków na pierwszej linii, dlatego nie zgadzamy się, aby jeszcze bardziej utrudniano nam niesienie pomocy chorym krzywdzącymi wypowiedziami osób na eksponowanych stanowiskach.

Żądamy natychmiastowych przeprosin ze strony Pana Wicepremiera Jacka Sasina w środkach masowego przekazu.

**KOMUNIKAT**  
**OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ**

Okręgowa Komisja Wyborcza Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu informuje, że 2021 rok będzie rokiem wyborczym. Ustalane zostaną liczby członków rejonu wyborczego uprawnionych do wyboru jednego delegata, minimalne i maksymalne liczby członków rejonu wyborczego. Tworzone będą rejonu wyborcze na okres IX kadencji. W związku z tym prosimy o śledzenie strony internetowej naszej Izby Lekarskiej.

**Z ŻYCIA IZBY LEKARSKIEJ...**

Pomimo wprowadzenia od dnia 12 listopada 2020 r. systemu pracy zdalno-dyżurowej biuro Izby w Toruniu niezmiennie wykonuje wszystkie swoje obowiązki. Na przełomie listopada i grudnia br. organizowaliśmy szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentyistów stażystów. Było to możliwe dzięki aneksowaniu umowy z Marszałkiem Wojewódzkiego Kujawsko-Pomorskiego poprzez wprowadzenia do umowy zapisów, iż kursy z prawa medycznego, bioetyki i orzecznictwa lekarskiego mogą odbywać się w formie online.

Szkolenia przy użyciu platformy GO TO MEETING przeprowadzali:

- z prawa medycznego adw. Krzysztof Izdebski (30 godzin, 4 dni),
- z orzecznictwa lekarskiego dr Piotr Abramek (20 godzin, 3 dni),
- z bioetyki dr Marcin Leźnicki (20 godzin, 3 dni).

**KALENDARIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ / PREZYDIUM ORL – KPOIL W TORUNIU**  
**PAŹDZIERNIK-LISTOPAD 2020**

| L.p. | Data         | Wydarzenie                                                             | Miejsce      | Uczestnicy                         |
|------|--------------|------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------|
| 1.   | 9-11.10.2020 | Posiedzenie Prezesów OIL                                               | Zamość       | Wojciech Kaatz                     |
| 2.   | 13.10.2020   | Posiedzenie Prezydium ORL KPOIL                                        | hybrydowe    | Członkowie Prezydium               |
| 3.   | 15.10.2020   | Posiedzenie Prezydium Konwentu Prezesów OIL                            | NIL Warszawa | Wojciech Kaatz                     |
| 4.   |              | Posiedzenie Konwentu Prezesów OIL                                      | NIL Warszawa | Wojciech Kaatz                     |
| 5.   | 16.10.2020   | Posiedzenie NRL                                                        | NIL Warszawa | Wojciech Kaatz                     |
| 6.   |              |                                                                        | online       | Anita Pacholec<br>Łukasz Wojnowski |
| 7.   |              | Posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL                               | online       | Anita Pacholec<br>Wojciech Kaatz   |
| 8.   | 29.10.2020   | Posiedzenie Komisji Organizacyjnej NRL                                 | online       | Łukasz Wojnowski                   |
| 9.   | 5.11.2020    | Posiedzenie Konwentu Prezesów OIL                                      | NIL Warszawa | Wojciech Kaatz                     |
| 10.  | 6.11.2020    | Posiedzenie NRL                                                        | NIL Warszawa | Wojciech Kaatz                     |
| 11.  |              |                                                                        | online       | Anita Pacholec<br>Łukasz Wojnowski |
| 12.  |              | Posiedzenie Rady Programowej „Gazety Lekarskiej”                       | online       | Sławomir Badurek                   |
| 13.  | 10.11.2020   | Posiedzenie ORL KPOIL                                                  | online       | Członkowie ORL                     |
| 14.  |              | Posiedzenie Komisji Bioetycznej KPOIL                                  | online       | Członkowie Komisji                 |
| 15.  | 21.11.2020   | Nadzwyczajne posiedzenie Krajowej Komisji Wyborczej                    | online       | Wojciech Kaatz                     |
| 16.  | 24.11.2020   | Nadzwyczajne posiedzenie Krajowej Komisji Wyborczej                    | online       | Wojciech Kaatz                     |
| 17.  | 25.11.2020   | Spotkanie sztabu kryzysowego Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego | online       | Wojciech Kaatz                     |
| 18.  |              | Posiedzenie Prezydium Konwentu Prezesów OIL z Prezesem A. Matyją       | online       | Wojciech Kaatz                     |
| 19.  | 27.11.2020   | Posiedzenie Prezydium ORL KPOIL                                        | online       | Członkowie Prezydium               |

## NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE POSZUKUJE LEKARZA DO ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH.



NOWY SZPITAL

### OPIS STANOWISKA

- Świadczenie usług w zakresie interny na Oddziale Chorób Wewnętrznych w ramach kontraktu z NFZ
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi zasadami etyki lekarskiej, aktualnej wiedzy medycznej oraz przepisami NFZ i Ministerstwa Zdrowia.
- Prowadzenie dokumentacji medycznej oraz obowiązującej sprawozdawczości medycznej zgodnie z przepisami o prowadzeniu i przechowywaniu dokumentacji medycznej, ustawą o ochronie danych osobowych.

### WYMAGANIA

- Specjalizacja w zakresie chorób wewnętrznych.
- Umiejętności interpersonalne połączone z wysoką kulturą osobistą.
- Prawo wykonywania zawodu.
- Wiedza i umiejętności praktyczne w zakresie udzielania świadczeń medycznych.
- Umiejętność organizacji pracy własnej oraz współpracującego zespołu, w tym doświadczenie lub chęć nabycia doświadczenia w kierowaniu Oddziałem Wewnętrznym.

### OFERUJEMY

- Stabilne warunki zatrudnienia,
- Możliwość pełnienia dyżurów,
- Duże możliwości rozwoju zawodowego,
- Wsparcie poszerzania kompetencji zawodowych.

### KONTAKT

Zainteresowanych prosimy o kontakt:



517 369 690



oraz przesyłanie CV  
hr@nowyszpital.pl



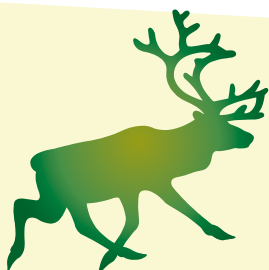
# #NIEZAPOMINAJ

Pacjenci wciąż odczuwają skutki niedofinansowania ochrony zdrowia i niewydolności systemu. Rok temu alarmowaliśmy o Narodowym Kryzysie Zdrowia. Mimo epidemii oraz przedwyborczych deklaracji politycy nie podjęli kompleksowych działań mogących zreformować i uzdrowić polską ochronę zdrowia. Słowa i gesty decydentów okazały się puste. W spocie przygotowanym przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie w ramach akcji #Niezapominaj lekarze klaszczą, tak jak przed kilkoma miesiącami klaskali im obywatele i politycy. Ale w geście medyków jest gorzycz, bo od lat ich postulaty są ignorowane.

Wielkie „brawa” dla polityków. Takim gorzko-ironicznym przekazem lekarze z Okręgowej Izby Lekarskiej przypominają o konieczności wprowadzenia pilnych zmian w systemie. Najważniejszym postulatem, a tym samym jednym z podstawowych kroków do poprawienia sytuacji pacjentów, jest znaczne zwiększenie nakładów na OZ. Zarządzanie systemem znajdującym się w zapaści nie może polegać na gaszeniu pożarów. OIL w Warszawie zachęca do wyrażenia poparcia dla pilnych zmian w ochronie zdrowia poprzez udostępnianie filmu. Ideę i szczegóły przedstawiono na konferencji prasowej 30 września, zorganizowanej w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym im. Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie.

– *My – lekarze i pacjenci – czujemy się zapomniani przez system. Widzimy, jak słabo jest on przygotowany do niesienia pomocy. Codziennie widzimy, że chorzy odbijają się od systemu ochrony zdrowia, a lekarze zostali sprowadzeni do roli zderzaków* – powiedział prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski. – *Te „brawa” dla polityków to gorzkie brawa – mają one zmobilizować ich do realnych zmian. Bijemy „brawo” w przekonaniu, że najwyższy czas na zmiany. Nasi pacjenci nie mogą dłużej czekać. Jeśli nie teraz, to kiedy?* – dodał.

– *Czas i miejsce spotkania nie są przypadkowe. Tutaj miał miejsce protest rezydentów, protest medyków. Wtedy pojawiły się postulaty zmian systemu, postulaty które zostały zaakceptowane, ale nierealizowane* – zaznaczył rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Zbigniew Gaciong. – *Ostatnie miesiące pokazują, jak ważni są medycy. Zwracam się do pacjentów, by dbali o zdrowie nie tylko w kontekście epidemii, ale też chorób przewlekłych. Za własne zdrowie też ponosi się odpowiedzialność* – podkreślił.



## KONKURS NA NAJŁADNIEJSZY PROJEKT KARTKI BOŻONARODZENIOWEJ

Entuzjastycznie przyjęty zeszłoroczny konkurs skłonił nas do zorganizowania jego kolejnej edycji. Dzielimy go na dwie kategorie wiekowe: do 7 lat włącznie i powyżej. Prace prosimy nadsyłać pocztą tradycyjną na adres siedziby Izby Lekarskiej w Toruniu, ul. Danielewskiego 6, 87-100 Toruń lub drogą elektroniczną na adres: **torun@hipokrates.org** **do dnia 20 grudnia 2020 r.;** jeśli będą to zdjęcia lub skany, winny być wykonane w wysokiej rozdzielczości, co umożliwi jury rzetelne ocenienie projektu. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi 23 grudnia 2020 r.

Zwycięzcy otrzymają atrakcyjne nagrody – główna o wartości 500 zł i wyróżnienie o wartości 400 zł.

Zachęcamy dzieci do udziału, a rodziców do niewielkiej pomocy. 🤔

Regulamin konkursu dostępny na stronie internetowej Izby Lekarskiej.

O poważnych dla pacjentów konsekwencjach ignorowania przez rządzących tematu zdrowia mówił wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Jarosław Biliński. – *Pacjentów nie interesuje, kto jest ministrem zdrowia, ani jakie obowiązują nowe przepisy. Pacjentów interesuje, czy otrzymają medyczną pomoc. Tymczasem dla polityków koronawirus jest pretekstem, by zaniedbywać inne obszary ochrony zdrowia. Spadła liczba odnotowanych zawałów, udarów, nowotworów. Czy to znaczy, że jest ich mniej? Nie. Pacjenci nie zgłaszają się z obawy, że system nie jest przygotowany na inne choroby. Oczekujemy, że politycy na poważnie zajmą się ochroną zdrowia. Ostatnie pół roku epidemii zostało przespane.*

# MANIFEST

Rok temu ogłosiliśmy Narodowy Kryzys Zdrowia. Już wtedy wskazywaliśmy, że #polskatochorykraj, a system opieki zdrowotnej stoi na skraju przepaści. W formie postulatów apelowaliśmy o natychmiastowe dofinansowanie go i kompleksowe zmiany.

Chcieliśmy wywalczyć Polakom zasłużoną ochronę zdrowia.

Pandemia koronawirusa (SARS-CoV-2) obnażyła chaos organizacyjny systemu zdrowotnego, kompletny brak przestrzeni i zasobów do radzenia sobie z nagłymi zdarzeniami oraz niedobór podstawowych środków.

To wszystko stwarza zagrożenie dla życia i zdrowia Polaków.

System opieki zdrowotnej czeka wytężona praca, a pacjentów długie oczekiwanie w kolejkach oraz niepewność i brak szybkiej, ciągłej komunikacji z lekarzami.

Następstwa pandemii odczują wszyscy pacjenci w różnych formach. Pilnej pomocy będą wymagały osoby, którym nie wykonano planowych zabiegów medycznych, oraz cierpiące na choroby przewlekłe, dla których dostęp do opieki zdrowotnej jest obecnie bardzo ograniczony.

.....

#NIEZAPOMINAJ – był moment, że wszyscy – pacjenci, lekarze, jak również politycy zgodnie uważali, że zdrowie jest najważniejsze, że ochrona zdrowia jest ważna. Że potrzebne są zmiany. Ale skończyło się na brawach. Czy teraz będzie inaczej?

Film i szczegóły akcji dostępne są na naszej specjalnej stronie internetowej: [niezapominaj.com](http://niezapominaj.com)

**Renata Jeziótkowska**  
**Rzecznik Prasowy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie**



## KONKURS FOTOGRAFICZNY „BOŻE NARODZENIE W KADRZE”

Fotografia to pasja wielu z Państwa. Zdjęcia robione są przy każdej okazji, a uwieczniane na nich momenty stanowią pamiątkę z chwil, które tak szybko przemijają, a chcielibyśmy by trwały nieprzerwanie. Czas Świąt Bożego Narodzenia to okazja do wielu rodzinnych spotkań, do zadumy i refleksji. Pragniemy, aby obraz rozświetlonej choinki, czy palącej się świecy były z nami na dłużej - bo dają ukojenie, radość i ciepło.

Zapraszamy do udziału w konkursie fotograficznym „Boże Narodzenie w kadrze”.

Prace prosimy nadsyłać wyłącznie drogą elektroniczną na adres: [torun@hipokrates.org](mailto:torun@hipokrates.org) do dnia 20 grudnia 2020 r.; winny być wykonane w wysokiej rozdzielczości, co umożliwi jury rzetelną ich ocenę. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi 23 grudnia 2020 r.

Na zwycięzcę czeka nagroda główna o wartości 1000 zł.

Regulamin konkursu dostępny na stronie internetowej Izby Lekarskiej.







# Między epidemią a codziennością

*– To wszechstronna dyscyplina, która tak dobrze przygotowuje cię do pracy, że gdziekolwiek życie cię rzuci, w jakimkolwiek miejscu na zawodowej drodze trafisz, poradzisz sobie – przekonuje dr n. med. Grażyna Cholewińska-Szymańska, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych na Mazowszu, ordynator III Oddziału Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie, w rozmowie z Anetą Chęcińską.*

## Czy choroby zakaźne to specjalizacja popularna?

Na pewno bardzo potrzebna. Choroby infekcyjne towarzyszą człowiekowi od zarania dziejów. Zawód medyka od najdawniejszych czasów wiązał się w dużym stopniu z leczeniem zakażeń, które dziesiątkowały ludzi. Współcześnie nasza specjalizacja to nie tylko wąski wycinek chorób zakaźnych, którymi się bezpośrednio zajmujemy, ale swoisty background innych dziedzin medycyny. Zakażenie wirusem, bakterią, pasożytem stanowi podłoże rozwoju wielu chorób. Przecież zapalenie wyrostka robaczkowego jest bakteryjne. Zapalenie płuc albo wirusowe, albo bakteryjne. Obecnie mówi się o etiologii zapalnej zawału mięśnia sercowego. Wiele narządów i układów bywa dotkniętych procesem zapalnym, ale dzisiaj tymi zagadnieniami zajmują się specjaliści innych dyscyplin.

W latach 50. XX w. w Polsce wprowadzono powszechne szczepienia i dzięki nim udało się opanować wiele bardzo groźnych chorób. Wyeliminowa-

wano m.in. ospę prawdziwą, tyfus, błonicę, tężec. W związku z tym w latach 70. i 80. zainteresowanie decydentów ochrony zdrowia naszą specjalnością trochę zmalało. Pojawiają się nowe wirusy, nowe patogeny, a stare ulegają mutacji albo dryfowaniu genetycznemu w nowe formy. W związku z tym nie wygasają niektóre stare choroby, np. gruźlica, choroby paciorkowcowe. Zmienia się ich obraz kliniczny i sam patogen.

## Epidemia koronawirusa przypomniła o roli lekarzy chorób zakaźnych?

Co kilka lat świat zamiera w przerażeniu, gdy epidemia, jak ta obecna, zbiera śmiertelne żniwo. Tak było chociażby w przypadkach ptasiej i świńskiej grypy. W 2015 r. wzbudziła lęk epidemia wywołana wirusem eboli, która szczęśliwie do Polski nie dotarła. Ale oprócz wspomnianych nowych patogenów, stale grożą nam niektóre choroby zakaźne, np. wywołane przez wirusa HIV, HCV, a także gruźlica, zapalenie opon mó-

zgowo-rdzeniowych i mózgu. Ostatnio notowana jest wysoka zapadalność na infekcję jelitową wywołaną przez *Clostridium difficile*. Specjalność lekarza chorób zakaźnych jest niezmiernie ważna nie tylko w aspekcie leczenia chorých, ale w strategii ochrony zdrowia publicznego. Kiedy wybucha epidemia, okazuje się, że jesteśmy najważniejszym filarem w łańcuchu komunikacji z Ministerstwem Zdrowia, z sanepidem, z jednostkami samorządu w celu koordynowania wszelkich działań.

## Epidemie zdarzają się co jakiś czas, a codzienna praca? Czy zachęca pani do wyboru tej specjalności?

Zawsze mówię młodszym kolegom lekarzom, którzy uczą się do specjalizacji z chorób zakaźnych: to wszechstronna dyscyplina, która tak dobrze przygotowuje cię do pracy, że gdziekolwiek życie cię rzuci, w jakimkolwiek miejscu na zawodowej drodze trafisz, poradzisz sobie. Choroby zakaźne wymagają wiedzy nie tylko na temat patogenów, wirusów, bakterii, grzybów, ale również

dotyczącej wielu narządów i układów. Ponieważ mam do czynienia z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, muszę dobrze znać się na neurologii. Ponieważ są choroby zapalne układu krążenia, wsierdza, mięśnia sercowego, zapalenia naczyń, muszę znać układ krążenia.

Choroby zakaźne to nie tylko leczenie chorego człowieka, nie tylko ordynowanie leków i zlecanie badań diagnostycznych, ale także szeroka profilaktyka. Dzisiaj widać najlepiej, że ktoś musi zarządzić izolację pacjenta i kwarantannę, ktoś musi go z niej zwolnić, ktoś musi zlecić test, odczytać i zinterpretować jego wynik. Wciąż opowiadamy o maseczkach, o dezynfekcji rąk, udzielamy się w mediach. Zajmujemy się również wakcynologią. Lekarz chorób zakaźnych uzupełnia zespoły leczące w innych dyscyplinach, np. w onkologii, transplantologii, po przeszczepieniu wątroby jest bardzo potrzebny w kontekście zakażenia HCV, HBV, zakażeń krwiopochodnych.

### Jak przebiega ścieżka kształcenia lekarza chorób zakaźnych?

Wiele lat temu szkolenie było dwustopniowe. Najpierw lekarz zdobywał specjalizację z chorób wewnętrznych (I stopień), następnie z chorób zakaźnych (II stopień). Taki system pozwalał dobrze przygotować lekarza do pracy. Natomiast teraz specjalizacja z chorób zakaźnych ma charakter jednoetapowy – pięć lat specjalizacji w ramach rezydentury z chorób zakaźnych. Można wykorzystać krótszą drogę, po jednej specjalizacji, np. internie lub pediatrii. To nie jest drugi stopień specjalizacji, tylko trzyletnia, krótsza ścieżka kształcenia, która kończy się egzaminem specjalizacyjnym z chorób zakaźnych.

### Pandemia wzbudziła zainteresowanie chorobami zakaźnymi? Są chętni na specjalizację?

Chyba za wcześnie, aby to stwierdzić. Minister zdrowia przydzielił na tegoroczną sesję jesienną większą liczbę miejsc. W województwie mazowieckim – 50. Czy będzie tylu chętnych? Na wiosnę 2020 było 20 miejsc i nie zgłosił się nikt. W innych województwach ma miejsce podobna sytuacja. Nasza specjalizacja jest dość nisko opłacana, nie mamy szerokiej możliwości prowadzenia prywatnych gabinetów, bo potrzebne jest zaplecze laboratoryjne.

A przecież ta dyscyplina potrafi zafascynować, ale aby to dostrzec, trzeba ją poznać. Większość młodych ludzi, którzy na początku zawodowej drogi podejmują decyzję o wyborze specjalizacji, nie zdaje sobie sprawy, że to ciekawa specjalność. Interesują się więc takimi, które zapewnią im korzyści ekonomiczne, np. specjalizacjami uznanymi przez Ministerstwo Zdrowia za priorytetowe (gwarantującymi wyższe wynagrodzenie podczas kształcenia specjalizacyjnego) lub tymi, które ułatwiają podjęcie pracy zagranicą. Były minister zdrowia Łukasz Szumowski wpisał wprawdzie niedawno choroby zakaźne na listę dziedzin priorytetowych, lecz bez rozporządzeń wykonawczych, nie wiemy zatem, czy w efekcie nastąpi podwyżka wynagrodzeń rezydentów. Niemniej jednak może to być zielone światło i zachęta dla młodych ludzi.

Często spotykam się z opiniami stażystów, którzy w ramach specjalizacji z innej dyscypliny odbywają u mnie staż cząstkowy, że gdyby wiedzieli, jaka to ciekawa dziedzina, zdecydowaliby się na specjalizację z chorób zakaźnych. Zajmujący się tą dziedziną dzisiaj korzystają z zaawansowanych technik

diagnostyki laboratoryjnej, stosują metody oparte na genetyce, biologii molekularnej, łatwiej i szybciej postawią diagnozę. To jest coś fajnego, tylko trzeba to młodym lekarzom pokazać.

### Problemy kadrowe nie są obce szpitalom zakaźnym?

80% pracowników sektora chorób zakaźnych przekroczyło pięćdziesiątkę. Zbliżają się do wieku emerytalnego. Starzejąca się dobrze wykształcona, profesjonalna kadra nie ma następców, powstaje więc przepaść pokoleniowa. Według statystyk NIL w całej Polsce specjalistów chorób zakaźnych jest około 900. W tej grupie są osoby mające 80 lat, które również pracują. Oddziały zakaźne borykają się z dużymi kłopotami natury kadrowo-administracyjnej, pożyczają obcych lekarzy na dyżury, żeby wypełnić grafik 24/7. Wynikają z tego problemy kliniczne, bo lekarze przybywający z zewnątrz na dyżur nie zawsze dobrze znają problematykę chorób zakaźnych. Są kłopoty, roszczenia. Wiadomo, że zaostrzono kary wobec pracowników medycznych, więc sytuacja zmierza w stronę niesatysfakcjonujących rozwiązań. Z perspektywy konsultanta wojewódzkiego nie widzę światła w tunelu, nie widzę skutecznych narzędzi do rozwiązania problemu kadrowego.

W Polsce działają 73 oddziały szpitalne specjalizujące się w leczeniu chorób zakaźnych. Ich rozmieszczenie jest na tyle dobre, że wystarczyłoby łóżek szpitalnych, gdyby nie epidemia.

Wywiad ukazał się w numerze 10/20 miesięcznika „Puls” Warszawskiej Izby Lekarskiej.







## Być lekarzem doskonałym

Rzadkie objawy częstych chorób są częstsze niż częste objawy rzadkich chorób.

&

Nie istnieją udokumentowane prace na temat pacjentów przyjmujących więcej niż cztery leki i bardzo niewiele prac na temat pacjentów przyjmujących trzy. Każdy pacjent otrzymujący więcej niż cztery leki znajduje się poza wiedzą medyczną.

&

Prawdopodobieństwo wystąpienia działań ubocznych rośnie wykładniczo wraz ze wzrostem liczby stosowanych leków.

&

Większość ludzi starych ma się lepiej i czuje się lepiej po odstawieniu wszystkich leków.

&

Unikaj mówienia o „narządach”. Nie pytaj „no jak tam pana jelito grube?” czy „pana żołądek?” czy „pana zatoki?”, czy „pana serce?”, czy jakkolwiek inny narząd. Zapytaj jak się pacjent czuje? Nie pozwól pacjentom mówić o narządach. Pacjenci wiedzą tylko, jak się czują lub co czują. Upieraj się przy języku objawów, odczuć i myśli.

&

Analizując objawy, zadawaj pytania tak długo, aż wytworzysz sobie obraz pacjenta z tym objawem. Spróbuj sobie wyobrazić jak to jest, kiedy ma się taki objaw. Jeśli nie możesz tego zrobić, prawdopodobnie nie uzyskałeś dokładnego opisu objawu i powinieneś zadać więcej pytań na temat jego natury.

&

Wiele chorób człowiek powoduje sam. Romyślnie lub nie.

Źródło: Clifton K. Meador „Lekarz doskonały”, Sanmedica 1995.

## Wąskie gardła przyszłej akcji szczepionkowej

Ogłoszenie przez firmę Pfizer sukcesu trzeciej fazy badań nad szczepionką na COVID-19 wywołało dyskusję o tym, jak zorganizować akcję szczepień w Polsce. Nad harmonogramem pracuje zespół przy ministrze zdrowia, który został powołany kilka miesięcy temu. Jego członkowie szykują rekomendacje, kto miałby otrzymać szczepienia w pierwszej kolejności (medycy, seniorzy i osoby z chorobami współistniejącymi, czyli najbardziej zagrożeni). Niedawno do prac włączył się premier Mateusz Morawiecki, powołując kolejne grupy eksperckie. – Jest duży chaos. Nie wiadomo, czy plan i czy głos będzie przyjął, i kto o tym ostatecznie zdecyduje – mówi członek jednego z zespołów.

Spory dotyczą samej liczby preparatów. Niedawno resort zdrowia mówił o 16 mln dawek, potem premier ogłosił, że Polska planuje zakup 20 mln, a kilka dni temu minister Adam Niedzielski zadeklarował, że będą szczepionki dla 31 mln Polaków. Nie wszyscy eksperci uważają, że należy postawić na jednego producenta – nie wiadomo, która szczepionka będzie lepsza. Należy też brać pod uwagę sposób dystrybucji. W przypadku szczepionki Pfizera mamy do czynienia z preparatem, który powinien być przechowywany w temperaturze minus 70-80°C. Tymczasem odpowiednie zamrażarki są na uczelniach, instytutach badawczych i w niektórych szpitalach. Kolejny problem to konieczność kohortowania pacjentów. Szczepionki są sprzedawane w opakowaniach po 5 do 10 dawek. Nie zdecydowano, kto oprócz lekarzy rodzinnych miałby zająć się szczepieniami. Mówi się nawet o studentach ostatnich lat medycyny. Wyzwaniem mogą się okazać igły i strzykawki do podawania preparatów. Warto zaznaczyć, że szczepionka Pfizera jest dwudawkowa, a drugą dawkę podaje się po 7 dniach od pierwszej.

Źródło: „Dziennik Gazeta Prawna”

## Sanepid szybki jak strumień...

Stacje sanepidu w całej Polsce mają przejść na „system pracy strumieniowej” i błyskawicznie nadrobić wszelkie zaległości. Bez dodatkowych pieniędzy i ludzi. Przejście na „strumieniowy system pracy” wymyślił Krzysztof Saszka, nowy zastępca głównego inspektora sanitarnego. Minister zdrowia Adam Niedzielski powołał go na to stanowisko dwa miesiące temu. Według oficjalnych informacji Saszka ma być odpowiedzialny za elektronizację sanepidu, który od lat jest straszliwie niedoinwestowany. A według nieoficjalnych informacji, Niedzielski nie cierpi szefa GIS, Jarosława Pinkasa. Dlatego Saszkę typuje się jako jego następcę. Problem w tym, że nowy zastępca nie ma doświadczenia w branży. Z wykształcenia jest informatykiem. Przez lata był dyrektorem oddziału ZUS w Nowym Sączu. Jak się okazuje, brak doświadczenia nie przeszkadza jednak Saszce we wprowadzaniu w sanepidzie radykalnych zmian. Latem stacje nie dostały żadnego wsparcia i już na początku września przestały sobie radzić z ogniskami zakażeń w szkołach i wysyłaniem na kwarantannę. Pracownicy inspekcji sanitarnej nie nadążają z pracą, choćby z raportowaniem wyników testów. W kilku województwach liczba ich pozytywnych wyników przekroczyła w ubiegłym tygodniu liczbę wszystkich przeprowadzonych tam testów i to o ponad 30%! Niezależnie jest też kilkadziesiąt tysięcy interwencji zgłoszonych na ogólnopolską infolinię. Receptą na brak wsparcia z zewnątrz ma być nowy system pracy. Pracownicy sanepidu będą pomagać sobie sami, a umożliwi im to wspomniany „strumieniowy system pracy” i stworzenie tzw. wirtualnych stacji. Nowy system pracy, przynajmniej w teorii, wszedł w życie w dniu ogłoszenia. – Chcą strasznie z wszystkim przyspieszyć, ale ludzie już dawno opadli z sił. Motywacji też żadnej nie mają. Jesteśmy po prostu wykończeni – mówi szeregowa pracownica stacji.

Źródło: „Gazeta Wyborcza”

# E-skierowanie w pytaniach i odpowiedziach

**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 modułem 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).

Partnerem artykułu jest Centrum e-Zdrowia



# Kalejdoskop naukowy



Opracował: dr n. med. Sławomir Badurek

## Deksametazon i remdesivir w leczeniu COVID-19

W leczeniu szpitalnym pacjentów z ciężką postacią COVID-19, wymagających tlenoterapii (włącznie z tymi, którzy są leczeni metodą high-flow i wentylacją nieinwazyjną) zaleca się leczenie remdesivirem (jeśli jest dostępny) i małą dawką deksametazonu (2C). W przypadku chorych z ciężką postacią COVID-19, leczonych z zastosowaniem wentylacji mechanicznej lub ECMO zaleca się leczenie małą dawką deksametazonu (1B). U tych chorych leczenie remdesivirem jest zalecane, jeśli od intubacji nie upłynęło więcej niż 24-48 godzin (2C). W przypadku trudności w dostępie do remdesiwiru, rezerwuje się go dla chorych wymagających tlenoterapii low-flow. Jeśli deksametazon nie jest dostępny, racjonalną alternatywą jest zastosowanie innego glikokortykosteroidu w ekwiwalentnej dawce. Badania randomizowane wskazują, że glikokortykosteroidy (w szczególności deksametazon) mają korzystny wpływ w leczeniu pacjentów z COVID-19. Metaanalizy dostarczają danych, że glikokortykosteroidy zmniejszają śmiertelność chorych z ciężką postacią COVID-19. Należy zaznaczyć, że większość danych ujętych w tych analizach pochodzi z randomizowanego badania typu otwartego, obejmującego > 9000 chorych z COVID-19, hospitalizowanych w Wielkiej Brytanii, w którym wykazano, że deksametazon w małej dawce redukował 28-dniową śmiertelność (21,6 vs 24,6%). Po przeanalizowaniu wyników w podgrupach, względny spadek śmiertelności był większy u pacjentów wymagających inwazyjnej wentylacji mechanicznej. Korzyści nie odnosili natomiast chorzy, którzy nie wymagali tlenoterapii. Dane na temat remdesiwiru są różne. W sponsorowanym przez WHO, niepublikowanym, przeprowadzonym w wielu krajach badaniu SOLIDARITY, obejmującym > 5000 pacjentów, nie wykazano, by remdesivir redukował 28-dniową śmiertelność, chociaż zastrzega się, że do wyciągnięcia ostatecznych wniosków potrzeba dodatkowych danych. W innym prowadzonym w wielu ośrodkach badaniu z udziałem > 1000 hospitalizowanych z powodu COVID-19 zastosowanie remdesiwiru skróciło czas powrotu do sprawności, ale nie redukowało śmiertelności u pacjentów wymagających tlenoterapii z niskimi przepływami. Dane, którymi dysponujemy nie pozwalają na sformułowanie wskazań optymalnego zastosowania deksametazonu i remdesiwiru. Obecnie rekomenduje się włączenie jednego lub obydwu wspomnianych leków w oparciu o indywidualne potrzeby związane z tlenoterapią lub wentylacją mechaniczną.

JAMA. 2020;324(13):1330, BMJ. 2020;370:m2980

## Leczenie drugiego rzutu u chorych na cukrzycę typu 2

U chorych na cukrzycę typu 2, którzy nie odpowiedzieli na leczenie metforminą można zastosować razem z metforminą leki z wielu różnych grup. Metaanaliza 296 badań, w których analizowano skuteczność terapii złożonych z zastosowaniem metforminy wykazała, że największą redukcję hemoglobiny glikowanej osiągnięto w przypadku dołączenia do metforminy agonistów GLP-1 (semaglutyd, dulaglutyd, liraglutyd), mieszanek insulinowych, insuliny podawanej metodą badasal-bolus, insuliny bazowej oraz insuliny podawanej doposażkowo. W przypadku pacjentów z niskim ryzykiem sercowo-naczyniowym, wszystkie terapie okazały się podobnie skuteczne w stosunku do placebo w odniesieniu do powikłań naczyniowych. U pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym doustny semaglutyd, liraglutyd oraz inhibitor SGLT2 empagliflozyna redukowały śmiertelność ogólną i sercowo-naczyniową w porównaniu z placebo. Wybór metody leczenia powinien być zindywidualizowany i uwzględniać choroby towarzyszące (choroba sercowo-naczyniowa, przewlekła choroba nerek, ryzyko hipoglikemii, potrzeba redukcji masy ciała), preferencje pacjentów oraz koszty.

Ann Intern Med. 2020;173(4):278

## Znaczenie kontroli rytmu w migotaniu przedsionków

Wśród pacjentów z migotaniem przedsionków (AF) nie udowodniono wcześniej przewagi w zakresie przeżycia kontroli rytmu nad kontrolą częstości rytmu. W badaniu EAST-AFNET 4 losowo przydzielono prawie 2800 pacjentów z wczesnym AF (definiowanym jako zdiagnozowane  $\leq 12$  miesięcy przed włączeniem do badania) i wysokim ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych do grupy z kontrolą rytmu (lekami antyarytmicznymi lub ablacją) oraz do grupy, w której celem leczenia była kontrola częstości rytmu. Wysokie ryzyko definiowano jako wystąpienie jednego z czynników takich jak wiek  $> 75$  lat, udar mózgu lub TIA w wywiadzie lub 2 czynników z następujących: wiek  $> 65$  lat, płeć żeńska, niewydolność serca, nadciśnienie, przewlekła choroba nerek lub przerost lewej komory. Po trwającej średnio 5,1 lat obserwacji stwierdzono, że w grupie, w której celem leczenia była kontrola rytmu stwierdzono niższe ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych (1,0 vs 1,3%) oraz udaru mózgu (0,6 vs 0,9%) w porównaniu z grupą ukierunkowaną na kontrolę częstości rytmu. W oparciu o przedstawione dane obecnie u chorych z wczesnym AF i wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym zaleca się leczenie, którego celem jest kontrola rytmu. Wcześniej preferowaną metodą była kontrola częstości rytmu, szczególnie u chorych starszych ze słabo wyrażonymi objawami.

N Engl J Med. 2020;383(14):1305

## Ertugliflozyna a powikłania sercowo-naczyniowe cukrzycy typu 2

U pacjentów z potwierdzoną chorobą sercowo-naczyniową lub chorobą nerek, inhibitory kotransportera sodowo-glukozowego 2 (SGLT2) mają udokumentowane korzyści w zakresie powikłań sercowo-nerkowych. W badaniu z zastosowaniem placebo obejmującym ponad 8000 chorych na cukrzycę typu 2 (średnie stężenie HbA1C 8,2%) i chorobą sercowo-naczyniową, ertugliflozyna redukowała ryzyko zgonu z powodu wystąpienia złożonego punktu końcowego. Ryzyko wystąpienia niezakończonych śmiercią zawału serca lub udaru mózgu było natomiast podobne w obydwu grupach pacjentów. Podobnie jak w przypadku innych leków z grupy inhibitorów SGLT-2 zastosowanie ertugliflozyny zmniejszało częstość hospitalizacji z powodu niewydolności serca oraz powikłania nerkowe. Zaprezentowane dane potwierdzają korzyści z zastosowania inhibitorów SGLT2 u pacjentów z cukrzycą, u których dominującą chorobą współistniejącą jest niewydolność serca lub przewlekła choroba nerek z albuminurią, a nie choroba sercowo-naczyniowa na podłożu miażdżycy.

N Engl J Med. 2020;383(15):1425

## Osocze ozdrowieńców w leczeniu COVID-19

Osocze ozdrowieńców zapewnia odporność bierną, dostarczając przeciwciał i być może również innych mediatorów zapalenia, ukierunkowanych przeciwko patogenowi. Zastosowanie osocza ozdrowieńców w leczeniu COVID-19 może u części chorych okazać się korzystne. Dwa badania randomizowane i kilka obserwacyjnych wykazało, że osocze zawierające wysokie stężenia przeciwciał anty-SARS-CoV-2 redukuje śmiertelność u hospitalizowanych, jeśli zostało podane na wczesnym etapie leczenia. W sierpniu 2020 FDA oficjalnie zaaprobowała zastosowanie osocza ozdrowieńców w leczeniu COVID-19 poza badaniami klinicznymi. Osocze pobiera się nie wcześniej niż po dwóch tygodniach od pełnego wyzdrowienia. Nie jest dokładnie znany okres, w którym przeciwciała znajdują się w osoczu ozdrowieńca w wysokich mianach. Na podstawie badania opublikowanego w bieżącym roku na łamach NEJM zakłada się, że u wielu osób okres ten wynosi przynajmniej 4 miesiące. Dane z badań naukowych wskazują, że podanie osocza ozdrowieńców przynosi korzyści, jeśli miano przeciwciał w osoczu jest wysokie, a leczenie zostało wdrożone w czasie nie dłuższym niż 3 dni od rozpoznania lub (co wykazano w innym badaniu) 8 dni od pojawienia się objawów. Nie ma dowodów na skuteczność późno podanego osocza ozdrowieńców. Wynika to przynajmniej z dwóch przesłanek. Po pierwsze po 8-10 dniach od początku zakażenia organizm chorego zaczyna odpowiadać samodzielnie wytwarzając przeciwciała. Po drugie, jeśli choroba postępuje, wynika to nie tyle z braku odpowiedniej ilości przeciwciał, co z obecności innych mediatorów zapalenia. Podanie osocza ozdrowieńców więcej niż raz podczas choroby rezerwuje się dla wybranych przypadków.

JAMA. 2020;324(5):460, N Engl J Med. 2020;383(18):1724



# Lekarz Danuta Jędrzejczyk

Urodziła się 3 listopada 1932 r. w Lipach w powiecie Kościerzyna. Dziadkowie posiadali 50-hektarowe gospodarstwo. Ojciec Danusi, Józef, był nauczycielem, prowadził zajęcia w miejscowej szkole. Urodził się w 1905 r. na statku „Batory” w drodze powrotnej rodziny ze Stanów Zjednoczonych (wyjazd zarobkowy). Matka Leokadia prowadziła gospodarstwo domowe. Pochodziła z rodziny Patkowskich, którzy imigrowali do Lip z Drążgowa k. Lublina. Urodziła troje dzieci – Danutę, Henię i Józinkę. Żyli dostatnio i szczęśliwie aż do wybuchu II Wojny Światowej. Ojca wcielono do wojska, w bitwie pod Kockiem został ranny i wzięto go do niewoli. W czasie wojny przebywał w obozie jenieckim w Sandbostel, aż do wyzwolenia obozu przez armię amerykańską. Wrócił do Polski w 1946 r.

Rodzinę Danusi Niemcy wysiedlili z Lip. Wsadzili całą rodzinę do wagonów towarowych i w opłakanych warunkach wieźli w nieznanym kierunku. Danusia miała 7 lat, siostra Henia 5 lat, brat Józinek rok. Tragiczna podróż na wschód trwała kilka tygodni. Wylądowali w małej miejscowości blisko Brześcia nad Bugiem. Przygarnęła ich biedna rodzina polska. W tym czasie zmarł niestety brat. Odnalazła ich rodzina z Drążgowa i przewiozła do Lublina. Tam przedsięwzięta matka z siostrami otworzyła restaurację, którą prowadziły do końca wojny. W 1945 r. siostry przeniosły się do Kętrzyna. Ojciec wrócił z Niemiec. W miejscowości tej Danusia zdała maturę, w 1952 r. dostała się na studia w Akademii Medycznej w Białymstoku. Tam poznaliśmy się. Byliśmy studentami naj-

młodszej Akademii Medycznej w Polsce, otwartej w 1950 r. Nasz rok był trzecim z kolei. Mieszkaliśmy w wieloosobowych pokojach w Pałacu Branickich. Ponad połowa studentów była spoza Białegostoku. Większość, w tym także Danusia, planowała przenieść się po pierwszym roku na inne uczelnie. Jednak atmosfera stworzona przez młodą kadrę naukową, a także zawarte przyjaźnie, zmieniły nasze nastawienie. W Białymstoku pozostaliśmy do końca studiów. Już na pierwszym roku zwróciłem uwagę na piękną dziewczynę. Kontakt ułatwiały częste imprezy taneczne i sportowe. Spędzaliśmy ze sobą coraz więcej czasu. Przyjaźń przerodziła się wkrótce w coś więcej... Studia w nowej uczelni były dla nas atrakcyjne, ale nie żyliśmy tylko nimi samymi. Po drugim roku wybraliśmy się na spływ kajakowy Czarną Hańczą, Kanałem Augustowskim, Biebrzą i Narwią. Tam bardzo się do siebie zbliżyliśmy. Notabene, Danusia zwracała na siebie uwagę urodą, liczni koledzy zabiegali o jej względy, ale ja zwyciężyłem. Proponowano nam pozostanie w Białymstoku, niestety nie mogliśmy sobie pozwolić na zakup mieszkania. Przenieśliśmy się do Torunia, gdzie ojciec Danusi był kierownikiem internatu i zamieszkaliśmy razem z rodzicami. Nasz ślub odbył się w Toruniu w 1957 r. Danusia ślubowała razem ze swoją siostrą. Wesele i ślub były swoistym ewenementem, ponieważ spotkały się 3 rodziny. Wesele odbywało się we wcześniej wspomnianym internacie i trwało trzy dni.

Danusia była zatrudniona na oddziale wewnętrznym szpitala na ulicy Batorego, gdzie pracowałem na chirurgii. W 1958 r. urodziła syna Marka, zaraz potem zachorowała na ciężką jamistą gruźlicę płuc. Leczenie było trudne, szczególnie w pierwszym okresie. W uzyskaniu odpowiedniego antybiotyku pomógł jej wuj Patkowski, który mieszkał w Londynie. Po powrocie do pracy, uzyskała propozycję przeniesienia się do renomo-

wanej przychodni kolejowej w Toruniu. Była tam naczelnym lekarzem aż do emerytury. W 1969 r. urodziła się córka Ania. Syn w tym czasie ukończył studia na Akademii Medycznej w Poznaniu, a Ania 10 lat później stomatologię na tej samej uczelni.

Wspólnie przeżyliśmy niesamowitą tragedię – w 1994 r. zginął tragicznie nasz syn Marek. Pozostawił żonę Anię z córką Kasią. Ania – córka – wyszła za mąż za Gwidona Lewandowskiego, urodziła Jakuba i Agatkę. Kasia ukończyła studia na Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu, wspólnie z mężem Filipem mają dwóch synów – naszych prawnuków. Danusia uwielbiała najmłodszych członków rodziny.

Wolny czas, szczególnie w okresie letnim, spędzaliśmy w naszej letniej rezydencji w Dzikowie, gdzie Danusia uwielbiała gromadzić wszystkich członków rodziny, szczególnie przy okazji uroczystości urodzinowych, imieninowych i innych. Należy zaznaczyć, że była niezmiernie oddana rodzinie. Utrzymywała kontakty nie tylko z najbliższymi, ale także z dalszymi członkami rodu. Cieszyła się zawsze z sukcesów męża i dzieci.

W ostatnim okresie zdrowie Danusi nie dopisywało. Zaczęło się od złamania szyjki kości udowej. Wystąpiły pooperacyjne powikłania, z których ledwo udało się ją wyprowadzić. Cieszyła się w postępach w rehabilitacji psychofizycznej. Starała się być aktywną żoną i matką. Jej odejście, 21 września 2020 r. było dla nas wszystkich wielkim szokiem. Odeszła od nas wspaniała Danusia, uwielbiana przez męża, dzieci, wnuków i prawnuków.

Jak wspominałem, po ukończeniu studiów w 1958 r. i odbyciu stażu, Danusia została zatrudniona w oddziale wewnętrznym szpitala miejskiego im. M Kopernika przy ulicy Batorego. Szefem był znany lekarz, Leon Kąkolewski. Pracowała bardzo intensywnie, często dyżurowała,



samodzielnie opiekując się dwoma oddziałami chorób wewnętrznych, a także przyjmowała i konsultowała pacjentów w izbie przyjęć. Pełniła funkcję lekarza zakładowego. Nie skończyła specjalizacji. Została wyrotowana ze szpitala, ponieważ lekarz miejski postanowił pracować na jej miejscu. Przeniosła się do przychodni kolejowej. Tam zakończyła specjalizację w tym zakresie.

W międzyczasie brała czynny udział w moich pracach naukowych, co zostało uwzględnione w piśmiennictwie. Prof. K. Dębicki z Akademii Medycznej w Gdańsku zaproponował mi rozpracowanie zagadnienia na temat określenia poziomu cholesterolu we krwi po różnych sposobach operacji żołądka. Przypuszczał, że wyłączenie fizjologicznej drogi pokarmowej wpłynie na zmniejszenie poziomu cholesterolu. Porównałem więc dwa sposoby operacji Billroth 2 (pominięcie dwunastnicy) z Rydyger-Billroth 1 (gdzie pokarm przechodził

był wykonany na badaniu kontrolnym ok. 800 operowanych chorych. W czasie badań, żona stwierdziła w EKG, że u chorych z wyłączeniem dwunastnicy występują patologiczne zmiany w przewodnictwie przedsionkowo-komorowym w postaci wydłużenia załamka PQ. Okazało się, że jest to wynik obniżenia poziomu wapnia we krwi. Takie konsultacje mojej żony, jako internistki, były wielokrotnie bardzo korzystne. Zmieniały sposób mojego myślenia i czasem, w wyniku dyskusji, modyfikowałem metody badawcze.

W czasie naszej ponad 60-letniej pracy w Toruniu, mieliśmy wiele propozycji zmiany miejsca pracy, na przykład z Bydgoszczy, Warszawy, Lublina, Szczecina a także z Niemiec, Londynu i USA. Moja żona, zadowolona w Toruniu, mając tu liczną rodzinę, zwykle negowała zmianę miejsca pracy. Najbardziej atrakcyjną propozycją wysłała ze strony jej wuja Stanisława Patkowskiego, na stałe za-

(1984-1987). Przyjechała z córką Anią, w okresie wakacyjnym. Dyrektor szpitala dowiedział się o tym. Zaproponował Danusi zatrudnienie – żona odpowiedziała, że nie może się zatrudnić, ponieważ w tym kraju nie ma specjalizacji, którą ona posiada. Oburzony Arab powiedział: „U nas są wszystkie specjalizacje!”, na co żona: „A kolejowa? Przecież nie macie w waszym kraju kolei.” Z uśmiechem przyznał rację.

W 1992 r. przeszła na emeryturę. Pracowała jeszcze przez 2 lata na pół etatu, w swojej przychodni kolejowej. Później nie uprawiała już zawodu lekarza, a porady lekarskie ograniczyła do rodziny. Z wiekiem chorób przybywało, punktem kulminacyjnym było złamanie szyjki udowej i związane z tym powikłania krążeniowo-oddechowe i nerkowe. Marzyła, by swoimi chorobami nie sprawiać problemów rodzinie. I stało się – zmarła nagle w czasie snu.

**Waldemar Jędrzejczyk**



przez dwunastnicę). Na podstawie kilkuset kontrolowanych chorych, stwierdzono, że jego poziom nie uległ zmianie, ponieważ cholesterol wytwarzany jest również endogennie<sup>1</sup>.

W czasie mojego naukowego pobytu w Rzymie (1976 r.) zapoznałem się z metodą Grassiego oznaczania poziomu pH błony śluzowej żołądka w czasie wykonywania wagotomii (doszczętność). Po powrocie postanowiłem z żoną i prof. J. Tomaszewskim (chemik – UMK) przystosować polski sprzęt do tej procedury. Po wielu próbach udało się skonstruować sondę, która pokazywała, czy przecięcie nerwów było doszczętne<sup>2,4</sup>.

Moje prace dotyczące zaburzeń u chorych po różnych sposobach resekcji żołądka (dumping syndrome) zosta-

mieszkałego w USA. W czasie naszego pobytu (1980 r.) zaproponował, byśmy tam pozostali. Gwarantował mieszkanie, zatrudnienie mnie w klinice uniwersyteckiej z roczną pensją 100 000 dolarów. Żona też miała zagwarantowaną pracę, syn Marek kontynuację studiów medycznych, a córka Ania szkołę. Nie skorzystaliśmy z tej propozycji.

Ciekawą propozycję otrzymaliśmy od kolegi lekarza, który pracował w Niemczech. Mieliśmy od niego zaproszenie i wstąpiliśmy do niego w czasie naszego wyjazdu do Francji. Oferował nam zatrudnienie w klinice uniwersyteckiej i mieszkanie. Stwierdziliśmy, że byłaby to ucieczka z Polski i odmówiliśmy.

Ciekawa była wizyta mojej żony podczas mojego kontraktu w Libii

#### Piśmiennictwo:

1. „Poziom cholesterolu w surowicy krwi po różnych sposobach operacji żołądka”, W. Jędrzejczyk, D. Jędrzejczyk, Pol. Przegl. Chir. 1974 T. 46 nr 6 s. 769-772
2. „Przystosowanie polskiego sprzętu do śródoperacyjnego mierzenia pH błony śluzowej żołądka”, W. Jędrzejczyk, J. Tomaszewski, M. Buczkowski, R. Peterlejtner, J. Kruszyński, T. Filipak, A. Morawski, D. Jędrzejczyk, J. Grzeszkiewicz, Pol. Tyg. Lek. 1977 R.32 nr 38 s. 1457-1459
3. „Przypadek gruczolistości jelita krętego”, W. Jędrzejczyk, A. Chojnacki, M. Janowski, D. Jędrzejczyk, Pol. Tyg. Lek. 1979 R.34 nr 13 s. 505-506
4. „Ocena doszczętności wysoce wybiórczej wagotomii w oparciu o test Grassiego”, W. Jędrzejczyk, L. Kita, M. Chudański, Z. Michniewicz, D. Jędrzejczyk, Pol. Przegl. Chir. 1984 T. 56 nr 8 s. 890-894

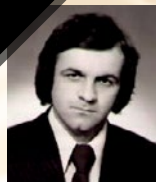


Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w dniu 17 września 2020 r.  
zmarła Pani Doktor

**Marta  
Jędraszek-Habasińska**

94 lata

Absolwentka rocznika 1953 Akademii Medycznej w Poznaniu.  
Emerytowana lekarz dentysta z Torunia.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w dniu 28 września 2020 r.  
zmarł Pan Doktor

**Tadeusz Czumiel**

68 lat

Absolwent rocznika 1977 Akademii Medycznej w Gdańsku.  
Lekarz urolog z Grudziądza. Wieloletni Ordynator Oddziału Urologii  
w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Wł. Biegańskiego  
w Grudziądzu.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w dniu 27 września 2020 r.  
zmarła Pani Doktor

**Zygmunt Siedlecki.**

73 lata

Absolwent rocznika 1971 Akademii Medycznej w Łodzi.  
Specjalista fizjoterapii i balneologii, reumatologii i organizacji  
ochrony zdrowia. Ostatnio zatrudniony w Sanatorium  
MSWiA ORION w Ciechocinku.

Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w dniu 28 września 2020 r. zmarł

**Pan dr Tadeusz Czumiel.**

Wieloletni Ordynator Oddziału  
Urologii w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym  
im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu.



Rodzinie Pana Doktora  
wyrazy głębokiego współczucia składa,  
w imieniu lekarzy i lekarzy dentystów Delegatury  
Izby Lekarskiej w Grudziądzu

Jan Kosior, Przewodniczący Delegatury.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w dniu 21 października 2020 r.  
zmarła Pani Doktor

**Kazimiera Mielcarska**

66 lat

Absolwentka rocznika 1983 Akademii Medycznej w Gdańsku.  
Specjalistka położnictwa i ginekologii. Zawodowo związana  
z Regionalnym Szpitalem Specjalistycznym  
im. dra W. Biegańskiego w Grudziądzu.

Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w dniu 21 października 2020 r.  
zmarła nasza serdeczna koleżanka,

**Pani Dr Kazimiera Mielcarska,**

specjalistka położnictwa i ginekologii.



Łączymy się w bólu z Rodziną Zmarłej  
– zespół anestezjologów  
Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w dniu 28 października 2020 r.  
zmarła Pani Doktor

**Aurelia Makarewicz**

83 lata

Absolwentka rocznika 1960 Akademii Medycznej w Poznaniu.  
Emerytowana lekarz stomatolog z Włocławka.  
Zawodowo związana z NZOZ „Pro-Med” w Kłótnie.

Pani Doktor **Helenie Wrzecionkowskiej**  
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

**MĘŻA**

składa Personel Poradni Laryngologicznej  
Samodzielnego Publicznego Zespołu  
Przychodni Specjalistycznych we Włocławku.



Państwu  
Doktor **Ewie Obremskiej-Zaleskiej**  
i Doktorowi **Jerzemu Zaleskiemu**  
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

**MATKI I TEŚCIOWEJ**

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa  
Izba Lekarska w Toruniu.

Pani dr **Elżbiecie Moczyńskiej**  
i Panu dr **Piotrowi Moczyńskiemu**  
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

**OJCA**

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa  
Izba Lekarska w Toruniu.

Pani Doktor **Helenie Wrzecionkowskiej**  
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

**MĘŻA**

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa  
Izba Lekarska w Toruniu.

Panu Dr. n. med. **Zygmuntowi Siedleckiemu**  
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

**OJCA**

składa Dyrekcja oraz Personel Oddziału Neurochirurgii  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku.

Panu Doktorowi **Mirosławowi Makarewiczowi**  
i Pani Doktor **Joannie Jałoszyńskiej**  
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

**ŻONY I MATKI**

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa  
Izba Lekarska w Toruniu.

Dr **Marzenie Maryniak-Wiśniewskiej**  
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

**MATKI**

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w dniu 1 listopada 2020 r.  
zmarł Pan Doktor

**Jacek Borkowski**

79 lat

Absolwent rocznika 1968 Akademii Medycznej w Gdańsku.  
Specjalista chirurgii urazowo-ortopedycznej. Zawodowo związany  
ze Specjalistycznym Szpitalem Miejskim oraz Miejską  
Przychodnią Specjalistyczną w Toruniu



Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w dniu 8 listopada 2020 r.  
zmarł Pan Doktor

**Krzysztof Szczepański**

66 lat

Absolwent rocznika 1979 Akademii Medycznej w Gdańsku.  
Lekarz chirurgii ogólnej i specjalista chirurgii onkologicznej. Długoletni  
pracownik Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej  
we Włocławku oraz wieloletni Dyrektor i Wicedyrektor Wojewódzkiego  
Szpitala Specjalistycznego we Włocławku. Delegat na Okręgowe  
Zjazdy Lekarzy I, III i VIII kadencji oraz Zastępca Okręgowego  
Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej III i VIII kadencji.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w dniu 29 września 2020 r.  
zmarła Pani Doktor

**Dorota Dzikowska**

80 lat

Absolwentka rocznika 1967 Akademii Medycznej w Gdańsku.  
Emerytowana specjalistka chorób wewnętrznych i endokrynologii  
z Włocławka.

Dr **Marzenie Maryniak-Wiśniewskiej**  
Koordynator Oddziału Klinicznego VII Psychiatrii Wieku  
Podeszłego WSzZ w Toruniu najszczerze  
wyrazy współczucia z powodu śmierci

**MAMY**

składa cały zespół Oddziału VII.





[www.NaszLekarz.pl](http://www.NaszLekarz.pl)



Klinika Terapii Innowacyjnych

Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne od 20 lat prowadzi leczenie biologiczne chorób m.in. reumatologicznych, dermatologicznych, gastroenterologicznych, pulmonologicznych oraz hematologicznych i onkologicznych.

**Z przyjemnością informujemy, o otwarciu Kliniki Terapii Innowacyjnych, w której Pacjenci będą mogli skorzystać z leczenia biologicznego i innowacyjnego w ramach oferty komercyjnej.**

## Zapraszamy zainteresowanych współpracą lekarzy

Skontaktuj się z nami, zaproponuj dogodny termin spotkania, a my przedstawimy Ci możliwość indywidualnego prowadzenia chorych w ramach nowoczesnych terapii.



Toruń



Bydgoszcz

### Oferujemy leczenie biologiczne w chorobach takich jak:

- RZS - Reumatoidalne zapalenie stawów
- SpA - Spondyloartritis zapalny
  - ŁZS – Łuszczycowe zapalenie stawów
  - ZZSK – Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
  - Axial SpA – spondyloartritis osiowa
- Osteoporoza
- Łuszczyca skóry

#### Terapie lekami biologicznymi:

- certolizumab (Cimzia), etanercept (Enbrel, Erelzi), adalimumab (Humira, Hyrimoz), rituximab (Mabthera), denosumab (Prolia), infliximab (Remsima), tocilizumab (Roactemra), golimumab (Simponi)

#### Terapie lekami innowacyjnymi:

- baricitinib (Olumiant), tofacitinib (Xeljanz), upadacitinib (Rinvoq)

### Klinika Terapii Innowacyjnych

ul. Batorego 18-22  
87-100 Toruń

☎ 56 300 42 44

Oddział w Bydgoszczy  
ul. Chodkiewicza 19c  
85-065 Bydgoszcz

☎ 52 340 14 14

Prof. dr hab. n. med. Sławomir Jeka  
Dyrektor Kliniki Terapii Innowacyjnych

**Zapraszam do współpracy**



✉ [terapiainnowacyjne@naszlekarz.pl](mailto:terapiainnowacyjne@naszlekarz.pl)

🌐 <https://naszlekarz.pl/klinika-terapii-innowacyjnych/>