W numerze m.in.:

O polityce w zdrowiu z dr. M. Zabdyr-Jamrozem rozmawia S. Ciepły (4)

Nie czas na rozliczenia – mówi w wywiadzie dla „GGL" dr W. Serednicki, pełnomocnik Wojewody Małopolskiego ds. intensywnej terapii (9)

Teleporada – za i przeciw – relacja z debaty (13)

Jak w pandemii zachować równowagę – wyznań lekarzy z pierwszej linii walki i porad ekspertów wysłuchała K. Domin (15)

Jak bezpiecznie leczyć tramadolem – radzą dr hab. J. Woroń i prof. R. Korbut (21)

Do Muzeum Historii Medycyny UJ CM zaprasza prof. R. W. Gryglewski (22)

Pandemia nie zwalnia z ochrony danych osobowych – przypomina D. Dziubina (27)

E-skierowania – poradnik cz. 2 (31)

Zaproszenia do lektury i teatru online (37-40)

O historii Bożego Narodzenia i świątecznych zwyczajach – opowiada B. Kaczkowska (41)

Pożegnanie – lek. stom. Marian Fedorowicz (46)

Nasza okładka

Anioł na krakowskim Rynku
Fot. Katarzyna Domin

Komu by tu pokazać palec...

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kuriozalny pomysł posłanki Joanny Lichockiej, znanej dotąd z pokazywania środkowego palca w Sejmie, opublikowany na łamach dziennika „Fakt", a postulujący „zwrot polskich lekarzy" zatrudnionych w Niemczech, także i tym razem odbił się szerokim echem. Posłanka, jakby w odpowiedzi na przyjazny gest prezydenta Niemiec Franza Waltera Steinmeiera o gotowości pomocy Polsce w zwalczaniu pandemii, uciekła się do takiej właśnie oferty.

Nie ma strony, której by tym zamysłem nie obraziła. Choćby lekarze polscy w Wielkiej Brytanii – mogą się czuć urażeni tym, że się o nich nie upomniała... Przede wszystkim obrażony został prezydent Niemiec, za gest dobrej woli przyjścia Polsce z pomocą. Nade wszystko zaś obrażeni zostali polscy lekarze pracujący w Niemczech z własnej woli, na zawartych w ramach prawa międzynarodowego kontraktach, niestanowiący żadnej „masy wysyłkowej", której zwrotu Polska mogłaby się domagać.

I właśnie oni, w oficjalnej formie listu przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Medycznego w Niemczech (Polnische Medizinische Gesellschaft c.V.) dr. Bogdana Miłka, zabrali głos, kierując pismo do prezesa partii Prawo i Sprawiedliwość Jarosława Kaczyńskiego. Odpis listu trafił do moich rąk, jako prezesa Izby w Krakowie. Trafił, bo doktor Miłek był w latach 80. podczas strajku okupacyjnego środowisk studenckich przewodniczącym Rady Uczelnianej SZSP, współdziałając w Komitecie Strajkowym m.in. z Andrzejem Rysiem, Tomaszem Grodzickim czy stojącym na czele strajku Bogdanem Klichem.

Czemu Towarzystwo zabiera głos? Bo pamięta, że za pośrednictwem Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych pod kierownictwem prof. Marka Rudnickiego zawsze służyło pomocą polskim lekarzom szukającym za granicą lepszych warunków płacowych i edukacyjnych niż w kraju, gdzie zarobki lekarzy przez wiele lat były wręcz żenujące. Nieporównywalnie gorsze są warunki szkolenia specjalizacyjnego, a także organizacja pracy i atmosfera, w ramach której lekarze „ratując z pełnym poświęceniem zdrowie i życie pacjentów", mogą być z tego powodu „prześladowani, szykanowani czy straszeni prokuratorem".

Doktor Miłek pisze, że nawet 98 proc. polskich lekarzy emigrantów wolałoby, aby Polska stała się krajem, z którego nikt (z ww. przyczyn) nie emigruje.

Dowodów na słuszność oceny atmosfery panującej w Polsce dostarcza każdy dzień. Leży właśnie przede mną list informujący, że w sprawie toczącej się od 2016 roku przeciw lekarce z Nowego Sącza, ukaranej przez Sąd Rejonowy, dopiero teraz doszło do uniewinnienia przez Sąd Okręgowy. Wyrok I instancji zapadł na podstawie jednej zaledwie niekorzystnej opinii biegłych, przy wielu innych opiniach wykluczających błąd i orzeczeniu niewinności przez sąd lekarski. Ale taki właśnie klimat otacza lekarzy w Polsce.

List Polskiego Towarzystwa Medycznego w Niemczech dotyczy bardzo ważnej kwestii losu Polaków pracujących za granicą. Według danych NIL w latach 2004-2019 wyjechało z Polski ok. 15 tys. lekarzy. Teraz Naczelna Rada Lekarska ubolewa, że w Polsce kształci się kilka tysięcy lekarzy w języku angielskim, którzy

zapewne po studiach w Polsce także wyjadą. Z tego powodu jednak bym nie dramatyzował. To będą nasi ambasadorowie, zresztą płacą za te studia, generalnie przecież niedofinansowane przez państwo. Natomiast wysuwanie żądań „zwrotu lekarzy" z jakiegokolwiek kraju uważam za uwłaczające godności obywatelskiej. To nie towar...

Cóż... Postarajmy się o choć chwilę spokoju. Na parę dni przed świętami Bożego Narodzenia i Nowym Rokiem przyjmijcie Państwo od Okręgowej Rady Lekarskiej życzenia pogodnego oczekiwania na bliską już szczepionkę i powrót do normalności, za którą tak bardzo jesteśmy stęsknieni. Może wreszcie będziemy mogli zaprosić Państwa do odnowionej siedziby Izby, która bez Państwa obecności traci cały urok.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Robert Stępień

W skrócie

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 26 listopada 2020

E-dokumentacja w pilotażu

Od stycznia zaczną obowiązywać w polskim systemie ochrony zdrowia e-skierowania i mimo pandemii trwają prace nad wdrożeniem kolejnego elementu. 16 listopada w woj. lubelskim zarejestrowano pierwsze zdarzenie medyczne oraz zaindeksowano pierwszą elektroniczną dokumentację medyczną w systemie e-zdrowia (P1).

Pierwsze e-zdarzenie medyczne wraz z indeksem EDM zostało zarejestrowane w przychodni POZ, w ramach pilotażu. Zaplanowany w czterech województwach, w tym w Małopolsce, pilotaż EDM rozpoczął się w sierpniu br. i potrwa do kwietnia 2021. Do udziału w nim zakwalifikowały się 43 różne placówki – szpitale, poradnie POZ i AOS.

Szpital św. Rafała na sprzedaż

Sieć Scanmed, posiadająca m.in. Szpital św. Rafała w Krakowie (w sumie 41 placówek medycznych w 23 polskich miastach), została wystawiona na sprzedaż przez je właściciela grupę Life Healthcare z RPA, która postanowiła wycofać się z polskiego rynku usług medycznych.

Fundusz z RPA uzasadnił swoją decyzję m.in. zbytnią zależnością dochodów Scanmedu od kontraktów z NFZ, w których wyceny procedur zmieniane są dowolnie. Przykładem tego było obniżenie wycen świadczeń kardiologicznych, wkrótce po zainwestowaniu w nowe urządzenia oddziału kardiologicznego. Sieć po prostu przynosi straty. Jak poinformowała „Gazeta Wyborcza", są chętni na jej nabycie (po obniżeniu pierwotnej wartości księgowej firmy).

Tysiące pacjentów skorzystały z osocza

Prof. Piotr Radziwon, konsultant krajowy w dziedzinie transfuzjologii klinicznej, poinformował PAP, że do drugiej połowy listopada około 8 tys. polskich pacjentów skorzystało z terapii osoczem w leczeniu COVID-19. Z szacunkowych danych wynika, iż mimo ogromnych trudności logistycznych ozdrowieńcy dokonali 5,2 tys. donacji osocza, w trakcie których pobrano ponad 9,5 tys. jego jednostek.

Zgodnie z obietnicami, by usprawnić pobieranie osocza, terenowe oddziały stacji krwiodawstwa mają wkrótce zostać doposażone w tzw. separatory do oddzielania osocza w trakcie oddawania krwi. Brak takiego sprzętu w stacji oznacza, iż ozdrowieńcy, by pomóc chorym, musieli niejednokrotnie pokonać wiele kilometrów, szukając stacji przygotowanej do tej procedury.

Ministerstwo Finansów poinformowało, iż ozdrowieńcy, którzy przeszli COVID-19 i honorowo oddają osocze, mogą, tak jak krwiodawcy, odpisać specjalną ulgę w PIT – odliczyć sobie darowiznę na cele krwiodawstwa. Wynosi ona 130 zł za 1 litr oddanej krwi czy osocza.

W obronie wyboru

W chwili, gdy to piszemy, od ponad miesiąca trwają protesty przeciwko wyrokowi Trybunału Konstytucyjnego z 22.10. br. w sprawie dopuszczalności aborcji w Polsce. W obronie prawa wyboru codziennie na ulicach manifestują tysiące kobiet, publikowane są kolejne stanowiska i apele w tej sprawie. Praktycznie całkowity zakaz aborcji potępiły m.in. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników oraz Polskie Towarzystwo Pediatryczne, środowisko akademickie, w tym Kolegium Rektorskie UJ, Prezes PAN, Prezydium NRL. 26.11. także Parlament Europejski przyjął rezolucję potępiającą wyrok polskiego TK w sprawie aborcji, podkreślając, iż zakaz jedynie spycha ją do podziemia.

Kraków bez antyaborcyjnych billboardów

Z inicjatywy grupy mieszkańców, kilku organizacji pozarządowych i Partii Razem krakowscy radni przyjęli uchwałę zakazującą ekspozycji w mieście billboardów czy plakatów zawierających drastyczne treści (np. billboardów antyaborcyjnych, pokazujących rozerwane płody). Przedstawiciele PiS złożyli *votum separatum* od tej decyzji. Część radnych jest jednak przekonana, że uchwała zostanie uchylona przez wojewodę. Jeśli tak się stanie, Rada Miasta Krakowa będzie mogła skierować sprawę do sądu, aby ten ocenił zgodność uchwały z przepisami.

Nagrody Polskiej Akademii Nauk

Wydziały Polskiej Akademii Nauk przyznały swoje doroczne nagrody naukowe. Nagrodę im. Jędrzeja Śniadeckiego, przyznawaną przez Wydział Nauk Medycznych PAN, otrzymał zespół w składzie: prof. Tomasz Guzik, dr hab. Mateusz Siedliński i dr Ryszard Nosalski z Katedry Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi Wydziału Lekarskiego UJ za cykl publikacji pt. „Opisanie nowych mechanizmów stanu zapalnego w nadciśnieniu tętniczym i określenie ich znaczenia dla ludzi za pomocą narzędzi genetycznych i badania klinicznego". Natomiast tzw. Laury Medyczne PAN im. Doktora Wacława Mayzla, przyznawane młodzieży akademickiej, otrzymały dwie studentki IV roku Wydziału Lekarskiego CM UJ: Karolina Brzegowy oraz Ewa Czestkowska, za publikacje w zagranicznych czasopismach naukowych.

Laureatom serdecznie gratulujemy.

81. rocznica Sonderaktion Krakau

6 listopada br. odbyło się na Uniwersytecie Jagiellońskim okolicznościowe spotkanie zorganizowane w 81. rocznicę Sonderaktion Krakau. Ta bezprecedensowa akcja Gestapo odbiła się szerokim echem w ówczesnej Europie, protestował nawet Mussolini. Aresztowano, a następnie wywieziono do obozu koncentracyjnego 183 polskich uczonych zaproszonych na spotkanie z dowództwem niemieckiego okupanta pod pretekstem ustalania zasad organizacji roku akademickiego.

Dla uczczenia pamięci bestialsko potraktowanych polskich uczonych przemówienie wygłosił rektor UJ prof. Jacek Popiel, a przedstawiciel studentów odczytał Apel Pamięci. W warunkach pandemii uroczystości ograniczono do kameralnego spotkania i złożenia wiązanek kwiatów pod tablicami pamięci i Dębem Wolności.

Plus Ratio Quam Vis dla ks. Adama Bonieckiego

Ksiądz Adam Boniecki, „przewodnik duchowy i autorytet moralny" (jak określił go w laudacji prof. Piotr Sztompka), dołączył do znakomitego grona postaci wyróżnionych złotym medalem Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego „Plus ratio quam vis" („Więcej znaczy rozum niż siła"). Uroczystość wręczenia medalu odbyła się 4 listopada br. w Collegium Novum UJ.

Ksiądz Boniecki, rocznik 1934, ze Zgromadzenia Księży Marianów, dziennikarz i publicysta, blisko związany z postacią Jana Pawła II, z jego rekomendacji redaktor edycji polskiej „L'Osservatore Romano" oraz od 1964 r. „Tygodnika Powszechnego" (1999-2014 red. naczelny), osadzony jest w świadomości polskiej inteligencji jako postać niezwykła, uczonego, myśliciela, księdza nieposzlakowanej uczciwości i ogromnej odwagi cywilnej.

Kronika personalna

Dr n. med. Stefan Bednarz, od 16 lat dyrektor ds. lecznictwa Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, ustąpił z tego stanowiska, pozostając nadal w strukturach SU jako szef szpitalnej poradni POZ. (*Rozmowa z Doktorem w następnym numerze GGL*)

Nowym dyrektorem ds. lecznictwa w SU został **dr hab. n. med. Marian Krzanowski**, nefrolog, pracownik naukowy i dydaktyczny w Klinice Nefrologii CM UJ.

Płk mgr Ireneusz Makulski został nowym komendantem 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Krakowie. Wcześniej związany był m.in. z Departamentem Wojskowej Służby Zdrowia. Ukończył Wydział Logistyki Wyższej Szkoły Oficerskiej im. S. Czarnieckiego w Poznaniu oraz studia podyplomowe Zarządzanie w ochronie zdrowia na Uniwersytecie Warszawskim i Finanse i rachunkowość na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

OIL pracuje w rygorach sanitarnych. Informacje o możliwości kontaktu – na stronie: www.oilkrakow.pl

Stawanie po stronie nauki jest polityczne

Rozmowa z doktorem politologii Michałem Zabdyr-Jamrozem z Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ, współpracownikiem Europejskiego Obserwatorium Systemów i Polityk Zdrowotnych w Brukseli

Panie Doktorze, do WHO – Światowej Organizacji Zdrowia należą niemal wszystkie państwa świata. Może to naiwne pytanie, ale czy z jej istnienia wynikają jakieś bezpośrednie konsekwencje dla przeciętnego lekarza?

– WHO jest częścią systemu Narodów Zjednoczonych i jako taka tworzy m.in. standardy kształcenia lekarzy. Zatem z istnienia WHO wynikają ogromne konsekwencje dla lekarzy dowolnej specjalności, choćby nie były bezpośrednio dostrzegane. Pod auspicjami WHO dokonują się istotne zwroty w standardach zawodów medycznych czy w organizowaniu systemów zdrowotnych. Przykładowo, Karta Ottawska z 1986 r. (razem z wcześniejszymi dokumentami) przeorientowała m.in. podstawową opiekę zdrowotną zdecydowanie bardziej w stronę promocji zdrowia i profilaktyki.

Karta Ottawska, może powiedzmy coś szerzej...

– Karta Ottawska z 1986 r. powstała pod wpływem koncepcji „pól zdrowia" Marca Lalonda z 1974 r. Według niej czynniki wpływające na zdrowie człowieka dzielą się na cztery grupy o różnej sile oddziaływania. I tu przytacza się szacunki, że opieka zdrowotna wpływa na zdrowie tylko w około 10%. Cechy genetyczne i środowisko – po 20%. Natomiast największy wpływ na zdrowie – aż 50% – ma mieć styl życia. I to jest fantastyczny przykład tego, jak pewne zalecania potrafią być błędnie interpretowane. „Pola zdrowia" są pewnym uproszczonym modelem, który miał podkreślić znaczenie stylu życia, więc i ukierunkowywać działania na promocję zdrowia. Tymczasem okazało się, że stał się on pretekstem do zaniedbywania rozwoju systemów ochrony zdrowia, oszczędzania na nich. Bo przecież styl życia to kwestia indywidualnych wyborów człowieka. No i problem w tym, że to fatalnie chybiona interpretacja, pozwalająca na obarczanie winą za stan zdrowia samych pacjentów. Stąd te postulaty, by podwyższyć składkę zdrowotną dla osób, które np. nie zaszczepiły się na grypę albo nie uczestniczyły w badaniach przesiewowych. Tyle, że jak się temu przyjrzeć, to np. dostępność szczepień i badań zależy od miejsca zamieszkania. Dlatego w 1991 r. powstał nowy model uwarunkowań zdrowia, tzw. tęcza zdrowia Görana Dahlgrena i Margaret Whitehead, który dużo lepiej ukazał, że styl życia jest niejako zanurzony w pozycji społeczno-ekonomicznej, uzależniony jest od sieci kontaktów, od warunków pracy, od infrastruktury, a nawet od regulacji prawnych.

Czy z takich rekomendacji WHO może się brać konflikt polityczny?

– Oj tak! Na pewno komplikacja wiedzy eksperckiej sprzyja temu. Przykładowo, już co najmniej od kilku lat trwa w Polsce zajadła krytyka „Standardów edukacji seksualnej" WHO za to, że „promują permisywizm i uczą tylko antykoncepcji", czy nawet że „seksualizują dzieci i propagują pedofilię". Okazuje się jednak – o czym pisałem już w tekście „3 mity na temat standardów edukacji seksualnej" – że nic z tych zarzutów nie jest prawdą.

W dyktowanej ideologicznym sporem złej wierze bardzo łatwo jest opacznie zrozumieć informację o „dostarczaniu dzieciom wiedzy o pornografii". W wielu miejscach dokumentu krytycznie ocenia się to, że pornografia jest powszechnie dostępna i podkreśla, że wypacza ona ludzką seksualność. Dlatego tak ważne jest, by dzieci rozumiały, czym jest, i krytycznie na nią spoglądały. Ale dla osób nieżyczliwych edukacji seksualnej, to jest pretekst do zakrzyknięcia: „Aha! Nakłaniają dzieci do oglądania pornografii". No i takie kontrowersje są powszechne, niekiedy na tle sprzeczności wizji etycznej. Jakiś czas temu mój student z Filipin opowiadał mi zatrważające historie o tym, jak realizowanie opartych na dowodach naukowych standardów np. w zdrowiu reprodukcyjnym, w niektórych regionach jego kraju jest wystawianiem się na wysokie ryzyko. Problemem są tam motywowane religijnie morderstwa lekarzy. Jemu samemu podsyłano groźby w tym samym czasie, kiedy w pobliskim kościele na mszy modlono się za niego z powodu jego grzechów przeciw Bogu. I w tym kontekście najbardziej frustrował go fakt, że WHO w swoich działaniach stara się ignorować problem woli politycznej rządzących i społeczności lokalnych. Tymczasem apolityczność wiedzy naukowej jest w WHO tradycyjnym dążeniem. Podobnie próbują się sytuować samorządy medyczne czy wyższe uczelnie medyczne. Problem jednak w tym, że we współczesnym świecie – wyraźniej niż w dekadach wcześniejszych – stanowisko pro-naukowe stało się stanowiskiem w sporze politycznym. Kiedy negowanie nauki (np. na temat klimatu czy szczepień) jest w czyimś ekonomicznym czy politycznym interesie, dążenie do apolityczności nauki oznaczałoby ustępowanie kłamstwom.

Czy jest coś, co łączy polityki zdrowotne poszczególnych krajów?

– Owszem, w bardzo wielu wymiarach. Np. w ewolucji krajowych systemów zdrowotnych obserwujemy wyraźną konwergencję – upodabnianie się ich do siebie, mimo startu z innego punktu wyjścia. Tradycyjne modele – takie jak Bismarcka (obowiązek ubezpieczenia w kasach chorych) czy model przypisywany brytyjskiemu ekonomiście Wiliamowi Beveridge'owi (postawienie na narodową służbę zdrowia) – nie występują już w czystej postaci. To rozsądna reakcja na zderzanie się z tymi samymi problemami. Przykładem może tu być pewna decentralizacja zadań w brytyjskim NHS, a z drugiej strony, wprowadzenie Federalnego Funduszu Zdrowia w Niemczech, przy zachowaniu kas chorych. Natomiast w jednym i drugim przypadku do problematycznych trendów zaliczyć należy przesadną koncentrację na „chudym zarządzaniu" i oszczędzaniu na zdrowiu. Doprowadziło to do redukcji liczebności personelu czy ograniczenia zapasów sprzętu, a efekty tej polityki widzimy dziś w postaci choćby permanentnych braków kadrowych i sprzętowych. Zjawisko to w patologicznym wymiarze wystąpiło także w Polsce.

W lakonicznym ujęciu WHO, przy której jeszcze poprzestańmy chwilę, jest strukturą ogarniającą temat zdrowia w skali globalnej. Czy słuszne są zatem zarzuty, że zbyt późno ostrzegła świat przed wirusem z Wuhan? I że preferuje chińską politykę zdrowotną albo faworyzuje koncerny farmaceutyczne?

– Jako badacz polityk publicznych i agencji regulacyjnych mogę powiedzieć, że WHO zachowała się w sposób nieodstający od dobrych standardów tego rodzaju instytucji. Pamiętajmy, że zbyt pochopne wszczęcie alarmu światowego jest ogromnym ryzykiem dla autorytetu takich instytucji, które zawsze wystawione są na krytykę wszystkich stron. Jeśli idzie o przypisywane WHO zależności od międzynarodowych koncernów farmaceutycznych, które łożą ogromne kwoty na badania nowych leków, to gdybyśmy już mieli kogoś oskarżać o uległość wobec Big Pharma, to palec raczej skierowałbym na poszczególne państwa, które czasem bardzo jawnie wykorzystują swoją siłę na arenie międzynarodowej, np. by wymusić na Polsce przyjęcie jakiegoś leku na listę do refundacji.

Panie Doktorze, w wielu krajach występują w polityce zdrowotnej ogromne rozbieżności na tle religijnym bądź etnicznym. Aborcja, leczenie bezpłodności metodą in vitro, różne podejście do obowiązkowych szczepień – to tylko niektóre z nich. Jak politolog z Instytutu Zdrowia Publicznego postrzega te problemy?

– Na każdy z tych tematów potrzebowalibyśmy osobnej rozmowy. Jeśli jednak miałbym odpowiedzieć jakąś ogólną, syntetyczną uwagą, to zaskoczę pana. Różnice w każdej z wymienionych kwestii, nawet w obrębie Europy potrafią być zdumiewające i to kulturowo-etyczne, jak też w odniesieniu do systemu prawnego czy modelu bioetycznego. Przykładowo, Niderlandy – kraj wyraźnie zlaicyzowany, którego system zdrowotny uznawany jest często za najlepszy na świecie, dopuszczają np. zwol-

nienie z obowiązku powszechnego ubezpieczenia z powodów religijnych. Jedna z moich studentek pochodziła z ortodoksyjnie kalwinistycznej rodziny z Fryzji. Wyjaśniała mi, że zasady tego wyznania zaprzeczają możliwości ubezpieczenia się od ryzyka zdrowotnego. Dla jej rodziny wszystko, co się przydarza, jest w bożym planie i jest nieuniknione. I to niejedyny przykład otwartości tamtejszego prawa na takie religijne wyjątki. Kiedy przed dekadą wprowadzano w Holandii zakaz palenia w kawiarniach i pubach, to by go ominąć, natychmiast zawiązał się tam Powszechny Kościół Palaczy. Wszędzie raz na jakiś czas zdarzają się jakieś dramatyczne przypadki, które ujawniają różnice między krajami w podejściu do ludzkiego życia, zdrowia i dobrostanu. Pamiętam dobrze sprawę Alfiego Evansa sprzed ponad dwóch lat, cierpiącego na niebywale rzadką chorobę neurodegeneracyjną. Sąd brytyjski nakazał wówczas, wbrew woli rodziców, odłączenie dziecka od aparatury podtrzymującej go przy życiu. Część polskiej opinii publicznej była w całkowitym szoku. Jednak, gdy zapoznałem się z sądowym uzasadnieniem decyzji, to zauważyłem, jak odmiennie zorientowany był tamten system prawny. Nie koncentrował się na kwestiach praw rodziców i ratowania abstrakcyjnie rozumianego życia, ale przede wszystkim na prawach i godności dziecka jako realnej osoby, a to oznaczało prawo do uniknięcia uporczywie stosowanej terapii pogłębiającej jego cierpienie.

Jako politolog, co by Pan doradzał w kwestii ochrony zdrowia?

– Jako specjalista od organizacji ochrony zdrowia w Polsce mam mnóstwo pomysłów na usprawnienie systemu. Ale myślę, że podstawowa reforma, której Polska potrzebuje, to... reforma procesu tworzenia reform. Zależałoby mi na usprawnieniu praktyk podejmowania decyzji na wszystkich szczeblach, by system uczył się permanentnie na swoich błędach i sukcesach oraz był w stanie sprawnie korygować zły kurs. Nigdy i nigdzie nie było reform, które raz przygotowane działałyby idealnie. Zawsze potrzebne są korekty. U nas ignoruje się cenne i często pomocne głosy interesariuszy: Izb Lekarskich, związków zawodowych, itd. Tak było i jest. Nasz system zdrowotny tworzy reformy tylko na zasadzie odgórnego narzucania, gdy tymczasem potrzebna jest kooperacja.

Pojawiają się różne dziwne struktury, które pchają nas w stronę średniowiecza. Co się stało? Dlaczego tzw. media publiczne udzielają często poparcia regresowi poznawczemu w medycynie? I czy demokracja deliberatywna, którą się Pan zajmuje, oparta na dobrej komunikacji, merytorycznej dyskusji, dążąca do porozumienia, podpowiada nam coś służącego postępowi?

– Demokracja deliberatywna na pewno podpowiada. Ale tu pojawiają się co najmniej dwie bariery. Po pierwsze, przy autokratycznych zapędach władzy i amerykańskim modelu grup lobbystycznych (np. Ordo Iuris jest wzorowym przykładem przeszczepienia na nasz grunt tych wzorców) spokojna deliberacja nie ma sensu. Czasem potrzebny jest raczej żywiołowy aktywizm, który przeobrazi opinię publiczną i odwróci regres cywilizacyjny. Natomiast dobrze działający system deliberatywny jest nieodzowny, by odsiać nieprawdy i umożliwić szczerą dyskusję. Po drugie, by prawdziwie deliberować, potrzebny jest czas na rozmowę, na namysł i edukację. W mojej karierze spotkałem wielu młodych lekarzy, którzy przynajmniej na studiach przejawiali spore zainteresowanie prawem, polityką, filozofią, społeczeństwem. A potem musieli porzucić te zainteresowania przez przytłoczenie pracą. Pamiętam głosy strajkujących rezydentów, że oni wcale nie chcą zarobić więcej dzięki wielu etatom. Że raczej woleliby mniej, ale przyzwoicie zarabiać na jednym etacie, by mieć czas dla rodziny, a także na działalność społeczną i obywatelską. Ich aspiracje sprawiały wrażenie – jak to się górnolotnie określa – post-materialnych.

I na tej optymistycznej aspiracji poprzestańmy...

– Nie wiem, jak powszechny w nowym pokoleniu lekarzy jest to impuls, ale wiem, że źródłem naszych problemów systemowych – wieloetatowości, koncentracji na „chudym zarządzaniu", strukturalnego egoizmu systemu – są te zjawiska, które uniemożliwiają obywatelską deliberację i partycypację lekarzy. Zmuszają ich do wąskiego toru osobistej kariery bez patrzenia na to, co dookoła, prowokują tunelowe patrzenie i ideologiczne zacietrzewienie. Tego chyba najmniej nam trzeba.

Rozmawiał Stefan Ciepły

Michał Zabdyr-Jamróz, doktor nauk politycznych, adiunkt w Instytucie Zdrowia Publicznego CM UJ, gościnny wykładowca Uniwersytetu Kopenhaskiego, stały współpracownik Europejskiego Obserwatorium Systemów i Polityk Zdrowotnych w Brukseli. Specjalizuje się w analizie polityk publicznych i analizie debaty publicznej na ich temat, a także w idei rządzenia deliberatywnego. W książce pt. „Wszechstronniczość" rozwija (alternatywną do bezstronności) zasadę uwzględniania wiedzy eksperckiej, interesów własnych i emocji – na potrzeby lepszej, bardziej demokratycznej i deliberatywnej polityki zdrowotnej.

Zatrzymać falę medialnego hejtu

W rękach lekarzy spoczywa dziś zdrowie i życie Polaków, tymczasem żadna inna grupa zawodowa nie jest tak obrażana, opluwana przez niektóre publiczne media. Lekarzy bezkarnie obrzuca się błotem i oszczerstwami. Niestety, społeczeństwo nawet jeśli dostrzega ten hejt, nie reaguje, czasem nawet się do niego przyłącza. Lekarze muszą więc bronić się sami, choć dziś cała energia powinna być kierowana w inną stronę.

Na przejawy agresji wobec środowiska energicznie reaguje samorząd lekarski. 14 października Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich skierował otwarty apel do mediów i osób publicznych jako odpowiedź na depeszę Polskiej Agencji Prasowej pt. „Izby lekarskie niechętnie kierują personel medyczny do walki z epidemią", publikowaną w wielu środkach masowego przekazu. Konwent zwrócił się z prośbą o nierozpowszechnianie zawartych w niej fałszywych informacji, podkreślając m.in., że izby nie mają żadnej możliwości prawnej kierowania kogokolwiek do zwalczania epidemii. Ministerstwo Zdrowia może zwrócić się do Naczelnej Izby Lekarskiej co najwyżej o listę lekarzy, ale nawet tego nie uczyniło; „Ponadto należy podkreślić, że oddelegowanie do pracy w innym miejscu tworzy problem braku lekarza w miejscu, gdzie dotychczas pracował. W Polsce nie ma rezerw lekarzy – jest niedobór – mamy najmniej lekarzy w Unii Europejskiej (2,2 na tysiąc mieszkańców). Pacjenci z chorobami innymi niż COVID-19 również potrzebują opieki. Nie zapominajmy również, że 27% lekarzy i 44% pielęgniarek ma więcej niż 60 lat...".

Dodajmy, iż sami lekarze też chorują – do 24 października z powodu COVID-19 zmarło 16 lekarzy, blisko 600 hospitalizowano i u prawie 7 tysięcy potwierdzono zakażenie.

Również w październiku OIL w Warszawie skierowała do Rady Etyki Mediów i Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji skargę na materiał przygotowany przez Konrada Węża dla Wiadomości TVP, pełen fałszywych, nierzetelnych i krzywdzących informacji, jakoby lekarze unikali pracy w oddziałach covidowych, a samorząd lekarski był niechętny, by lekarzy tam kierować. Nie będziemy przytaczać dosłownie wielu bulwersujących stwierdzeń pracownika TVP (bo z profesjonalnym dziennikarstwem taka „twórczość" raczej nie ma nic wspólnego), szkoda na to zdrowia, a obecne oblicze hejtu wobec lekarzy jest znane. Rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie Monika Potocka podkreśliła w piśmie skierowanym do KRRiT oraz REM, iż: „Wyemitowany przez Telewizję Polską reportaż budzi wątpliwości co do spełnienia zawartych w Karcie Etyki Mediów zobowiązań wobec dziennikarzy, wydawców, producentów i nadawców zobowiązań, jak kierowanie się zasadą prawdy, obiektywizmu i oddzielania informacji od komentarza, a także co do spełnienia zawartych w art. 12. ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1984 r. Prawo prasowe obowiązków dziennikarza, w świetle którego to przepisu dziennikarz jest zobowiązany zachować szczególną staranność i rzetelność przy zbieraniu i wykorzystaniu materiałów prasowych, zwłaszcza sprawdzić zgodność z prawdą uzyskanych wiadomości lub podać ich źródło".

12 listopada Rada Etyki Mediów odpowiedziała, iż po zapoznaniu się z tym materiałem w pełni podziela zarzuty przedstawiciela OIL: „Rada Etyki Mediów stwierdza, że takie materiały, pełne błędnych informacji, pomówień, pomieszania informacji i komentarza, opinii nieopartych na faktach są w »Wiadomościach« codziennie, na co wielokrotnie zwracaliśmy uwagę opinii publicznej i powołanym do tego organom państwa. Niestety, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji nie reaguje na te oczywiste naruszenia nie tylko zasad etyki dziennikarskiej, ale i prawa, które w art. 21 ustawy o radiofonii i telewizji nakazuje wydawcom publicznym przestrzegać zasad „pluralizmu, wyważenia, bezstronności i niezależności".

Niestety, REM jest ciałem, jak sama przyznaje, bez tzw. mocy sprawczych i z jej opinią decydenci chyba kompletnie się nie liczą. Samorząd jednak będzie dalej bronił prawdy i strzegł praw lekarzy. Planuje kolejne kroki, także prawne. Także indywidualni lekarze, którzy stali się ofiarami hejtu, mogą liczyć na wsparcie, w tym pomoc prawną, swojego samorządu. Pozostaje wierzyć w lepsze czasy.

opr. JGH

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Do Marszałek Sejmu wpłynął poselski projekt ustawy „o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych". Projekt złożony przez grupę posłów, zatroskanych brakiem kadr medycznych, ma na celu ułatwienie ich pozyskiwania. Proponuje, w największym skrócie, zatrudnianie lekarzy i pozostałych pracowników medycznych bez wymogu przedstawienia dyplomu lekarza bądź dyplomu specjalisty, czyli bez potwierdzenia kwalifikacji, bez jakiegokolwiek potwierdzenia kwalifikacji, umiejętności czy wiedzy. Do tego jeszcze nie jest wymagana znajomość języka polskiego. A są kraje, gdzie dowolny dyplom kupuje się za nieduże pieniądze na bazarze.

Nie zamierzam tu deprecjonować wiedzy i umiejętności lekarzy spoza Unii, ale musimy móc zabezpieczyć polskich pacjentów przed pseudolekarzami. Zwracam przy tym uwagę, że polscy lekarze, po ukończeniu studiów i uzyskaniu dyplomu, muszą jeszcze odbyć staż podyplomowy i zdać Lekarski Egzamin Końcowy, który regularnie oblewa około 30% absolwentów polskich uczelni medycznych. Jeżeli tak, to tę barierę (LEK) należy natychmiast znieść.

Ten przerażający w swojej wymowie dokument sporządzony został i przedstawiony Sejmowi przez grupę posłów, a jako żywo nawiązuje do Rewolucji Kulturalnej w Chinach, gdzie ekipy aktywistów leczyły wyposażone w czerwoną książeczkę Mao. Czyżby posłowie chcieli wprowadzić podobne zwyczaje? Czy do obowiązków samorządu lekarzy ma należeć obrona pacjentów przed pomysłami ich reprezentantów?

Pozostaje nam wierzyć, że ten pomysł nie zostanie zaakceptowany przez Sejm.

Niestety, przy okazji COVID-19 niektórzy usiłują przeforsować swoje pomysły, „naświetlać się", pokazywać. Dlatego powinniśmy apelować do wszystkich – rządzących, opozycji, mediów, żeby tej tragedii, która nas dotknęła, nie wykorzystywać do swoich celów. Żeby nie uprawiać propagandy sukcesu, żeby nie budować szpitali, które nie przyjmują chorych, ale za to kosztują miliony, w sytuacji, kiedy inne szpitale „duszą się" z powodu naporu chorych i braku personelu. Aby przestali roztaczać miraże o zaszczepieniu całej populacji. Do polityków opozycji – aby aktywnie włączyli się do działania i podjęli próbę przedstawienia własnej propozycji walki z pandemią. Do ekspertów – żeby przestali przedstawiać sprzeczne opinie, a spróbowali uzgodnić jednolitą taktykę walki z pandemią. Do niektórych publikatorów – aby przestali szukać sensacji.

Pora zjednoczyć siły we wspólnej walce. Bo na razie walczymy tylko my, czyli pracownicy ochrony zdrowia.

Jerzy Friediger

Rozmowa z doktorem Wojciechem Serednickim, pełnomocnikiem Wojewody Małopolskiego ds. intensywnej terapii w czasie pandemii

Nie czas na rozliczenia...

Panie Doktorze, zapewne to pytanie zadano Panu już wiele razy, jednak spytam i ja – dlaczego przyjął Pan funkcję pełnomocnika wojewody do spraw intensywnej terapii, skoro zaledwie kilka tygodni wcześniej zrezygnował Pan ze stanowiska konsultanta wojewódzkiego w tej dziedzinie?

– Byłem konsultantem wojewódzkim przez 7 lat i starałem się wykonywać tę funkcję jak najrzetelniej, uważam ją za szalenie ważną. Ale od momentu, kiedy 7 marca zaczęliśmy w Szpitalu Uniwersyteckim leczyć chorych z covidem, zaangażowałem się przede wszystkim w tę pracę. I bardzo trudno było mi połączyć obowiązki konsultanta, związane z wyjazdami i spotkaniami, z pracą lekarza w systemie 12 na 24 godziny. Poza tym, ciężko było z oddziału covidowego pojechać jako konsultant do Myślenic czy Oświęcimia, gdzie wówczas nie było jeszcze pacjentów z koronawirusem. Na początku wszyscy żyliśmy nadzieją, że pandemia potrwa najwyżej kilkanaście tygodni. Niestety, kiedy się rozszerzała, nie byłem w stanie godzić tych dwóch aktywności. Wojewoda przyjął moją rezygnację we wrześniu, jednak wkrótce potem sytuacja zaczęła się pogarszać. Zrozumieliśmy, że nie da się opiekować chorymi tylko na bazie dużych oddziałów intensywnej terapii i trzeba szybko rozwijać stanowiska respiratorowe w mniejszych szpitalach, które nie były do tego przygotowane. Uznano, że potrzebny jest koordynator tych działań, ktoś, kto pomoże zorganizować intensywną terapię jako system, który wytrzyma rosnącą liczbę pacjentów z COVID-19. Nie było konkursu kandydatów, nie było chętnych do podjęcia się tego wyzwania, więc kiedy to mnie zaproponowano funkcję takiego koordynatora, po namyśle ją przyjąłem.

Właściwie mógłby się tym zająć także konsultant wojewódzki, którego nota bene po Pana rezygnacji długo nie powoływano.

– Pełnomocnik ma tylko określone zadanie do wykonania, we współpracy z całym środowiskiem i – przede wszystkim – z zarządzającymi szpitalami, bo bez nich nie ma czego koordynować. Natomiast funkcja konsultanta wojewódzkiego jest bez porównania szersza, łączy się m.in. z nadzorem nad jakością kształcenia, jakością pracy oddziałów intensywnej terapii. Na ten moment cały system jest zaburzony, są inne, doraźne priorytety, ale po pandemii na pewno konsultant znów będzie mieć dużo – jeszcze więcej – pracy. Odpowiem też na inne zarzuty docierające do mnie – uważam, że lekarz nie jest osobą, która w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia ma „poglądy". Ważne jest wyłącznie niesienie pomocy. Nie przyszedłem tu dla kariery czy pieniędzy, choć niektórzy oceniają moje postępowanie właśnie w ten sposób: „nie chciał być konsultantem, a teraz załapał się na atrakcyjną fuchę". Cóż, nie ma tu żadnych atrakcji, żadnych prestiżowych sukcesów, żadnych szczególnych profitów. Całe moje biuro to jedna osoba pomagająca mi zapanować nad niezbędną dokumentacją.

Wyzwanie jest bardzo trudne – musi Pan działać w sferze całkowicie nowej, nieznanej dotąd nikomu. Od czego zaczęto w Małopolsce?

– Przede wszystkim zmieniliśmy koncepcję, która początkowo zakładała, że w każdym szpitalu ma być

pewien procent łóżek dla pacjentów z COVID-19. Choć nadal mamy kilka takich małych oddziałów, moim zdaniem nie było to dobre, bo rozpraszało ludzi i sprzęt. Dotychczasowe standardy narzucały obecność jednego lekarza anestezjologa na cztery łóżka, ale przy pandemii dotrzymanie tego jest całkowicie nierealne, więc należało ten wskaźnik zmienić, zgodnie z wytycznymi konsultanta krajowego – jako wielokrotność liczby 10. Dobrym pomysłem było także stworzenie w Małopolsce czterech szpitali osiowych, wiodących w zakresie intensywnej terapii chorych z SARS-CoV-2. Głównym był i jest Szpital Uniwersytecki, najbardziej obciążony walką z epidemią, a do tego pierwszego kręgu dołączyły szpitale im. Szczeklika w Tarnowie oraz szpitale w Zakopanem i Oświęcimiu. Musieliśmy też pamiętać, by nie zaszkodzić pozostałym chorym, więc na przykład szpital w Oświęcimiu ma w tym zakresie wsparcie Chrzanowa. Oczywiście, dziś żaden szpital nie uchroni się przed pacjentem z covidem, jednak konieczne było stworzenie sieci powiązań. Uważam, że wykonaliśmy ogromną pracę. Mówię w liczbie mnogiej, ponieważ stale, z ogromnym poświęceniem wspiera mnie kilku kolegów lekarzy oraz członków kierownictwa kilku małopolskich szpitali, grono pracowników Urzędu. Niczego nie osiągnęlibyśmy także bez dobrej współpracy z dyrektorami wszystkich szpitali.

Jakie są efekty tego wysiłku, jeśli chodzi o „bazę łóżkową"?

– Małopolska jest regionem, który najbardziej – aż trzykrotnie w stosunku do okresu sprzed pandemii – rozszerzył bazę szpitalną w zakresie łóżek intensywnej terapii i stanowisk umożliwiających wentylację. Niesamowitą pracę wykonały szpitale powiatowe. Oczywiście, duże szpitale miejskie również, lecz pamiętajmy, że szpitale, które mają po kilkaset łóżek, inaczej reagują na powiększenie liczby miejsc respiratorowych. Utworzenie 20 takich stanowisk w małym szpitalu to ogromne wyzwanie. Niestety, nie da się zwiększyć liczby lekarzy.

Tragicznie małej... Ilu anestezjologów pracuje w Małopolsce?

– Nie podam precyzyjnej liczby, ponieważ nie mamy wiarygodnych danych. Jeden lekarz może być wykazywany w trzech placówkach, bo tak też, w kilku miejscach, wszyscy pracujemy. I system pokazuje, że jest trzech anestezjologów. Podobnie jest z liczbą oddziałów i stanowisk intensywnej terapii – nie mamy jednego, obowiązującego standardu podawania tych danych, więc nie są one rzetelne. Dwa lata temu, jako konsultant, próbowałem zrobić audyt. Do szpitali wysłaliśmy nie tylko ankiety, lecz także koperty zwrotne ze znaczkiem. Nie wróciły. Zrobiłem również szczegółowe opracowanie sytuacji w zakresie intensywnej terapii, wykazując na przykład, że w Polsce szacowana wprost śmiertelność na OIOM wynosi 42 procent, podczas gdy np. w Mongolii 23. Powód jest prosty – większość pacjentów naszych oddziałów nie powinna na nich leżeć, potrzebują już tylko opieki paliatywnej, nie można im pomóc. Niestety, często po prostu nie ma gdzie tych chorych przenieść. Oddziały intensywnej terapii powinny leczyć, a nie tylko spowalniać śmierć. Dotąd taka zmiana wydawała się niemożliwa, jednak pandemia dała taki właśnie efekt.

Małopolska baza szpitalna dla pacjentów z COVID-19
(stan na 18.11.2020)

Poziom 1
- zajętych 57 łóżek

Poziom 2
- do dyspozycji 2867 łóżek – 1677 łóżek zajętych przez chorych z potwierdzonym COVID-19 + 145 z podejrzeniem zakażenia
- łóżka respiratorowe – ogółem 260, zajętych 196

Poziom 3
- ogółem 346, zajęte 263
- łóżka respiratorowe – 32 zajęte na 32 ogółem

Szpitale tymczasowe
- łóżek ogółem 39 (+ 168 w Krynicy, szpital otwarty 18.11), zajęte 34,
- łóżka respiratorowe – 15 zajętych na 15 ogółem

Czy istnieją już standardy organizacji opieki anestezjologicznej w czasie pandemii? W Krakowie wkrótce ma zostać uruchomiony drugi szpital tymczasowy – pierwszy w warunkach nieszpitalnych, czyli w halach targowych EXPO. Taki szpital działa już na Stadionie Narodowym w Warszawie i ciągle padają pytania o zasady hospitalizacji.

– Uznawanych powszechnie norm jeszcze nikt w tym zakresie na świecie nie opracował, bo nikt nie przewidywał takiej potrzeby. Nie ma standardów dla szpitali tymczasowych. Każdy kraj tworzy własne rozwiązania, lecz nikt nie osiągnął sukcesu w organizacji pandemicznego systemu opieki, więc trudno powielać doświadczenia innych. Porównuje się różne modele i korzysta z tych, które wydają się najlepsze. Nie możemy czekać, aż towarzystwa naukowe opracują jakiś uniwersalny schemat. Oczywiście, mamy pewne wytyczne, jednak muszą one być modyfikowane w zależności od tego, czym dysponujemy. Intensywna terapia w dobie pandemii to już nie jest jeden wzorcowy oddział o możliwie najszerszych możliwościach. Musi mieć kilka poziomów, choćby dlatego, że

nie jesteśmy w stanie ograniczoną kadrą obstawić aż tylu wysokospecjalistycznych oddziałów, ile jest potrzebnych. Część mniejszych oddziałów pełni więc funkcję oddziałów tylko „wentylacyjnych" – niektórzy chorzy wymagają przewlekłej terapii wentylacyjnej już po ostrej fazie COVID-19, niektórzy długiej opieki pielęgnacyjnej, bez wielkiej nadziei na wyzdrowienie. Staramy się zbudować własne skale oceny stanu pacjenta, adekwatne do COVID-19 i przystające do naszych warunków. Kryteria przyjęcia na oddział intensywnej terapii z początku pandemii opierały się na dokumencie z 2012 roku. Dokument znakomity, tylko jego przestrzeganie w sytuacji, gdy na SOR czekało dziesięciu pacjentów wymagających natychmiastowej wentylacji mechanicznej, było bardzo trudne, wręcz niemożliwe. Modyfikacji wymagały również techniki wentylacji czy farmakoterapia. Przypomnę falę zachwytu nad różnymi lekami, lecz większość z nich nie miała potem potwierdzonej skuteczności w intensywnej terapii. Były pomocne tylko na wczesnym etapie leczenia, zanim doszło do niewydolności wielonarządowej. Cóż, wiedzy mamy coraz więcej, jednak ciągle bardzo mało.

Jak – w Pana ocenie – pod koniec listopada wygląda zaopatrzenie w sprzęt? Lekarze, dyrektorzy szpitali ciągle alarmują o brakach, prowadzone są zbiórki na zakup konkretnej aparatury. Na początku pandemii wolontariusze szyli maseczki i kombinezony ochronne, ale respiratora nie zbuduje się w garażu.

– Generalnie mamy w Małopolsce szereg braków, lecz na ten moment nie należą do nich respiratory. Zastrzegę jednak, że mówię to, zanim otwarto szpital tymczasowy w EXPO. Brakuje pomp infuzyjnych, urządzeń pomocniczych, ponieważ bardzo trudno zdobyć je na rynku. Producenci wyczerpali zapasy i nie nadążają z realizacją zamówień. Na przykład już dość dawno zakupiliśmy ze środków wojewódzkich, marszałkowskich i bezpośrednio przez szpitale aparaty do terapii wysokoprzepływowej, a wciąż na nie czekamy. Nie mamy wpływu na szybkość dostaw, no i ja nie jestem zaopatrzeniowcem. Moim zadaniem jest dopilnowanie, aby ten sprzęt jak najszybciej trafiał bezpośrednio tam, gdzie jest potrzebny. Kierujemy też strumieniem sprzętu z rządowej Agencji Rezerw Materiałowych, który jednak nie jest weryfikowany w zakresie potrzeb, lecz możliwości, które ta agencja na ten moment posiada. Na dziś szalenie istotna jest także koordynacja zaopatrzenia w tlen.

No właśnie – brak tlenu dla pacjentów naprawdę trudno zrozumieć. Jego produkcja nie jest zbyt skomplikowanym procesem.

– Produkcja tlenu nie jest trudna, lecz jego dystrybucja już tak. Tlen trzeba zapakować, dowieźć, zmagazynować. I tu jest wąskie gardło – liczba zbiorników na tlen jest niewystarczająca, dopiero teraz dobudowuje się w szpitalach instalacje, jednak fachowców, którzy potrafią to zrobić, też jest mało. Brakuje cystern do przewożenia tlenu i nie można ich nigdzie kupić, bo problem dotyczy całej Europy, podobnie jak braki innego sprzętu. Byłoby dobrze, gdyby każdy szpital w Polsce miał duży zbiornik ciekłego tlenu i obok rezerwową wytwornicę, by każdy szpital był samowystarczalny w tym zakresie, lecz tak nie jest. Zapotrzebowanie na tlen było liczone z dużym zapasem, lecz nikt nie przewidział aż tak ogromnego wzrostu jego zużycia.

Nie tylko tego nie przewidziano lub raczej – nie tylko w tej kwestii zignorowano przewidywania ekspertów...

– Teoretycznie wszystko można przewidzieć, lecz kto to miał zrobić? Czy w perspektywie Polski, Małopolski czy konkretnego powiatu? Można też było zbudować profesjonalny system ochrony zdrowia przez ostatnie kilkadziesiąt lat. Może teraz powinniśmy, przewidując przyszłość, zamiast likwidować sanatoria, bardzo szybko je rozbudowywać, ponieważ potrzeby w tym zakresie po pandemii mogą być ogromne. Jednak dziś nie będę się nad tym zastanawiał i nie czuję się na siłach oceniać czyjeś działania, poza swoimi. Codziennie słyszę, że ktoś zawalił, ktoś czegoś nie zrobił, natomiast bardzo rzadko: „ja mam pomysł, zróbmy to tak". Strasznie to przykre. W tej chwili mamy kryzys i nie takie systemy opieki zdrowotnej zawaliły się na świecie. Bardzo bym chciał, abyśmy doszli już do etapu rozliczeń, wyciągania wniosków i na tej bazie zaczęli budować lepszy system ochrony zdrowia. Pewne rzeczy są oczywiste – potrzeba więcej pieniędzy, lekarzy, pielęgniarek. Na pewno regulacje prawne wykonywania zawodu lekarza i pielęgniarki powinny być jaśniejsze, prostsze, mniej restrykcyjne, nie mogą penalizować błędów. Na pewno konieczna jest dobra informatyczna baza danych na temat zdarzeń medycznych w Polsce w zakresie całego system publicznej ochrony zdrowia. Marzę o tym wszystkim, odkąd pracuję. Tylko na razie tego nie ma. Czy w związku z tym mam się obrazić, trzasnąć drzwiami, mówiąc „z wami mi nie po drodze"? Dla mnie w tym momencie, tu i teraz, najważniejsi są chorzy na COVID-19.

Rozmawiała Jolanta Grzelak-Hodor

Dr n. med. Wojciech Serednicki, absolwent CM UJ, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, zastępca kierownika Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, wiceprzewodniczący małopolskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W latach 2014-2020 małopolski konsultant wojewódzki w dziedzinie AiIT. Od października 2020 r. pełnomocnik wojewody małopolskiego ds. intensywnej terapii.

Komu potrzebne takie prawo?

Mniej więcej co dwa tygodnie online obraduje Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. Zapadają uchwały niezbędne do funkcjonowania Izby, podejmowane są decyzje w sprawach ważnych dla środowiska oraz dla indywidualnych lekarzy. Za każdym razem członkowie Prezydium opisują sytuację w swoich szpitalach i przychodniach, na swoim terenie. I jest to jeden obraz – pandemicznego armagedonu. Niestety, na ten obraz nakładają się fałszywe oskarżenia, krzywdzące opinie (o czym piszemy odrębnie), nieustanna walka o odpowiedzialność rządzących, o własne prawa.

– 60 procent lekarzy oraz połowa naszych pielęgniarek jest chorych lub na kwarantannie. Właściwie mamy w szpitalu endemię – relacjonował pod koniec października Krzysztof Wróblewski, szef nowosądeckiej Delegatury OIL, na co dzień pracujący w Szpitalu w Krynicy. Podczas kolejnego posiedzenia (4.11.) poinformował o pracach zmierzających do szybkiego przekształcenia uzdrowiskowego Szpitala Wojskowego w tymczasowy szpital „covidowy", do którego wojewoda nie szukał personelu – ma tam pracować dotychczasowy zespół. – Tyle tylko, że średnia wieku lekarzy zatrudnionych w uzdrowiskach to ponad 70 lat – dodał doktor Wróblewski. Szpital już działa.

Podobnie źle sytuacja wygląda wszędzie. Tymczasem wojewodowie mają kierować lekarzy do pracy na oddziałach covidowych, nie licząc się nie tylko z potrzebami w innych miejscach, ale prawami samych lekarzy, którzy powinni być chronieni np. z racji wieku, własnych schorzeń, zobowiązań rodzinnych itd.

– Nie zamierzam przekazywać wojewodom list lekarzy, chyba że zmuszą mnie do tego przepisy prawa. I warunkiem będzie zobowiązanie decydentów do weryfikacji tych list i ponoszenia odpowiedzialności za błędne decyzje – zapowiada prezes ORL Robert Stępień podczas każdego spotkania Prezydium ORL. Izba podejmowała też w ostatnim czasie interwencje w indywidualnych przypadkach administracyjnych przesunięć lekarzy do pracy w innych niż dotąd miejscach, mimo oczywistych przesłanek wykluczenia danych osób z takiej procedury.

Wiceprezes ORL Lech Kucharski, reprezentujący samorząd w „covidowym" zespole zarządzania kryzysowego przy Wojewodzie Małopolskim, także podczas każdego spotkania Prezydium mówi o chaosie organizacyjnym w walce z pandemią, nieprzemyślanych, doraźnych decyzjach władz. Taki sam charakter ma też ostatnia ustawa, podpisana przez prezydenta, ale nie publikowana w związku z przyjęciem zapisów o dodatku finansowym dla personelu medycznego walczącego z pandemią. Cytując klasyka: „te pieniądze się lekarzom po prostu należą", lecz rząd za wszelką cenę próbuje radykalnie ograniczyć wydatki tłumacząc, iż regulacje zapewniające covidowy dodatek grupie szerszej niż wstępnie planowano przyjęto „przez pomyłkę". Prezes NRL Andrzej Matyja poinformował członków krakowskiej Rady o licznych spotkaniach poświęconych tej kwestii. Coraz głośniejsze są bowiem apele o ogłoszenie jakiejś formy protestu, choć żaden z lekarzy nie zakłada możliwości odejścia od łóżek.

W ostatnim czasie dużo uwagi poświęca się dokonanym i planowanym zmianom w prawie, których w czasie pandemii nie brakuje. Najwięcej emocji wzbudza ostatnia ustawa „covidowa", przyjęta przez Sejm i Senat jeszcze w październiku, podpisana na początku listopada i schowana do szafy (stan na 25 listopada). Nie tylko kwestie specjalnych dodatków do płac lekarzy walczących z pandemią czy penalizacja niezawinionych błędów medycznych budzą ogromne kontrowersje. Wśród wielu regulacji pojawiły się także ułatwienia dla lekarzy spoza Unii Europejskiej starających się o pracę w Polsce. W praktyce dotyczy to przede wszystkim obywateli państw za naszą wschodnią granicą. Członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie wielokrotnie w dyskusjach podkreślali, iż różnica w zakresie kształcenia lekarzy np. na Ukrainie czy Białorusi i Polsce jest zbyt duża, by bez obaw, bez kontroli i szczegółowej weryfi-

kacji wiedzy lekarskiej powierzyć los polskiego pacjenta w ich ręce. Nawet dramatyczny niedobór kadr medycznych nie usprawiedliwia takich decyzji. Tymczasem ułatwienia dla cudzoziemców już uchwalono, a grupa posłów PiS złożyła kolejny, jeszcze dalej idący projekt – „ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych". Zgodnie z nim, cudzoziemcowi właściwie wystarczy powiedzieć, że jest lekarzem, by dostać pozwolenie na pracę. Nie musi okazać dyplomu (bo np. uciekając przed represjami z własnego kraju nie zdążył go zabrać), nie musi znać języka polskiego. Właściwie nic nie musi, wystarczy, że chce pracować jako lekarz. A samorząd lekarski, z mocy prawa odpowiedzialny za potwierdzanie kwalifikacji, może się czuć zwolniony z tego obowiązku, bowiem jeśli nie wyda warunkowego prawa wykonywania zawodu (niestety, z projektu trudno wywnioskować, co oznacza określenie „warunkowe"), osoba, której minister pozwolił na pracę, może ją wykonywać.

Członkowie ORL w Krakowie i władze wszystkich izb lekarskich w Polsce po raz kolejny alarmują, że całkowite zniesienie jakiejkolwiek weryfikacji wiedzy medycznej grozi tragedią. Niestety, rządzący wydają się całkowicie pozbawieni wyobraźni i absolutnie głusi na ostrzeżenia samorządu lekarskiego, próbującego stać na straży bezpieczeństwa polskich pacjentów.

Jolanta Grzelak-Hodor

Komentarz w felietonie dr. J. Friedigera na str. 8

Teleporada – za i przeciw

Jak powinna wyglądać profilaktyka chorób niezakaźnych w dobie COVID-19, z jakich powodów umierają Polacy w 2020 roku, jakie są najnowsze wytyczne w kardiologii – to tylko trzy z bardzo wielu problemów omawianych podczas krakowskiej XIII Konferencji Naukowej Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego „Kardiologia Prewencyjna 2020 – wytyczne, wątpliwości, gorące tematy". Odbyła się ona online w dniach 18-21 listopada. Specjalną sesję poświęcono jednemu z większych problemów medycyny 2020, czyli teleporadom. „Czy teleporada ratuje Polaków?" zastanawiali się prelegenci, zwracając uwagę zarówno na plusy, jak i minusy teleporady, jej ograniczenia, a także ciągle nieuregulowane aspekty prawne.

Nieprzypadkowo temat teleporad pojawił się na konferencji kardiologicznej. To właśnie ta dyscyplina jest liderem we wdrażaniu rozwiązań związanych z telemedycyną i upowszechnianiu urządzeń i aplikacji do telemonitoringu zdrowia. Dziś teleporada to dominująca forma kontaktu przede wszystkim w podstawowej opiece zdrowotnej – dziennie udziela się tam ponad pół miliona takich porad. Ta skala musi generować pewien odsetek błędów, ale jak retorycznie zapytał organizator konferencji i jeden z przewodniczących sesji prof. Piotr Jankowski z I Kliniki Kardiologii i Elektrokardiologii Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego CM UJ: „Ciekawe, jak wyglądałaby nasza opieka, gdyby nie było w czasie pandemii teleporad...".

W ich obronie stanęła dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej. Podkreśliła na wstępie, że wprowadzone zarządzeniem prezesa NFZ na poczatku roku teleporady spełniły swoje zadanie jako sposób zapobiegania rozprzestrzenianiu się koronawirusa. Dobrze sprawdzają się również w tych jednostkach chorobowych, w których lekarz opiera się głównie na wywiadzie z pacjentem i na dokumentacji medycznej. Podkreśliła jednak, że aby teleporada była skuteczna, musi być do niej dobrze przy-

gotowany zarówno lekarz, jak pacjenci, którzy nie zawsze wiedzą, na jakie elementy zwrócić uwagę. Dlatego też z myślą o nich przygotowywane są różnego rodzaju kampanie edukacyjne, a jednej z nich pn. „Badaj się i lecz" patronuje Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej.

Zdaniem doc. Mastalerz-Migas dobrze zostały opracowane wytyczne konsultanta krajowego dotyczące standardu organizacyjnego teleporad, głównie tego, kiedy może mieć ona zastosowanie, a kiedy nie. Należy pamiętać, że wizyty osobiste są potrzebne m.in. w sytuacjach, gdy lekarz nie jest w stanie postawić diagnozy w oparciu o wywiad czy dokumentację medyczną, gdy pojawiają się nowe objawy o niejasnym charakterze oraz gdy po drugiej teleporadzie okazuje się, że nie nastąpił efekt leczniczy. Szczególną ostrożność należy również zachować w przypadku małych dzieci, pacjentów z zaburzeniami słuchu, pamięci, mentalnymi czy wielochorobowych.

Bardziej krytyczny w ocenie teleporad był dr Krzysztof Chlebus, były wiceminister zdrowia. Zwrócił on uwagę na to, że rzeczywiście dla lekarzy POZ w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dosyć dobrze zostały doprecyzowane różnego rodzaju wytyczne, jednak obecnie teleporady funkcjonują w całym systemie zdrowia, a dla innych specjalności takich standardów i formalnych rozwiązań prawnych brakuje. – Projekt zakładał, że teleporada ma być wstępem do ustalenia stanu pacjenta i odpowiedzenia na pytanie, czy wymaga on osobistego kontaktu czy też nie. Kształt tego zapisu został zmieniony i dzisiaj on wygląda tak, że z domyślnie jednorazowego kontaktu zrobiła się odrębna kategoria kontaktu z pacjentem – stwierdził dr Chlebus. Zwrócił również uwagę na to, że teleporada redukuje lekarza do biernego odbiorcy relacji pacjenta, który zgłasza pewien problem. Nierzadkie są też przypadki wymuszania zwolnienia lekarskiego na podstawie symulowanych objawów.

Dr Chlebus przytoczył również dane Rzecznika Praw Pacjenta, z których wynika, że sygnałów o nieprawidłowościach w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych jest bardzo dużo. Od stycznia tego roku zgłoszono ich 70 tys. W POZ liczba skarg – w porównaniu z rokiem 2019 – zwiększyła się o ponad 100 proc., a w opiece specjalistycznej o 57 proc.

Problemy z uzyskaniem porady telefonicznej wynikają często z przyczyn technicznych, jak brak zasięgu czy niemożność dodzwonienia się. Wiele starszych osób jest także niegotowa na „przeskok do telemedycyny". A niestety, brak możliwości uzyskania teleporady od lekarza rodzinnego skutkuje często tym, że mniej osób trafia do specjalistów. – Wzrostu liczby zgonów nie da się wyjaśnić wyłącznie pandemią. Wiele jest związanych z tym, że pacjenci na czas nie otrzymują pomocy – stwierdził prof. Przemysław Mitkowski, prezydent-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który nie krył rozczarowania sposobem wprowadzenia teleopieki. Jako kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Szpitalu Klinicznym w Poznaniu stwierdził, że w jego dyscyplinie się ona nie sprawdza, gdyż nie da się jeszcze zrobić echokardiografii ani zapisu EKG zdalnie. Zdaniem profesora powinna być ona w sposób logiczny ustrukturyzowana – zbieramy dane, które powodują określone konsekwencje, np. rozszerzenie diagnostyki, potwierdzenie rozpoznania i zastosowanie leczenia. – Powinniśmy się starać, aby rzeczy, które już w telemedycynie działają, były jak najszybciej wprowadzone do codziennej praktyki i jak najszybciej refundowane, np. transmisja EKG w ostrych zespołach wieńcowych – dodał prof. Mitkowski.

Na zupełnie inny aspekt teleporad zwrócił uwagę dr Marcin Mikos, prezes Fundacji Zdrowia Publicznego. – Organizacyjnie i prawnie trochę przespaliśmy czas na telemedycynę i teraz nadrabiamy to w pośpiechu – stwierdził i dodał, co może się okazać największym problemem już po zakończeniu pandemii, kiedy rozpoczną się kontrole ze strony ZUS czy NFZ: – Zwracam uwagę środowiska lekarskiego jako prawnik, że sprawa wystawiania zwolnień na odległość nie jest w polskim prawie ciągle uregulowana. W znowelizowanej ustawie o zawodzie lekarza jest zapis mówiący o świadczeniu usług na odległość, jednak w ustawie ZUS-owskiej nadal widnieje zapis mówiący, że zwolnienie lekarskie może być wystawione wyłącznie po uprzednim osobistym zbadaniu pacjenta. Zwrócił uwagę, że konsultanci krajowi już teraz powinni się pochylić nad tym problem.

Prof. Tomasz Hryniewicki powiedział, że również w Narodowym Instytucie Kardiologii, którym kieruje, były problemy prawne związane z poradami telemedycznymi. – Decyzja o przekształceniu teleporady w wizytę klasyczną zależy wyłącznie od lekarza i powinna być odnotowana w historii choroby. Jeśli pacjent nie zgadza się na taką formę kontaktu, a taka grupa pacjentów była niemała, to również powinno to zostać udokumentowane. Myślę, że te aspekty prawne mają większe znaczenie, niż nam się teraz wydaje – stwierdził. Podzielił się również pewnym rozwiązaniem wykorzystywanym w Instytucie, gdzie kontakt telefoniczny z pacjentem służy m.in. do weryfikacji kolejki, liczącej już ponad 6 tys. osób. Pozwala to zdalnie zmienić klasyfikację pacjenta, określić pilność wskazań do ewentualnej hospitalizacji. Instytut wystąpił nawet z wnioskiem, by taka usługa była uwzględniona przez NFZ jako nowy produkt wymagający wyceny.

Konkluzja z debaty była oczywista – teleporada nie może pozostać jedyną formą kontaktu lekarza z pacjentem. Nie oznacza to jednak, że wypracowane w ostatnich miesiącach rozwiązania nie będą wykorzystywane również po wygaśnięciu pandemii.

Katarzyna Domin

fot. AdobeStock

Jak zachować równowagę

Spraw trudnych, frustrujących, boleśnie dotykających lekarzy w ostatnim czasie nagromadziło się mnóstwo. Co jest dla nich obecnie najbardziej uciążliwe? Zamieszczamy trzy odpowiedzi na to pytanie. Zapewne gdyby było ich więcej, każda byłaby inna i nieoczywista. To, co łączy doświadczenia naszych rozmówców, to permanentne zmęczenie, które najprawdopodobniej towarzyszy dziś większości pracowników medycznych. Dlatego w chwili, gdy spontaniczne oklaski byłych i potencjalnych pacjentów już wybrzmiały, a obietnice rządzących pozostają tylko obietnicami, warto pomyśleć o tym, jak być dla siebie dobrym, wyrozumiałym i troskliwym. Jak to zrobić – podpowiadają ekspertki w dziedzinach psychologii, fizjoterapii, dietetyki i dermatologii. Być może część z tych porad uznają Państwo za oczywiste. Jednak to właśnie o oczywistościach najczęściej się zapomina, mimo że gwarantują nam one fizyczną i psychiczną równowagę.

Lidia Stopyra, specjalista pediatrii i chorób zakaźnych, ordynator Oddziału Chorób Infekcyjnych i Pediatrii Szpitala im. Żeromskiego w Krakowie

Czy teraz jest trudniej niż w czasie pierwszej fali pandemii? Jest po prostu inaczej. Na początku mniej wiedzieliśmy o wirusie, nie mieliśmy doświadczenia. Przechwytywaliśmy każdą nowość czy sygnał z krajów, gdzie tych zakażeń było więcej. Od początku pandemii w naszym oddziale było leczonych ponad tysiąc dzieci z COVID-19, więc mamy już swoje spostrzeżenia, doświadczenie, opracowane rozwiązania organizacyjne, jak również znacznie więcej informacji z całego świata. Czujemy się po prostu tak bardziej lekarsko.

Natomiast jest dużo sytuacji, które są bardzo trudne. Na przykład cała ta aura wokół spraw organizacyjnych, miejsc w szpitalach czy kwestii delegowania nas do różnych placówek, bo to też się może zdarzyć. Dla mnie trudne jest też, że staję przed personelem, mówię, że jest rozporządzenie, że otrzymają dodatek, więc ludzie rezygnują z innych prac, angażują się w ciężką pracę w oddziale covidowym, a potem się okazuje, że zostali oszukani. To też wpływa na poziom frustracji. Niby sobie człowiek powtarza – róbmy swoje i niech się dzieje, co chce, ale to nie jest takie proste.

Bardzo trudno jest mi się pogodzić z tym, że pracując ciężko i uczciwie, poświęcając wszystko, jesteśmy opisywani jako oszuści, którzy wymyślili sobie pandemię i biorą pieniądze za trzymanie statystów na OIOM-ach. Może nie oczekujemy jakiegoś specjalnego aplauzu, szacunku czy nie wiadomo czego, natomiast tego typu opinie traktujemy jak policzek. Człowiek pracuje przez ileś tam miesięcy, nie bez ryzyka dla własnego zdrowia i życia, jest już zmęczony, bez urlopu, bez odpoczynku, i potem słyszy te wszystkie informacje, które ktoś rozpowszechnia, że covidu nie ma. To powinno być natychmiast ucięte, media powinny odmówić publikacji tego typu opinii. Już nie mówiąc o osobach, które odpowiadają za rządzenie tym krajem. I to jest trudniejsze niż leczenie covidu. Potrafimy wyleczyć pacjentów z bardzo ciężkich stanów, potrafimy wiele z siebie dać, ale bez kłód pod nogami byłoby lżej.

Czy oswoiliśmy już strach? Wiemy, że jak są przestrzegane procedury, to zakażeń nie ma. Oczywiście zawsze się może zdarzyć, że potrzebna będzie nagła reanimacja, że ktoś nie zdąży się przebrać i podejmie decyzję o reanimacji dziecka „dodatniego" czy o nieznanym statusie bez zabezpieczenia. Różny mieliśmy czas w tej pandemii. Też taki, gdy główne osoby w państwie pokazywały, jak przez 30 sekund myć ręce. Jak jest reanimacja, to nikt nie jest w stanie 30 sekund myć rąk i 5 minut zakładać kombinezon, bo pacjent by w tym czasie umarł. Ale mamy już wprawę w szybkim zabezpieczaniu się, więc tutaj takiego strachu nie ma. Są jeszcze sytuacje, gdy poza szpitalem w nagłym wypadku trzeba udzielić komuś szybkiej pomocy. Czasem jest to ktoś bliski, a czasem obcy i stajemy przed ryzykiem udzielenia pomocy bez pełnego zabezpieczenia. Każdy sam musi podjąć decyzję. Ale takie ryzyko wpisane jest w zawód lekarza.

Duże obawy budzą ludzie, którzy manifestują swoją „antymaseczkowość", a w rezultacie powodują, że zakażają się i ciężko chorują osoby z obciążeniami czy starsi. Przerabialiśmy już setki ognisk zakażeń, więc wiemy, kto się zarażał, a kto nie.

Czy zmęczenie jest większe niż rok temu o tej porze? Tak, zdecydowanie. Pracuję cały czas. W szpitalu jestem do wieczora. Przychodzę do domu i zasypiam na siedząco. Budzę się o 1 lub 3 w nocy. Dawniej tak nie miałam. Marzę o tym, żeby to wszystko się skończyło, bo teraz nie mam szans, żeby odpocząć.

Jak być dla siebie dobrym, radzi prof. Alicja Gałązka, psycholog, psychoterapeuta, autorka szkoleń dla lekarzy organizowanych przez Komisję Kształcenia ORL

W tym trudnym dla nas wszystkich okresie jest niezmiernie ważne, by zadbać o swój dobrostan fizyczny i psychiczny, np. wykorzystując zasady terapii opartej na współczuciu dla siebie samego (*self-compassion therapy*). Koncepcja ta polega na tym, by po prostu być dla siebie dobrym, „porozpieszczać się" poprzez zrobienie czegoś wyłącznie dla siebie. Można np. wziąć aromatyczną kąpiel, ugotować coś dobrego i zdrowego, zobaczyć fajny film, pobiegać lub pójść na spacer z psem, pogadać z kolegą czy poplotkować z przyjaciółką. Słowem, zrobić coś, co sprawia nam przyjemność.

Ważne jest również – co dotyczy zwłaszcza osób szczególnie wrażliwych – by wyłączyć w sobie wewnętrzny, krytyczny głos, który ciągle nas obwinia, że coś zrobiliśmy źle albo niewystarczająco dobrze. Warto być dla siebie bardziej wyrozumiałym, dać sobie przyzwolenie na to, by nie być bogiem. Lekarzom czasami się wydaje, że są niezwyciężeni, że nie mogą sobie pozwolić na słabość – walczą o zdrowie i życie pacjentów, czasem walczą z systemem, ale przecież wszyscy jesteśmy tylko ludźmi.

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

Ostatnie ćwiczenie, jakie mogę zaproponować, wywodzi się z psychologii pozytywnej i znane jest jako „*three blessings*". Polega ono na tym, że codziennie wieczorem zapisujemy sobie trzy rzeczy, za które możemy być dzisiaj wdzięczni. Po pierwsze, za co ja mogę być wdzięczny światu, np. że mąż zabrał dzieci na plac zabaw, że sąsiadka przyniosła nam ciasto, że świeciło słońce. A po drugie, za co ja mogę sobie podziękować, np. udało mi się poćwiczyć, pomóc jakiejś osobie, wypić kawę z koleżanką. To nie muszą być wielkie rzeczy, takie z efektem „łał". Ćwiczenia z wdzięczności są stosowane także w leczeniu depresji, ponieważ pozwalają zmienić model umysłu i sposób naszego myślenia na bardziej pozytywny, zwracać uwagę na to, co dobre. Bo czasami jest tak, że sami siebie wpychamy w myślenie katastroficzne i potem dręczymy się własnymi myślami.

Trzeba jednak pamiętać, że poziom depresji wśród lekarzy wzrasta w alarmującym tempie i że w takich przypadkach należy zgłosić się do specjalisty. Niestety, lekarze należą do tej grupy zawodowej, która niechętnie korzysta z pomocy psychiatry czy psychoterapeuty. A czasami wystarczy kilka sesji, żeby sobie pomóc. Szczególnie dla lekarzy, którzy nie chcą obciążać swoimi problemami czy lękami rodziny, taka rozmowa, nawet online, może się okazać bardzo oczyszczająca.

Rozmowa z prof. Alicją Gałązką o radzeniu sobie z emocjami w czasie pandemii na stronie ggl.com.pl

Dr Łukasz Nowak, anestezjolog z Kliniki Intensywnej Terapii 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Krakowie

To, co jest teraz najtrudniejsze w pracy, to jej nadmiar. Nasz oddział był zaplanowany na 11 łóżek intensywnej terapii, a w tej chwili mamy 16 łóżek covidowych i 4 czyste, więc pracy jest bardzo, bardzo dużo. Praktycznie podwoiliśmy oddział, a nas nie przybyło. Do tego dochodzi duża liczba konsultacji na oddziałach covidowych internistycznych, trudnych, bo dotyczących kwalifikacji chorych do intensywnej terapii.

Każdego dnia pracujemy zarówno w tzw. strefie czystej, jak i strefie brudnej, w której możemy przebywać maksymalnie cztery godziny. Z jednej strefy do drugiej nie można niczego zabrać, o karcie pacjenta nie wspominając, wobec czego wiele informacji trzeba „przenieść" w głowie. Do strefy covidowej wchodzimy ubrani w kombinezony – nie sposób w nich osłuchać pacjenta, a wypełnienie przed komputerem dokumentacji w goglach, przyłbicy i dwóch parach rękawiczek zajmuje dwa razy tyle czasu co normalnie.

Pracę utrudniają również problemy ze sprzętem albo jego brakiem. Otworzyliśmy dodatkowy oddział intensywnej terapii covidowej na starym bloku operacyjnym, gdzie mamy cztery różne rodzaje respiratorów, różne rodzaje monitorów i pomp infuzyjnych, co wprowadza duży chaos w pracy. Jest to przede wszystkim spore utrudnienie dla pań pielęgniarek. Każdy z pacjentów w strefie ma podłączone 3 lub 4 pompy infuzyjne, strzykawkowe, do tego jeszcze pompę z żywieniem, więc w sumie przy 8 chorych daje to 40 pomp na trzech salach, w których średnio co 6 minut kończy się lek. Pompa zaczyna piszczeć, a ponieważ w kombinezonie gorzej słychać, więc czasem trudno się zorientować, do której trzeba pobiec. Dodajmy do tego alarmy w monitorach, respiratorach, przygotowywanie leków, pielęgnację chorych... Generalnie obciążenie pracą całego zespołu jest bardzo duże.

Dodatkową trudnością jest też unikanie przenoszenia zakażeń bakteryjnych pomiędzy pacjentami. Normalnie, pracując na intensywnej terapii, nigdy nie ma się niczego ubranego poniżej łokcia. Dlatego gdy poczuję, że czegoś dotknąłem ręką, to natychmiast to dezynfekuję. A tutaj, pracując w kombinezonie, mamy bardzo małą kontrolę tego, czego dotykamy.

Czy czuję lęk? Raczej nie. Wydaje mi się, że dzięki środkom ochrony osobistej jesteśmy bezpieczni, a doświadczenia szpitali jednoimiennych pokazują, że zakażenia pracowników od chorych, jeśli przestrzega się zasad ochrony, są niezwykle rzadkie.

Staram się racjonalnie podchodzić do sytuacji. Nie wiem, jak będzie ewoluowała epidemia. Myślę, że system chyba się już załamał. Trudno jest mi to ocenić, bo intensywna terapia jest nieco izolowana. Jesteśmy końcowym ogniwem i nie widzimy tego wszystkiego, co się dzieje na SOR-ach czy innych oddziałach. Natomiast jeżeli liczba zakażeń będzie przyrastać, to system może się załamać zupełnie. I tego bym się obawiał bardzo.

Chorzy na COVID-19 to jest z punktu widzenia anestezjologa intensywisty bardzo ciekawa grupa pacjentów – część z nich dość młodych, bez istotnych obciążeń – której mamy realną szansę pomóc, bazując na ogólnej wiedzy na temat zasad leczenia zespołu niewydolności oddechowej (ARDS). Bo leczenie COVID-19 nie różni się od leczenia ARDS wywołanego innymi przyczynami. Polska weszła w falę masowych zachorowań dość późno, więc korzystamy z doświadczeń innych ośrodków i one pokazują, że to, co jest najważniejsze dla tych chorych, to starannie prowadzona intensywna terapia, na którą składa się dobra wentylacja mechaniczna, opieka nad chorym i profilaktyka zakażeń. Jeżeli ich stan się pogarsza, jest to źródłem frustracji i poczucia porażki, tak jak zawsze. Oczywiście, nie jesteśmy obojętni, ale przez lata pracy w zawodzie uczymy się racjonalizować i obiektywizować myślenie o śmierci.

Jak odreagowuję pracę? Trochę chodzę po górach, trochę czytam. Gdy tylko jestem w domu, to dzieci chcą spędzać czas ze mną, a że widzą mnie rzadziej, to tym bardziej staram się im to jakoś wynagrodzić.

Jaka maseczka jest lepsza, radzi dr Ewa Żabińska, specjalista dermatolog

Codzienne noszenie maseczek może zaostrzyć problemy ze skórą twarzy w szczególności u tych osób, u których już wcześniej występował trądzik różowaty, trądzik młodzieńczy osób dorosłych lub wszelkiego rodzaju schorzenia alergiczne. Jednak nawet u osób, które wcześniej nie miały problemów z cerą, mogą pojawić się zmiany skórne. Jak możemy temu zapobiec? Bardzo ważne jest to, jaki rodzaj maski nosimy. Nawet w codziennym życiu, poza pracą, najlepszym rozwiązaniem są jednorazowe maski chirurgiczne, zmieniane jak najczęściej. Pod maską bawełnianą, wielokrotnego użytku wytwarza się lekko wilgotne mikrośrodowisko, a sama maska bardziej drażni powierzchnię skóry. Na pewno dużo gorzej jest z maskami, które musimy zakładać jako pełne zabezpieczenie osobiste, czyli tymi noszonymi

przez lekarzy z oddziałów covidowych. Bezpośrednie przyleganie do skóry, ucisk, prócz grudek zapalnych typowych dla trądziku może powodować bardziej nasilone zmiany. We wszystkich tych przypadkach należy jak najszybciej wdrożyć leczenie pod kątem danego schorzenia. Zachęcam do konsultacji z zaprzyjaźnionym dermatologiem. W naszej specjalności zdalne porady doskonale się sprawdzają, bo zdjęcie wykonane przyzwoitym smartfonem pozwala bez problemu na postawienie diagnozy i wdrożenie odpowiedniego leczenia, które może znacząco złagodzić lub wyeliminować objawy.

Kolejny problem dermatologiczny, na który skarżą się pacjenci w czasie pandemii, to dłonie podrażnione przez środki odkażające. W tym przypadku ważne jest działanie profilaktycznie. Lepiej nie czekać, aż płyny dezynfekujące tak przesuszą naszą skórę, że trzeba będzie wdrożyć leczenie farmakologiczne, tylko stale je zabezpieczać. Prawie każda firma apteczna oferuje preparaty dedykowane ochronie dłoni, po których nałożeniu tworzy się coś w rodzaju rękawiczki biologicznej, chroniącej nas przed działaniem środków mocno drażniących. Najlepiej mieć taką tubkę zawsze przy sobie i smarować ręce rano, przed rozpoczęciem pracy, a później w ciągu dnia po każdym myciu rąk lub gdy będziemy mieli taką możliwość.

Warto pamiętać, że stres, który teraz w szczególności towarzyszy pracy lekarzy, również zaostrza niektóre problemy skórne. W psychodermatologii jako główne schorzenie, na które wpływ ma czynnik psychiczny, wymienia się atopowe zapalenie skóry. Jednak z powodu przewlekłego stresu może się też zaostrzyć łuszczyca i inne schorzenia alergiczne lub nasilić się problem nadmiernego wypadania włosów. Oczywiście przede wszystkim zachęcam do odpowiedniej ilości snu, wspierającej diety i relaksu, ale gdyby to nie wystarczało, zapraszam na telekonsultacje.

Anna Urbańczyk, **lekarz stomatolog, prowadzi własną praktykę**

Czy się boję? Szczerze? Tak, boję się, że zachoruję. Jestem w grupie ryzyka, więc jest to dla mnie duży stres. Sama rozmowa na ten temat nie jest łatwa. Zdaję sobie sprawę, że jeśli się zarażę, moi bliscy zostaną bez opieki, prócz tego trzeba będzie zamknąć przychodnię, a to jest olbrzymia odpowiedzialność. Cały czas pracuję, nawet w czasie pierwszej fazy lockdownu przyjmowałam pacjentów. Razem z asystentką stwierdziłyśmy, że nie wyobrażamy sobie, aby można było zostawić ich bez pomocy. Prócz procedur zalecanych przez Ministerstwo Zdrowia wprowadziłyśmy też własne, dodatkowe zabezpieczenia, do których stosujemy się już automatycznie. Tak naprawdę są dwa miejsca, gdzie czuję się teraz bezpiecznie – w gabinecie i w domu.

Z drugiej strony, wiem, że wybrałam zawód, który wymaga więcej. Zdaję sobie sprawę, że jestem idealistką, ale zdecydowałam się być lekarzem ze wszystkimi tego konsekwencjami. I powiem szczerze, że te konsekwencje poniosłam, bo spotkałam się z ostracyzmem, hejtem. Najpierw myślałam, że takie sytuacje można oglądać tylko w telewizji, że dziennikarze dla sensacji nagłaśniają jakąś sprawę. Niestety nie. Mieszkam niedaleko pracy, więc często chodziłam do niej na piechotę. Zdarzało się, że pacjenci zatrzymywali się, jak mnie spotykali, i pluli na mój widok na chodnik, słyszałam wyzwiska. To byli ludzie, których wcześniej leczyłam. Zabolało i nadal boli. Za wycieraczką samochodu znajdowałam kartki, na których ktoś napisał, żebym tu nie przyjeżdżała, bo mogę zarazić sąsiadów. To było dla mnie straszne. Właściwie złamało mnie do tego stopnia, że zaczęłam się zastanawiać, co innego mogłabym w życiu robić.

Ten czas jest dla mnie trudny też z tego względu, że runęła moja wiara w osiągnięcia nauki. Naprawdę byłam przekonana, że w dobie nanotechnologii, biologii molekularnej, badań genetycznych jesteśmy w stanie poradzić sobie z każdym problemem i patogenem. A tu się okazało, że nie. Gdy ktoś mnie pyta, kiedy będzie normalnie, to nie odpowiadam, bo mam świadomość, że nawet jeżeli już poradzimy sobie z pandemią, ujarzmimy koronawirusa, to nic nie będzie takie jak dawniej. To, co się teraz dzieje, zmieniło nas na całe życie. Zawsze gdzieś będzie się czaić obawa, że to wszystko może wrócić.

Oczywiście zmęczenie daje o sobie znać, przede wszystkim psychiczne, wynikające z tego, że żyje się w ciągłym napięciu. Z tego też powodu może nie zarzuciłam, ale na pewno ograniczyłam wiele moich pasji czy zainteresowań. Brakuje mi chęci, nie cieszą mnie tak jak kiedyś. Uczestniczę natomiast w bardzo wielu kursach i szkoleniach zawodowych online, dotyczących też kompetencji miękkich czy radzenia sobie z zakażeniami szpitalnymi. Ale żeby to wszystko nie zabrzmiało tak źle – cały czas wierzę, że będę zdrowa, że nie stracę sensu życia. To są takie moje małe nadzieje.

Co powinno się znaleźć w diecie przemęczonego lekarza, radzą dr n. med. Agata Skop-Lewandowska i dr n. med. Joanna Zając z Zakładu Higieny i Dietetyki CM UJ

Przewlekłe przemęczenie i narażenie na ciągły stres nie są obojętne dla zdrowia. Należy więc pamiętać, iż wraz z ekspozycją na takie warunki wzrasta zapotrzebowanie na witaminy, szczególnie te z grupy B, mające swój udział w ochronie układu nerwowego, witaminy o charakterze antyoksydacyjnym, czyli witaminę A i C, oraz metabolicznie aktywne składniki żywności, którymi są polifenole, a wśród nich np. flawonoidy o właściwościach przeciwutleniających i przeciwzapalnych. Przykładowo wśród produktów bogatych w te związki znaleźć można: truskawki, pomarańcze, winogrona czy cebulę. Jednocześnie należy pamiętać o spożywaniu pełnowartościowego białka, którego obróbka termiczna nie powinna polegać na smażeniu, lecz na gotowaniu, ze względu na powstawanie produktów reakcji Maillarda, takich jak np. akryloamid, obciążających nie tylko układ trawienny, lecz także mechanizmy naprawcze organizmu.

Polecane w przewlekłym stresie są również produkty zawierające mikroelementy, szczególnie magnez. Dobrym źródłem tego ostatniego są nasiona (np. pestki z dyni), orzechy (np. laskowe, migdały), rośliny strączkowe (np. ciecierzyca), także warzywa (np. botwina, koper) czy ryby (np. makrela, dorsz). Dla prawidłowego funkcjonowania układu pokarmowego i lepszego samopoczucia należy posiłki (4-5 dziennie) rozkładać równomiernie, unikając jednorazowego spożywania dużych ilości węglowodanów o wysokim indeksie glikemicznym, które nie sprzyjają utrzymaniu uwagi w pracy.

Kolejnym elementem zdrowej diety jest utrzymanie odpowiedniego poziomu nawodnienia. Wraz z wysiłkiem tracimy elektrolity i to właśnie te składniki powinna dostarczyć nam woda. Podanie wody o niskiej mineralizacji powoduje rozcieńczenie elektrolitów i sprzyja dobremu samopoczuciu. Na rynku mamy do wyboru około 30 wód mineralnych, które mogą dostarczać potrzebnych mikroelementów. Przy braku rozeznania odnośnie konieczności uzupełnienia diety w poszczególne składniki mineralne, np. że potrzebujemy wody magnezowo-wapniowej (przy zmęczeniu i wysiłku), wysoko wodorowęglanowej (np. przy nadkwasocie), czy wody wzbogaconej w sód (przy zwiększonej utracie elektrolitów z potem) najlepiej pić zamiennie różnego rodzaju wody. Dla optymalnego nawodnienia zaleca się wypijanie średnio 2500–3000 ml na dzień w małych porcjach (100-150 ml). W czasie długotrwałego wysiłku korzystniejsze jest przyjmowanie napojów izotonicznych, wpływających na oszczędzanie glikogenu mięśniowego. Mimo przyzwyczajenia do różnych używek sięgajmy częściej po wodę niż kawę, która jest dobrze znanym diuretykiem. Ponadto, źródło wody stanowić mogą mleko i napoje mleczne, soki oraz owoce i warzywa.

Jedz różnorodne produkty każdego dnia

źródło: www.ncez.pl

Bądź aktywny fizycznie, utrzymuj masę ciała w normie

7 października 2020 r. podczas V Narodowego Kongresu Żywieniowego zostały zaprezentowane nowe zalecenia zdrowego żywienia opracowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH. Piramidę żywieniową zastąpił w nich talerz żywieniowy.

Jak zminimalizować zmęczenie, radzi Kinga Opoka-Kubica, fizjoterapeutka z Oddziału Neurologicznego Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie, doktorantka AWF w Krakowie

Pandemia stawia nowe wymagania szczególnie przed pracownikami ochrony zdrowia. Zmęczenie, rozdrażnienie, bóle głowy, bóle mięśni czy kręgosłupa to skutki przepracowania oraz ekspozycji na przewlekły stres, które coraz częściej dotykają medyków. Aby zminimalizować negatywne skutki przemęczenia, warto zadbać o siebie, zanim jeszcze wystąpią jego pierwsze objawy. Warto pamiętać przede wszystkim o: regularnej aktywności fizycznej, przynajmniej 40 min dziennie (np. spacer, przejażdżka na rowerze, bieganie), zbilansowanej diecie, odpowiedniej ilości snu i zmniejszeniu narażenia na dodatkowy stres.

fot. AdobeStock

Co robić, aby zminimalizować zmęczenie? Zrób sobie krótką przerwę

Pozwól sobie na bezczynność nawet przez kilka chwil. Możesz zwrócić uwagę na to, co cię otacza – dźwięki, krajobraz. Warto też skorzystać z propozycji ćwiczeń online, które można znaleźć na bezpłatnych platformach internetowych. Proste ćwiczenia wykonasz nawet w gabinecie. Warto jednak pamiętać, że jeśli nie ma się w tym doświadczenia, należy skonsultować się z fizjoterapeutą.

Nie siedź. Wstań

Jeśli pracujesz przy biurku, nie siedź zbyt długo w tej samej pozycji. W miarę możliwości wstawaj od komputera co 20-30 minut. Zadbaj o swoją postawę podczas siedzenia, wybierz odpowiednie krzesło lub zastąp je piłką gimnastyczną. Rozważ możliwość pracy w pozycji stojącej. Jeśli w pracy przebywasz głównie w pozycji siedzącej, czas wolny postaraj się spędzać aktywnie.

Spaceruj – nawet w pracy!

Nawet w małych przestrzeniach spacerowanie lub chodzenie w miejscu może pomóc ci pozostać aktywnym. Jeśli rozmawiasz przez telefon, spaceruj podczas rozmowy.

Rozciągaj się

Stres, napięcie, długotrwałe utrzymywanie stałej pozycji w pracy może powodować dolegliwości bólowe, aby je złagodzić, pamiętaj o systematycznym rozciąganiu. Krążenia głową, barkami, biodrami pomogą ci się rozluźnić.

Oddychaj!

Medytacja i pogłębione oddechy mogą pomóc ci przywrócić spokój. Spróbuj skupić uwagę na oddechu, pogłębić wdech, aktywizować przeponowy tor oddychania.

Kilka prostych ćwiczeń, które pozwolą zachować aktywność w miejscu pracy:

Ćwiczenie I

Pozycja wyjściowa: siad na brzegu krzesła, nogi w lekkim rozkroku, plecy proste.

Ruch: krążenie barkami w przód i w tył.

Liczba powtórzeń: po 10 razy w każdą stronę.

Ćwiczenie II

Pozycja wyjściowa: siad na brzegu krzesła, nogi w lekkim rozkroku, plecy proste, dłonie oparte na udach.
Ruch: skręt całego tułowia w lewą i w prawą stronę. Pracę tułowia skoordynuj z rytmem oddechowym.

Liczba powtórzeń: po 10 razy na każdą stronę.

Ćwiczenie III

Pozycja wyjściowa: siad na brzegu krzesła, nogi w lekkim rozkroku, plecy proste.

Ruch: Krążenie głową.

Liczba powtórzeń: po 3 razy w każdą ze stron
Nie unoś ramion – ręce i barki cały czas powinny być rozluźnione.

Ćwiczenie IV

Pozycja wyjściowa: siad na brzegu krzesła, nogi w lekkim rozkroku, plecy proste, kończyny górne wyprostowane, dłonie splecione.

Ruch: Wznos kończyn górnych, wewnętrzną część dłoni kierujemy „do sufitu", cofnięcie stawów barkowych.

Liczba powtórzeń: 5

Ćwiczenie V

Pozycja wyjściowa: stanie w lekkim rozkroku, plecy proste, ręce na biodrach.

Ruch: Krążenia bioder.

Liczba powtórzeń: po 5 na każdą ze stron.

Wdech wykonuj nosem, a wydech ustami. Ćwiczenia wykonuj wolno, w swoim tempie.

Konsultacja ćwiczeń: dr hab. Elżbieta Mirek
Opracowanie całości: Katarzyna Domin

Ambulatoryjne leczenie tramadolem – spojrzenie farmakologa

Dr hab. Jarosław Woroń, prof. dr hab. Ryszard Korbut

Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydz. Lekarskiego UJ CM oraz Szpital Uniwersytecki w Krakowie

W praktyce ambulatoryjnej tramadol jest jednym z najczęściej stosowanych leków przeciwbólowych. W ilości przepisywanego tramadolu Polska zajmuje na obszarze Unii Europejskiej pierwsze miejsce. Ostatnio rejestruje się wzrastającą liczbę powikłań, których przyczyną są interakcje tramadolu z innymi lekami stosowanymi jednoczasowo.

Tramadol jest syntetycznym lekiem przeciwbólowym o złożonym mechanizmie działania. Hamuje on neuronalny wychwyt zwrotny noradrenaliny oraz zwiększa uwalnianie serotoniny. Analgezja po podaniu tramadolu wynika zarówno z oddziaływania tego leku na receptory opioidowe „μ" w OUN, jak i z aktywacji zstępujących układów antynocyceptywnych: noradrenergicznego i serotoninergicznego. Działanie na receptory opioidowe wykazuje nie sam tramadol, ale jego metabolit – (+) O-demetylotramadol, który ma 700 razy większe powinowactwo do receptora opioidowego niż lek macierzysty. Dlatego też po zażyciu tramadolu efekt przeciwbólowego działania nasila się w czasie.

W przypadku stosowania tramadolu w politerapii należy bezwzględnie pamiętać o interakcjach, szczególnie farmakokinetycznych, jakie mogą wystąpić z innymi jednoczasowo zleconymi lekami. Najważniejsze interakcje i ich następstwa występujące w praktyce opisano poniżej w formie skrótowej

Implikacje kliniczne i terapeutyczne	Lek/grupa leków indukujących niekorzystne interakcje z tramadolem
W wyniku zahamowania metabolizmu tramadolu może dochodzić do redukcji oraz skrócenia efektu analgetycznego. Zwiększa się natomiast natężenie nudności i wymiotów	Bupropion, duloksetyna, fluoksetyna, paroksetyna, amitryptylina, amiodaron, haloperidol – hamują aktywność CYP2D6, a więc hamują przekształcenie tramadolu do aktywnego przeciwbólowo metabolitu
Hamuje metabolizm tramadolu. Nie stosować w profilaktyce nudności i wymiotów po tramadolu	Metoklopramid
Hamuje aktywność CYP2D6 i zmniejsza skuteczność przeciwbólową tramadolu. Nie stosować łącznie w terapii bólu	Celekoksyb
Hamują CYP2D6 i w ten sposób zmniejszają efekt analgetyczny tramadolu	Metoprolol, propranolol
Redukcja efektu analgetycznego, wzrost ryzyka wystąpienia drgawek	Karbamazepina, deksametazon, fenobarbital, topiramat – induktory CYP3A4, powodują przekształcanie tramadolu do N-demetylotramadolu, który nie działa analgetycznie, ale pro-drgawkowo
Redukcja efektu analgetycznego tramadolu	Melatonina
Redukcja efektu analgetycznego tramadolu	Omeprazol – induktor CYP3A4
Znaczny wzrost ryzyka wystąpienia zespołu serotoninowego. Nie stosować jako leku przeciwkaszlowego u pacjentów przyjmujących tramadol. Z leków o działaniu przeciwkaszlowym można stosować: lewodropropizynę, butamirat i bromek ipratropium	Dekstrometorfan
Znaczny wzrost ryzyka wystąpienia zespołu serotoninowego	Triprolidyna, bromfeniramina, chlorfeniramina

Znaczny wzrost ryzyka wystąpienia zespołu serotoninowego	Preparaty zawierające wyciągi z żeńszenia (Panax ginseng)
Ryzyko wystąpienia drgawek. Należy zachować szczególną ostrożność u pacjentów w podeszłym wieku oraz u pacjentów z drgawkami w wywiadzie	Leki obniżające próg drgawkowy oraz działające pro-drgawkowo, np.: ciprofloksacyna, winpocetyna, bupropion

Warto także przypomnieć, że nie należy łączyć tramadolu z analgetykami opioidowymi 3-stopnia drabiny analgetycznej, tzn. z buprenorfiną, morfiną, oksykodonem, fentanylem, metadonem i tapentadolem. W wyniku takich połączeń może dochodzić do zmniejszenia przeciwbólowej skuteczności tramadolu oraz wzrostu ryzyka wystąpienia reakcji neurotoksycznych.

120 lat Muzeum Historii Medycyny

Pamiątki naszego dziedzictwa

Muzeum Historii Medycyny UJ CM, znane też pod nazwą Muzeum Wydziału Lekarskiego UJ, obchodzi w tym roku 120-lecie istnienia. Jego twórcą był wybitny internista, jeden z pionierów nowoczesnej gastrologii, profesor Walery Jaworski. Zafascynowany przeszłością medycyny zaczął zbierać i gromadzić wpierw w swoim gabinecie, później zaś na terenie kliniki chorób wewnętrznych UJ przedmioty, książki i rękopisy, które najczęściej otrzymywał w darze od lekarzy...

Taki był początek kolekcji stanowiącej, jak się miało okazać, podstawę zbioru przyszłego muzeum. Ten rozrastał się szybko, a Jaworski świadomie dążył, by nadać mu bardziej instytucjonalny charakter. Okazją stały się obchody 500-lecia odnowienia Akademii Krakowskiej przypadające na rok 1900. Jaworski przygotował wówczas statut oraz program Muzeum Historycznego dla Wydziału Lekarskiego UJ. Pisał: „Celem powyższego zbioru jest wierne przedstawienie historycznego rozwoju, działalno-

Dyplom doktora medycyny M. Szastera, Rzym 1743 r.

Indeks Adama Bochenka, studenta Uniwersytetu Jagiellońskiego, ok. 1981 r.

ści i wpływu Wydziału Lek. UJ na naukę i społeczeństwo polskie". Tej myśli pozostał wierny przez kolejne lata.

Senat UJ przyjął założenia przedłożone przez Jaworskiego jako podstawę dla planowanej przez profesora instytucji, a także zatwierdził jej nazwę na posiedzeniu 27 kwietnia 1900 roku. Tę datę można uznać za początek działalności dzisiejszego Muzeum Historii Medycyny w Krakowie. Należy też przypomnieć, że Jaworski nie był jedynym, który poświęcał swój czas i energię, by zadbać o tradycję lekarską. Adam Wrzosek, profesor patologii ogólnej i doświadczalnej UJ, wykładowca propedeutyki, później zaś również historii medycyny, dążył do wprowadzenia w życie planów kreślonych jeszcze w połowie XIX wieku, by utworzyć odrębną katedrę dla tego przedmiotu, zbierając już wcześniej starodruki, portrety oraz narzędzia lekarskie. Zbiór zgromadzony przez profesora, który ten przekazał w 1913 roku na rzecz Uniwersytetu Jagiellońskiego, zyskał z czasem miano Muzeum Wrzoska. Gdy w 1920 roku powołano do życia Katedrę i Zakład Historii i Filozofii Medycyny, powierzając ich kierownictwo prof. Władysławowi Szumowskiemu, to właśnie jemu przyszło zadbać o muzealia.

Szumowski zbiory Jaworskiego zamierzał scalić z kolekcją Adama Wrzoska oraz kształtującym się powoli Zakładem Historii Medycyny, które w sumie miały utworzyć Instytut Historii i Filozofii Medycyny, do czego jednak ostatecznie nie doszło. Niemniej to właśnie wówczas, sto lat temu, muzeum weszło na stałe w skład Katedry Historii i Filozofii Medycyny UJ, dzieląc odtąd razem z nią jej dzieje. Zabiegi Szumowskiego i jego następców o to, by zapewnić odpowiednie warunki dla stałej ekspozycji i stosowne pomieszczenia magazynowe, stanowią osobną opowieść. Ostatecznie dopiero u progu lat 90. minionego

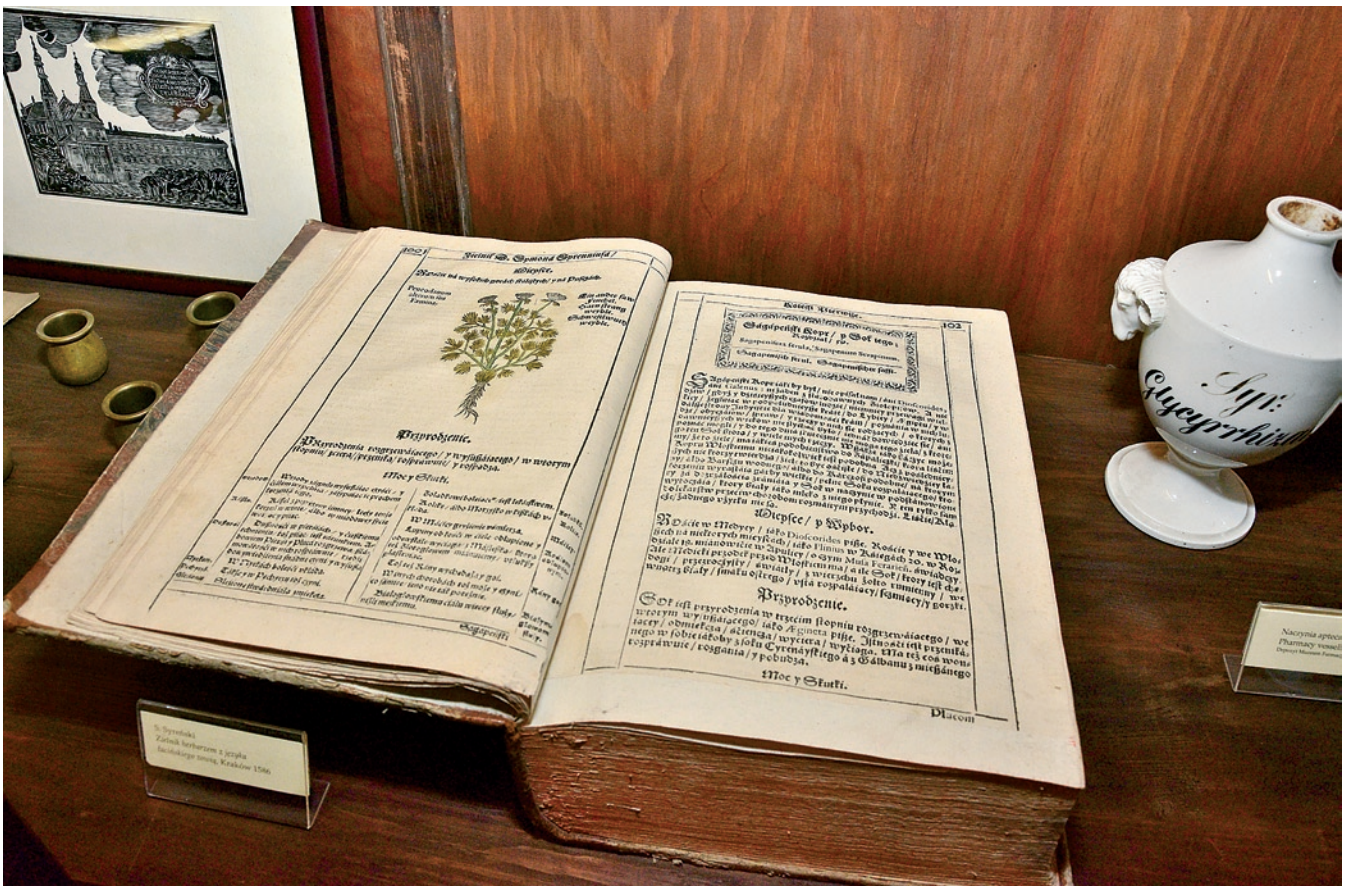
Aparat do leczenia sztuczną odmą dr. Stefana Jasińskiego, 1939 r.

Na zdjęciu zbiorowym: Profesor Jan Mikulicz-Radecki wraz z zespołem Kliniki Chirurgii UJ, Kraków ok. 1885 r.

wieku, dzięki staraniom prof. Zdzisława Gajdy i poparciu udzielonemu przez ówczesne władze Wydziału Lekarskiego, a także Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, Muzeum mogło znaleźć dla siebie życzliwą przystań w Domu TLK przy ul. Radziwiłłowskiej 4.

Kolekcję Muzeum Historii Medycyny UJ CM cechuje po dziś dzień duża różnorodność zbiorów. Niewątpliwie ich ozdobą są starodruki, które dzięki zapobiegliwości profesorów Wrzoska i Szumowskiego oraz hojności licznych ofiarodawców są licznie tutaj reprezentowane. „Zielnik" Szymona Syreniusza, „De re anatomica" (1572) autorstwa Realdo Colombo, a także najstarszy polski traktat wenerologiczny autorstwa Wojciecha Oczki „Przymiot" (1581) to ledwie parę przykładów z tej kolekcji. Nie brakuje rękopiśmiennych zespołów obejmujących sobą zarówno szkice, jak i gotowe opracowania, a także bogatą korespondencję szeregu przedstawicieli krakowskiej profesury, m.in. Napoleona Nikodema Cybulskiego

Jedne z najstarszych gastroskopów projektu prof. Jana Mikulicza-Radeckiego



„Zielnik herbarzem z języka łacińskiego zowią" Szymona Syreńskiego, Kraków 1586 r.

czy Henryka Jordana. Znakomicie prezentują się historie chorób spisane w pierwszej połowie XIX wieku w klinice prof. Macieja Józefa Brodowicza. Cenny zbiór instrumentów i narzędzi lekarskich z kliniki chirurgicznej UJ prof. Ludwika Bierkowskiego oraz jedne z najstarszych gastroskopów projektu prof. Jana Mikulicza-Radeckiego nieodmiennie budzą zainteresowanie zwiedzających. Warto też zwrócić uwagę na licznie reprezentowane stetoskopy, w tym te należące do Tytusa Chałubińskiego. Wśród

dyplomów lekarskich, w tym unikatowych dyplomów włoskich pochodzących z XVIII stulecia, odnajdujemy także wiedeński dyplom prof. Józefa Dietla czy wybitnego anatomo-patologa prof. Alfreda Biesiadeckiego. Licznie reprezentowany jest bogaty zespół portretów oraz zdjęć. Nie sposób też nie wspomnieć o jednym z największych zbiorów medali lekarskich.

Kolejne eksponaty – być może są w Państwa szafach i piwnicach... Może warto przekazać je do Muzeum?

Ryszard W. Gryglewski
Fot. Jerzy Sawicz

O potrzebie wywyższenia się...

„Ludzie mają potężną potrzebę, żeby czuć się lepszymi od innych. Nieważne, kim są, muszą mieć kogoś, kto byłby gorszy od nich. Kto jest gorszy, kto lepszy, zależy od wielu przypadkowych cech. Ci, co mają jasne oczy, myślą z wyższością o tych ciemnookich. Ci ciemnoocy zaś patrzą z góry na jasnookich. Ci, co mieszkają pod lasem, czują jakąś wyższość na tymi, co mieszkają nad stawami, i odwrotnie. Chłopi patrzą z wyższością na Żydów, Żydzi zaś z wyższością na chłopów. Mieszczanie czują się lepsi niż mieszkańcy wsi, a ci ze wsi traktują tych z miasta jako gorszych".

Było to parę zdań, zdumiewająco trafnych o naszej psychice, a wtrąconych jakby przypadkiem na marginesie fabuły „Ksiąg Jakubowych" Olgi Tokarczuk (na str. 573 pierwszego wydania).

Nie będę chyba w błędzie, jeśli zaryzykuję pogląd, że opisane przez autorkę cechy charakterologiczne nabierają szczególnego znaczenia wśród lekarzy i pacjentów. Ci drudzy, w swojej masie zaawansowani wiekowo, licytują się w kolejkach do sklepu i pod przychodniami, na ulicy i telefonicznie wachlarzem swoich schorzeń, wyliczeniem odbytych badań, dolegliwościami, które innych powaliły, gdy oni mimo wszystko trwają. To właśnie owa opisana na wstępie swoista potrzeba przewyższenia prowadzi opacznie w myśl logiki do sytuacji, w której im ktoś bardziej chory, tym lepszy.

W tej rywalizacji szczególnego znaczenia nabierają dwie kwestie. Jakie, kto i gdzie badania przeszedł oraz u kogo się leczył lub leczyć zamierza. Lekarze często nie zdają sobie sprawy, jak ich opinie o skuteczności tego czy innego leku bądź o dyskusyjnej reputacji jakiegoś ośrodka leczniczego wpływają na samopoczucie badanego. I albo napawają go optymizmem, albo pogrążają w stresie.

I tu pojawia się, często w niezamierzony sposób, analogiczna kwestia jak u pacjentów – dowartościowania własnej osoby przez lekarza. Zdawkowe pytanie zadane pacjentom, kto pana (panią) leczył, jest zazwyczaj niczym innym, jak zaspokajaniem tej samej potrzeby wyższości nad innymi. Wprawdzie tylko przed osobą postronną, chorym, który nie ma pojęcia o kwalifikacjach poprzedniego lekarza, ale lepsze to niż nic. W przypadku wymienienia przez pacjenta postaci lekarza – autorytetu w danej dziedzinie, wyższość można okazać także umiejętnie przedstawioną skromnością.

Wśród lekarzy, mniej lub bardziej skrywaną pogardą cieszy się tzw. doktor Google, do którego opinii sięgają ludzie głodni wiadomości o swoim schorzeniu, o metodach jego leczenia czy rokowaniach. Przeciążenie lekarzy liczbą pacjentów oraz obciążenie obowiązkami biurokratycznymi (wciąż rosnącymi, wbrew deklaracjom władz) sprawiają, że na tę część porady wielu lekarzy po prostu nie znajduje czasu. Bywa też, że dzielenie się wiedzą z pacjentem uważają za bezproduktywną stratę czasu. A na dźwięk słowa „Google" podnosi im się poziom adrenaliny.

Zupełnie bezzasadnie, bywa nawet małostkowo, jak to obnażyła noblistka. Dzięki internetowej informacji w całym cywilizowanym świecie poziom edukacji medycznej wzrósł niepomiernie. Dziś co drugi chory, nim uda się do lekarza, sam próbuje zdefiniować swoją dolegliwość sięgając do internetu.

Ale nie możecie się Państwo z tego tytułu obrażać ani nawet kwestionować ogólnikowych z natury opisów. Nota bene, tym tropem można trafić niekiedy na absolutnie specjalistyczne publikacje, warte także lektury lekarzy. Platformy edukacyjne to w końcu uznane sposoby rozpowszechniania wiedzy.

W całym współczesnym świecie dylematem nierozwiązanym jest dzisiaj kwestia wyboru informacji z ich nadmiaru. Niemniej okiem pacjenta na tę właśnie pochopną reakcję dyskredytującą opinie innych zaczerpnięte z internetu próbuję zwrócić uwagę Państwa. Oczywiście, problem w tym, że niektórzy pacjenci próbują się leczyć sami. Ale też ich tęsknota za wiedzą o własnym zdrowiu i jego niedomaganiach jest absolutnie uprawniona.

Lekarze są oczywiście lepsi niż nie-lekarze, ale czym byliby bez pacjentów?

Stefan Ciepły

Ochrona danych osobowych w czasie pandemii

Szczególna sytuacja, jaka wystąpiła w związku z pandemią COVID-19, spowodowała konieczność podejmowania także w obszarze prawa szeregu działań dotykających sfery ochrony danych osobowych. Ze względu na skalę i skutki epidemii takie nierzadko doraźne działania, choć podejmowane w interesie bezpieczeństwa publicznego, istotnie ingerują w prywatność, budząc tym samym wątpliwości co do ich prawnego umocowania. Raptownie przyspieszyła także „informatyzacja usług zdrowotnych". Skutkuje to koniecznością wdrożenia funkcjonalnych narzędzi i procedur gwarantujących jednocześnie bezpieczeństwo „obrotu" szczególnym typem dobra, jakim są „dane o zdrowiu". W poniższym tekście pragnę przybliżyć wybrane zagadnienia dotyczące wspomnianej problematyki.

RODO

Podstawowym aktem prawnym regulującym kwestie danych osobowych we wszystkich państwach Unii Europejskiej jest Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO").

Ww. rozporządzenie wiąże w całości i jest bezpośrednio stosowane. Przepisy prawa krajowego muszą być zgodne z jego postanowieniami, co nie oznacza jednak, że całkowicie zastąpiło ono prawo krajowe. Nad spójnym stosowaniem zasad ochrony danych w całej Unii Europejskiej czuwa m.in. Europejska Rada Ochrony Danych (dalej „Rada" lub „EROD"). Jest to niezależny organ europejski, składający się z przedstawicieli krajowych organów ochrony danych i Europejskiego Inspektora Ochrony Danych.

W ostatnim okresie Rada kilkukrotnie zajmowała stanowisko w przedmiocie ochrony danych osobowych ze względu na nadzwyczajną sytuacją zdrowotną, jaka zaistniała w krajach członkowskich UE w związku z wystąpieniem pandemii. W czerwcu br. Rada wydała oświadczenie wskazujące w szczególności, że pandemia nie wyłączyła w żadnym zakresie obowiązywania przepisów RODO. Według Rady unijne rozporządzenie nadal ma zastosowanie, umożliwiając z jednej strony skuteczną odpowiedź na pandemię, w tym przetwarzanie danych osobowych w sytuacjach niezbędnych do walki z pandemią COVID-19, a jednocześnie chroniąc podstawowe prawa i wolności osób, których dane są przetwarzane. Dodatkowo w ww. oświadczeniu Rada podkreśliła, głównie jako postulat skierowany do władz krajowych, że „(...) Sam fakt istnienia pandemii lub jakiejkolwiek innej sytuacji wyjątkowej nie stanowi wystarczającego uzasadnienia dla wprowadzenia jakiegokolwiek ograniczenia praw osób, których dane dotyczą; wręcz przeciwnie, każde ograniczenie musi jasno przyczyniać się do ochrony ważnego celu, jakim jest ogólny interes publiczny UE lub państwa członkowskiego. Stan wyjątkowy, przyjęty w kontekście pandemii, jest warunkiem prawnym, który może legitymizować ograniczenia praw osób, których dane dotyczą, pod warunkiem, że ograniczenia te będą miały jedynie zastosowanie, o ile jest to ściśle konieczne i proporcjonalne do osiągnięcia celu, jakim jest ochrona zdrowia publicznego" (więcej na stronie www.edpb.europa.eu)

W obszarze ochrony danych osobowych na gruncie prawa europejskiego warto również sięgnąć do innych, wybranych stanowisk EROD, m.in.:

a) wytycznych dot. wykorzystywania danych o lokalizacji oraz narzędzi służących ustalaniu kontaktów zakaźnych w kontekście pandemii COVID-19.

b) oświadczenia w sprawie przetwarzania danych osobowych w kontekście pandemii COVID-19.

c) wytycznych w sprawie przetwarzania danych dotyczących zdrowia do celów badań naukowych w kontekście pandemii COVID-19.

Prawo krajowe

Zgodnie z definicją, jako „dane osobowe" traktuje się wszelkie informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej. Elementami identyfikującymi mogą być m.in. imię i nazwisko, numer identyfikacyjny typu PESEL, dane o lokalizacji, ale także czynnik określających fizyczną, genetyczną, ekonomiczną lub kulturową tożsamość osoby i inne. Przyjmuje się, że prawo do ochrony danych osobowych jest jednym z wymiarów szeroko rozumianego prawa do prywatności, o którym stanowi przede wszystkim art. 47 Konstytucji. Na jego mocy każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym. Konstytucja zawiera także inne regulacje dotyczące sfery prywatności, np. art. 39 (zakaz eksperymentów naukowych bez zgody osoby zainteresowanej) czy art. 41 (nietykalność i wolność osobista). Bezpośrednio prawo do ochrony danych osobowych wyraża art. 51 Konstytucji, który stanowi, że:

– nikt nie może być obowiązany inaczej, niż na podstawie ustawy, do ujawniania informacji dotyczących jego osoby;

– władze publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach, niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym;

– każdy ma prawo dostępu do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych, a ograniczenie tego prawa może określić ustawa, oraz, że

– każdy ma prawo do żądania sprostowania oraz usunięcia informacji nieprawdziwych, niepełnych lub zebranych w sposób sprzeczny z ustawą.

Jednym z elementów obszernego zbioru danych osobowych są „dane dotyczące zdrowia". Uznaje się, iż są to informacje o zdrowiu fizycznym lub psychicznym – w tym o korzystaniu przez nią z usług opieki zdrowotnej. Kategoria ta obejmuje w szczególności: informacje o chorobie, niepełnosprawności, ryzyku choroby, historii medycznej, leczeniu klinicznym lub stanie fizjologicznym, lub biomedycznym, dane rejestracyjne, numery lub symbole, lub oznaczenie przypisane danej osobie w celu jednoznacznego jej zidentyfikowania do celów zdrowotnych, informacje pochodzące z procesu udzielania świadczeń, w tym z badań diagnostycznych, dane genetyczne i próbki biologiczne. Informacjom tym powszechnie przypisuje się szczególny charakter, kwalifikując je do ogólnej kategorii „danych wrażliwych".

Z punktu widzenia praktyki udzielania świadczeń zdrowotnych podstawowe znaczenie w obszarze ochrony danych medycznych mają kwestie tajemnicy zawodowej oraz zasady prowadzenia dokumentacji medycznej. Należy podkreślić, że mimo stanu pandemii utrzymane zostały zarówno prawne standardy dotyczące tajemnicy zawodowej zawarte w ustawie z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jak również reguły dotyczące zasad sporządzania, prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej, wynikające w szczególności z Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Jednakże, co zrozumiałe, pandemia wymusza także konieczność często bardzo dynamicznych zmian legislacyjnych oraz wdrażania za ich pośrednictwem narzędzi teletechnicznych służących obsłudze świadczeń zdrowotnych. Z ostatnio przyjętych regulacji prawnych dotyczących sfery ochrony danych o stanie zdrowia warto wskazać:

1) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2020, poz. 1395.), które dotyczy m.in.:

– zasad informowania przez świadczeniodawcę o warunkach udzielania teleporad z uwzględnieniem prawa pacjenta do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym;

– kwestii potwierdzenia przez osobę udzielającą teleporady, przed jej udzieleniem, tożsamości pacjenta;

– wymogu dokonania, przez osobę udzielającą teleporady, adnotacji w dokumentacji medycznej o realizacji świadczenia zdrowotnego w formie teleporady;

– zobowiązania do przeprowadzenia teleporady w warunkach gwarantujących poufność, w tym zapewnienie braku dostępu osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w związku z udzieleniem teleporady.

W zakresie udzielania i dokumentowania świadczeń w formie teleporad należy również pamiętać o regulacjach (por. np. art. 7 ust. 4) przyjętych w ustawie z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1842 – t.j.).

2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2020 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020, poz. 1981). Rozporządzenie wprowadza w szczególności rozwiązania dotyczące dokumentacji medycznej w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital, zlokalizowanym w miejscu nieprzeznaczonym dotychczas do udzielania świadczeń

zdrowotnych (czyli np. na stadionie), w którym są one udzielane pacjentom zakażonym SARS-CoV-2.

Podsumowanie:

– W obszarze ochrony danych osobowych nadal obowiązują wymogi określone RODO.

– Obowiązujący charakter zachowują przepisy prawa krajowego dotyczące zasad ochrony danych o stanie zdrowia, w tym m.in. standard tajemnicy zawodowej oraz zasady prowadzenia dokumentacji medycznej.

– W związku ze stanem pandemii wprowadzane są do porządku prawnego regulacje szczegółowe dot. m.in. zasad prowadzenia dokumentacji w szpitalach tymczasowych oraz standardów udzielania teleporady.

Ze względu na dynamikę zmian prawnych wynikających z konieczności dostosowania się do rozwoju pandemii oraz w związku z postępującą informatyzacją w obsłudze świadczeń medycznych warto aktualizować wiedzę w tym obszarze, sięgając po materiały publikowane zarówno przez samorząd lekarski, jak i organy władzy publicznej (w tym Ministerstwo Zdrowia oraz Inspekcję Sanitarną).

mgr Dariusz Dziubina

Sankcje za nieprzestrzeganie Prawa atomowego

Na stronie internetowej OIL w Krakowie umieszczono wybrane zagadnienia znowelizowanej ustawy Prawo atomowe (Dz.U.2019, poz. 1792). Opracowany materiał dedykowany jest w szczególności dla:

- kierowników jednostek organizacyjnych wykonujących działalność medyczną z wykorzystaniem promieniowania jonizującego,
- pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące.

Zgodnie z zapisami ustawy za przestrzeganie wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej odpowiada kierownik jednostki organizacyjnej wykonujący działalność związaną z narażeniem. W przypadku niedopełnienia obowiązków wynikających z ustawy (art. 123) wymierza się karę pieniężną:

- kierownikowi jednostki organizacyjnej w wysokości nieprzekraczającej pięciokrotności kwoty przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w roku kalendarzowym poprzedzającym popełnienie czynu, ogłaszanego przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego;
- jednostce organizacyjnej wykonującej działalność związaną z narażeniem wymierza się karę pieniężną w wysokości nieprzekraczającej pięćdziesięciokrotności kwoty przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w roku kalendarzowym poprzedzającym popełnienie czynu, ogłaszanego przez prezesa GUS;
- osobie prowadzącej jednoosobową działalność oraz każdemu ze wspólników spółki cywilnej, wykonującym działalność związaną z narażeniem, wymierza się karę pieniężną w wysokości nieprzekraczającej pięćdziesięciokrotności kwoty przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w roku kalendarzowym poprzedzającym popełnienie czynu, ogłaszanego przez prezesa GUS.

Kary pieniężne nakłada organ upoważniony do wydawania zezwolenia i prowadzenia nadzoru (PWIS, Prezes PAA), w formie decyzji administracyjnej, której nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

dr n. tech. Edward Araszkiewicz

Z naszych szpitali...

22 października krakowscy kardiochirurdzy ze Specjalistycznego Szpitala im. Jana Pawła II, w piątą rocznicę pierwszego w tej placówce wszczepienia pompy serca, wykonali ten zabieg już po raz 86., ratując życie 60-letniemu mężczyźnie z niewydolnością lewej komory serca.

– Zaletą zastosowania mechanicznego wspomagania u pacjentów jest fakt, że pompy są dostępne od ręki. Pacjent, u którego ostatnio wykonaliśmy transplantację, mimo pilnych wskazań na przeszczep czekał już od 170 dni – wyjaśnia dr hab. Karol Wierzbicki kierujący Odcinkiem Transplantologii i Mechanicznego Wspomagania Krążenia i dodaje: – Od kiedy możliwe jest wszczepianie pomp serca, możemy pomóc większej liczbie pacjentów, zwłaszcza takim, u którym przeszczep serca jest niemożliwy, na przykład u pacjentów onkologicznych, leczonych chemioterapią.

Dzięki zaangażowaniu wąskiej grupy specjalistów i współpracy oddziałów klinicznych Instytutu Kardiologii mechaniczne wspomaganie serca w Szpitalu im. Jana Pawła II rozwija się bardzo dynamicznie, czego dowodem jest porównywanie go do czołowych centrów europejskich. Jest on również liderem w Polsce w stosowaniu pomp serca. Zabiegi są wykonywane mimo utrudnień związanych z pandemią.

26 października zespół pod kierownictwem prof. Kazimierza Pityńskiego z Kliniki Ginekologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie przeprowadził u 47-letniej pacjentki z rakiem jajnika operację stopniującą według pełnego protokołu, w całości techniką laparoskopową. Operacja polegała na usunięciu całego narządu rodnego, węzłów chłonnych miednicy mniejszej i okołoaortalnych, sieci większej. Dzięki zastosowaniu małoinwazyjnej metody, zmniejszającej też ryzyko powikłań, możliwe było wcześniejsze włączenie leczenia uzupełniającego w postaci chemioterapii.

W najbliższych miesiącach placówka planuje otworzyć Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety, które będzie zajmować się m.in. chirurgią onkologiczną.

10 listopada w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie uroczyście przekazano 21 420 zł zebranych podczas biegu „5 na dobry początek". Pieniądze zostały przeznaczone dla Oddziału Ortopedii.

– W tym roku, bieg nie mógł się odbyć na krakowskich Błoniach. Postanowiliśmy więc zorganizować go w formie wirtualnej, a opłaty startowe od zawodników (w sumie 718 osób – red.) przekazać na potrzeby Szpitala Dziecięcego – informował prof. Jacek Sapa, dziekan Wydziału Farmaceutycznego UJ CM, inicjator i organizator biegu, wręczając prof. Krzysztofowi Fyderkowi, dyrektorowi USD, symboliczny czek.

Zebrane pieniądze pozwoliły na zakup nowoczesnego instrumentarium operacyjnego do osteotomii okołopanewkowej metodą Ganza. Zabieg zarezerwowany jest przede wszystkim dla pacjentów z wadami wrodzonymi lub rozwojowymi – mówił dr Krzysztof Miklaszewski, kierownik Oddziału Ortopedii. Dzięki metodzie opracowanej pod koniec lat 90. XX w. możliwe jest zapobieganie wytworzeniu wczesnych zmian zwyrodnieniowych, które w krótkim czasie skutkują koniecznością założenia endoprotezy.

Zabiegi osteotomii okołopanewkowej metodą Ganza wykonywane są w nielicznych ośrodkach w Europie, w Polsce tylko w dwóch – także w Otwocku. W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym od 2018 r. wykonano ich ok. 20.

(opr. kd) (źródło – UJ CM)
fot. Jerzy Sawicz

Poradnik e-skierowania
– część druga

Już od 8 stycznia 2021 roku skierowania do poradni, szpitali czy na badania diagnostyczne będą wystawiane pacjentom w postaci elektronicznej. E-skierowania będą działać na podobnej zasadzie jak e-recepty. 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**. 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**. Pacjent może też otrzymać wydruk informacyjny. Wydanie wydruku jest wymagane, jeśli pacjent nie wskazał swoich danych na IKP lub 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** 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** 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. 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. 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.

Partnerem artykułu jest Centrum e-Zdrowia

Krosno

Z bólem przyjęliśmy wiadomość o śmierci w dniu 25 października 2020 r. doktora Mariana Fedorowicza, byłego pełnomocnika Delegatury w Krośnie (IV kadencja). Doktor Fedorowicz w latach 1997-2013 był delegatem na okręgowe Zjazdy Lekarzy, był również delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej OIL Kraków. Cześć Jego pamięci! (*Więcej informacji o śp. Doktorze M. Fedorowiczu w „Pożegnaniach”*).

Decyzją Wojewody Podkarpackiego z 29.10.2020 r. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku został przekształcony w jednoimienny szpital zakaźny, wyznaczony do leczenia pacjentów z pozytywnym wynikiem testu RT-PCR lub testu antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2. Pacjenci z pozostałymi chorobami będą leczeni w pobliskich szpitalach.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie poinformował w lokalnych środkach przekazu, że w krośnieńskiej lecznicy przygotowanych jest 10 miejsc covidowych z możliwością powiększenia tej bazy do 30-łóżkowego oddziału. Z Agencji Rezerw Materiałowych Szpital otrzymał potrzebne respiratory i kardiomonitory.

Wojewoda Podkarpacki podjęła też decyzję o zabezpieczeniu 40 łóżek dla pacjentów z COVID-19 w Szpitalu Uzdrowiskowym „Zimowit” w Rymanowie-Zdroju. Szpital będzie współpracował ze szpitalami w Krośnie, Sanoku i Łańcucie. Na początku mają być tam kierowani pacjenci z lżejszym przebiegiem choroby.

W listopadzie ruszył pilotażowy projekt skierowany do osób mających problemy z oddychaniem i wymagających tlenoterapii. Na Podkarpaciu zakażeni koronawirusem będą mogli skorzystać z 300 koncentratorów tlenu. O tym, kto go otrzyma, będzie decydować lekarz POZ. Sprzęt został zakupiony przez Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie.

Inicjatywa ta zrodziła się dzięki pomysłowi lekarzy POZ oraz Wojewódzkiego Urzędu Pracy. – *300 koncentratorów możemy przeznaczyć dla pacjentów, którzy będą wymagali wsparcia tlenowego. W przypadku trudności oddechowych takie osoby nie będą musiały niezwłocznie być kierowane do szpitali, a być może ta terapia pozwoli im tego uniknąć. (...) Mam nadzieję, że będzie to bardzo dobrze przyjęte przez chorych, a przede wszystkim ułatwi opiekę nad pacjentem covidowym dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej* – powiedziała Ewa Leniart, wojewoda podkarpacki.

Jak podkreślił Mariusz Małecki, prezes Porozumienia Podkarpackiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia, koncentratory tlenu będą udostępniane pacjentom po uzyskaniu zlecenia od lekarza rodzinnego. – Rodzina będzie mogła w określonej placówce (w większości będą to placówki Caritasu, które są równomiernie rozmieszczone na terenie całego województwa) wypożyczyć koncentrator tlenu. Przewidujemy, że te okresy wypożyczenia nie będą długie (...), od 7 do 10 dni. (*źródło: www.jaslo4u.pl*).

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Krosno

Nowy Sącz

Pandemia wyparła wszystkie inne sprawy na dalszy plan. Szpitale w regionie musiały sukcesywnie przekształcać swoje łóżka w covidowe, nawet do 80 proc. z nich (jak w Zakopanem). W Krynicy-Zdroju na potrzeby walki z pandemią utworzono 60 łóżek, w tym 4 intensywnej terapii. Krynicki Szpital niemal całkowicie zaprzestał swojej statutowej działalności. Także w Krynicy, na bazie Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowego, czyli Sanatorium Wojskowego, w listopadzie uruchomiono tymczasowy szpital covidowy, liczący ponad 160 łóżek. Natomiast w Sanatorium Continental powstało izolatorium.

5 listopada zakończył się czwarty okres rozliczeniowy obowiązkowych punktów edukacyjnych. W Delegaturze w Nowym Sączu można uzyskać, na podstawie potwierdzeń o odbytych szkoleniach, wpis punktów do prawa wykonywania zawodu.

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Nowy Sącz

Przemyśl

W obecnym czasie wszystko obraca się wokół pandemii, potrzeby są duże i pozyskanie dodatkowego sprzętu jest bardzo cenne. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Przeworsku zyskał nowy, wysokiej klasy respirator transportowy C1 renomowanej firmy Hamilton Medical AG, o wartości ponad 50 tys. zł. Środki finansowe zapewnił powiat przeworski.

Do walki z COVID-19 w naszym regionie zakupiono ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego 300 koncentratorów tlenu dla chorych. Zostaną rozdysponowane wśród pacjentów POZ, pensjonariuszy domów pomocy społecznej oraz pacjentów placówek opiekuńczych i leczniczych. Domowe leczenie tlenem będzie dużym wsparciem i pozwoli zmniejszyć liczbę hospitalizowanych osób.

Praca w Delegaturze w dalszym ciągu przebiega w systemie zmianowym – z pominięciem kontaktu osobistego. Jednakże sprawy, które wymagają obecności w biurze, załatwiane są po telefonicznym umówieniu z lekarzami, w odpowiednich godzinach i z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Przemyśl

OIL w Krakowie zaprasza na szkolenia

OIL w Krakowie planuje w 2021 r. zrealizować szkolenie z zakresu zdrowia publicznego w dziedzinie: higiena radiacyjna – postępowanie jednostek ochrony zdrowia w przypadku zdarzeń radiacyjnych.

Szkolenie to wynika z zapisów ustawy Prawo atomowe, rozdział XI (Dz.U. z 2019 r. poz. 1792), która nakłada na jednostki ochrony zdrowia obowiązek udzielania pierwszej pomocy medycznej w przypadku wprowadzenia działań interwencyjnych związanych z sytuacją radiologiczną w terenie skażonym substancjami promieniotwórczymi. Na pierwszej linii walki z tymi zagrożeniami znajdą się pracownicy ochrony zdrowia.

Celem szkolenia będzie przybliżenie wiedzy związanej ze źródłami promieniowania jonizującego oraz sytuacji, które wymagać będą podjęcia pilnych działań interwencyjnych w celu:

– złagodzenia poważnych skutków dla zdrowia ludzi,

– zmniejszenie ryzyka, które może doprowadzić do poważnych, niepożądanych skutków zdrowotnych ludzi, ich bezpieczeństwa i jakości życia.

Do uczestnictwa w szkoleniu zapraszamy:

- ratowników medycznych,
- pracowników SOR,
- lekarzy POZ,
- lekarzy medycyny nuklearnej.

Terminy szkoleń, przeznaczonych dla służb medycznych z terenu Małopolski, zostaną opublikowane na stronie internetowej OIL w Krakowie.

Profesorowie

Prezydent Rzeczpospolitej Polskiej nadał 21 września 2020 r. tytuł profesora

dr hab. Justynie Drukale

dr hab. Magdalenie Dutsch-Wicherek

dr. hab. Arturowi Ludwinowi

dr hab. Danucie Owczarek

dr hab. Jadwidze Wójkowskiej-Mach

Wykaz osób, którym Rada Dyscypliny Nauki Medyczne UJ nadała stopień naukowy doktora nauk medycznych

w dniu 10 listopada 2020 r.

lek. Tomasz Bonczar
An anatomic and histologic study of the terminal branch of the posterior interosseous nerve in terms of innervation of the dorsal wrist capsule and clinical application (Budowa anatomiczna i histologiczna dystalnego odcinka nerwu międzykostnego tylnego w aspekcie unerwienia torebki stawowej nadgarstka oraz wykorzystania klinicznego)
Promotor: prof. dr hab. Jerzy Walocha
Promotor pomocniczy: dr hab. Krzysztof Tomaszewski

lek. Karolina Brzuszkiewicz
Modern minimally invasive biopsy techniques in the diagnosis and treatment of breast focal lesions (Nowoczesne małoinwazyjne metody biopsyjne w diagnostyce i leczeniu zmian ogniskowych piersi)
Promotor: prof. dr hab. Andrzej Matyja

lek. Artur Dobosz
Molecular markers of congenital heart defects in Down syndrome (Molekularne markery wrodzonych wad serca w zespole Downa)
Promotor:
prof. dr hab. Mirosław Bik-Multanowski

lek. Katarzyna Dyląg
Występowanie wad układu moczowego, zaburzeń funkcji nerek oraz nadciśnienia tętniczego u pacjentów z płodowym zespołem alkoholowym (FAS), częściowym płodowym zespołem alkoholowym (pFAS) i neurorozwojowymi uszkodzeniami związanymi z narażeniem na alkohol w życiu płodowym (ARND)
Promotor: prof. dr hab. Dorota Drożdż

lek. Adam Gębka
The role of troponin and the N-terminal pro B-type natriuretic peptide in the pathophysiology of hypertrophic cardiomyopathy (Rola troponiny i N-końcowego fragmentu propeptydu natriuretycznego typu B w patofizjologii kardiomiopatii przerostowej)
Promotor:
prof. dr hab. Paweł Petkow-Dimitrow
Promotor pomocniczy: dr Renata Rajtar-Salw

lek. Piotr Golec
Long-term evaluation of operative treatment of intraarticular calcaneal fractures using minimally invasive percutaneous fixation (Ocena wyników odległych leczenia operacyjnego złamań stawowych kości piętowej z zastosowaniem przezskórnych zespoleń małoinwazyjnych)
Promotor: prof. dr hab. Maciej Tęsiorowski
Promotor pomocniczy: dr hab. Krzysztof Tomaszewski

lek. dent. Aleksandra Kalandyk-Konstanty
The dependence of selected parameters of oral health and inflammatory complications after cardiac surgery on the state of oral hygiene and body weight (Zależność wybranych parametrów zdrowotnych jamy ustnej oraz powikłań zapalnych po operacjach kardiochirurgicznych od stanu higieny jamy ustnej i masy ciała)
Promotor: prof. dr hab. Joanna Zarzecka

lek. Katarzyna Piątek-Koziej
Morphology of selected left atrial structures of the heart with reference to ablation procedures (Morfologia wybranych struktur lewego przedsionka serca w odniesieniu do zabiegów ablacji)
Promotor: prof. dr hab. Jerzy Walocha
Promotor pomocniczy: dr hab. Mateusz Hołda

lek. stom. Maciej Rozwadowski
Analiza metod i wyników leczenia chorych na raka dna jamy ustnej
Promotor: prof. dr hab. Jan Zapała

lek. Katarzyna Tyrak
New diagnostic possibilities and impact of chronic aspirin treatment on biomarkers in patients with nonsteroidal anti-inflammatory drugs exacerbated respiratory disease (Nowe możliwości diagnostyczne oraz wpływ przewlekłego leczenia aspiryną na biomarkery u chorych na chorobę dróg oddechowych zaostrzaną przez niesteroidowe leki przeciwzapalne)
Promotor: prof. dr hab. Lucyna Mastalerz

lek. Michał Wałaszek
Epidemiology of healthcare associated infections in Polish intensive care units in a multicenter study conducted in 2013-2015 (Epidemiologia zakażeń szpitalnych w polskich oddziałach intensywnej terapii medycznej w wieloośrodkowym badaniu prowadzonym w latach 2013-2015)
Promotor:
prof. dr hab. Jadwiga Wójkowska-Mach
Promotor pomocniczy:
dr hab. Anna Różańska

lek. Roman Wojdyła
Skuteczność manualnej trombektomii aspiracyjnej w wybranych sytuacjach angiograficznych oraz w podgrupach pacjentów z zawałem mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST
Promotor: prof. dr hab. Dariusz Dudek

Program szkoleń podyplomowych organizowanych przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ styczeń – luty 2021

Szanowni Państwo,

Rekrutację na kursy specjalizacyjne prowadzi Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, zgodnie z informacją zamieszczoną na stronie internetowej **www.cmkp.edu.pl**

Rekrutację na kursy doskonalące prowadzi Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego UJ w Krakowie przez formularz dostępny na stronie **www.cmkp.edu.pl**

Kursy dla specjalizacji lekarskich

styczeń – luty 2021

anestezjologia i intensywna terapia
Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
8-12.02.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Janusz Andres

choroby wewnętrzne
Toksykologia
1-2.02.2021
Kierownictwo naukowe: dr Piotr Hydzik

medycyna rodzinna
Wybrane problemy kliniczne
cz. I 18-22.01.2021,cz. II 25-29.01.2021, cz. III 8-12.02.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Adam Windak

nefrologia
Transplantologia kliniczna
25-27.01.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie nefrologii
1-5.02.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

okulistyka
Onkologia okulistyczna
28-29.01.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

Onkologia okulistyczna
4-5.02.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

położnictwo i ginekologia
Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii
11 -13.01.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Stany naglące i krwotoki w położnictwie i ginekologii
1-5.02.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

pediatria
Onkologia
8-12.02.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Szymon Skoczeń

psychiatria dzieci i młodzieży
Kompleksowe leczenie najważniejszych zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży
1-5.02.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Maciej Pilecki

Psychoterapia w leczeniu zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży
15.02-19.03.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Barbara Józefik

wszystkie specjalizacje
Zdrowie publiczne
8-17.02.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Mariusz Duplaga, prof. UJ

Kursy dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych

styczeń – luty 2021

chirurgia szczękowo-twarzowa
Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej
27-29.01.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Jan Zapała

protetyka stomatologiczna
Leczenie protetyczne w trudnych przypadkach bezzębia z zastosowaniem biofunkcjonalnego systemu protetycznego BPS
9-10.02.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Małgorzata Pihut, prof. UJ

Implantoprotetyka stomatologiczna – podstawy teoretyczne oraz chirurgiczne i protetyczne procedury zabiegowe cz. I
15-17.02.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Małgorzata Pihut, prof. UJ

Wprowadzenie do współczesnej protetyki stałych protez zębowych
18.02.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Małgorzata Pihut, prof. UJ

Leczenie zespołowe: periodontologiczno-protetyczne w chorobach przyzębia
19.02.2021
Kierownictwo naukowe:
d hab. Małgorzata Pihut, prof. UJ

Lekarze jak z bajki

Grupa lekarek i lekarzy z małopolskich szpitali, na co dzień zaangażowanych w walkę z COVID-19, wcieliła się w postacie z bajek, by pojawić się na kartach bajkowo-lekarskiego kalendarza. Dochód z jego sprzedaży zostanie przeznaczony na zakup środków ochrony osobistej dla szpitali w regionie.

Jak podkreśla Marcin Mikos, pomysłodawca akcji, wicedyrektor Szpitala im. Dietla w Krakowie, w czasie pandemii relacje lekarz – pacjent „ubrały się" w kombinezony i gogle, które utrudniają nie tylko zbadanie pacjenta, ale przede wszystkim rozmowę, zasłaniają uśmiech. A to dla pacjentów, zwłaszcza małych, dodatkowa trauma:

– Dzięki tej akcji chcemy pokazać, że za tymi przyłbicami ciągle kryje się serdeczność i oddanie lekarzy chorym – zaznacza dyr. Mikos.

W kalendarzu nie zabraknie Calineczki, Herkulesa, Alladyna, księżniczek i zwierzaków. W te role wcielili się

m.in. dr Konstanty Szułdrzyński – kierownik Centrum Terapii Pozaustrojowych w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, dr Joanna Streb – małopolski konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii, dr hab. Marcin Krzanowski – zastępca dyrektora SU, dr Michał Kuboń – koordynator oddziału covidowego w Szpitalu im. Dietla w Krakowie, dr Łukasz Strzępek – ordynator Oddziału Chirurgii Szpitala Powiatowego w Bochni, a także lekarze rezydenci ze Szpitali im. Żeromskiego i im. Dietla w Krakowie. Zdjęcia wykonywano w Teatrze Groteska. Ich autorem jest Bartosz Siedlik we współpracy z Maciejem Goździelewskim. Opiekę artystyczną sprawowali Małgorzata Zwolińska i Adolf Weltschek z Teatru Groteska. Mecenasem kalendarza „Lekarze jak z bajki" jest MPWiK w Krakowie.

Organizatorzy akcji to: Fundacja Zdrowia Publicznego we współpracy z Teatrem Groteska, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Szpitale im. J. Dietla i S. Żeromskiego w Krakowie, Stowarzyszenie Wolontariatu św. Eliasza.

(źródło: Anna Górska, rzecznik prasowa Szpitala im. Żeromskiego)
Fot. Konrad Kozłowski

Kultura w dobie pandemii

Teatr prawie jak żywy

Katarzyna Chlebny

Mimo pozamykania na cztery spusty instytucji kultury można sprawić sobie przyjemność i poczuć się choć przez chwilę jak w czasach, kiedy zasiadaliśmy na teatralnej widowni. Umożliwiają nam to same teatry oraz poświęcone sztuce platformy, takie jak Play Kraków.

Pandemia z kulturą nie obchodzi się łagodnie. Podobnie jak na wiosnę wszystkie teatry, kina, muzea zostały zamknięte. Artyści jednak nie poddają się i swoje dokonania przenoszą do internetu. Na stronach wielu teatrów w całej Polsce można na bieżąco śledzić ich repertuar online. Gdy zamarzy się nam, by poczuć się choć trochę jak na widowni, wykupujemy dostęp do konkretnego spektaklu, zasiadamy o określonej godzinie przed ekranem i śledzimy graną w rzeczywistym czasie, choć bez publiczności sztukę. Niektóre sceny, jak na przykład Teatr Ludowy w Krakowie, sprzedają całe pakiety przedstawień. Kupując jeden bilet, można zobaczyć kilka produkcji, w tym przedstawienie dla dzieci czy widowisko sylwestrowe, które ma być niespodzianką.

Jednak jeżeli trudno nam się dostosować do proponowanych przez organizatorów godzin, możemy poszukać interesujących nas wydarzeń kulturalnych na niedawno otwartej platformie Play Kraków, którą znajdziemy na stronie https://playkrakow.com.

I tak Teatr Nowy Proxima proponuje tu wykupienie dostępu do jednego z najnowszych swoich spektakli „Kazik, ja tylko żartowałem", w reżyserii Piotra Siekluckiego, który jest też odtwórcą głównej roli. To historia czterech ostatnich dekad z życia Polski, opowiadana przez Staszka, mieszkańca PRL-owskiego bloku, któremu marzy się kariera muzyka rockowego. A ponieważ bohater mieni się kolegą Kazika Staszewskiego, to przedstawienie w dużej części składa się z piosenek Kultu, które znakomicie opisują lata 80., jak i czasy transformacji ustrojowej. Wspomagają je w tym teksty publicysty Ziemowita Szczerka, znanego z przewrotnej frazy i ciekawych diagnoz socjologicznych.

Natomiast już czystą rozrywką jest prezentowane na Play Kraków widowisko muzyczne Teatru Variete, zatytułowane „Powróćmy do tamtych lat", w reżyserii Janusza Szydłowskiego, z doborową obsadą, którą

Piotr Sieklucki

tworzą m.in. Krystyna Podleska, Jerzy Trela, Tadeusz Huk, Marta Bizoń. W ich wykonaniu usłyszymy takie piosenki jak: „Nie kochać w taką noc", „Powróćmy jak za dawnych lat", „Nikt tylko Ty" czy „Madame LouLou".

Teatromani cały rok czekają na Festiwal Boska Komedia, podczas którego prezentowane są w Krakowie najciekawsze spektakle z całej Polski. W tym roku grudniowe wieczory będziemy mogli spędzać z widowiskami z najwyższej półki, choć one również zostaną pokazane jedynie online, na platformie Play Kraków. Kilka z nich powstało specjalnie na tę okazję. Tak jak „Bieguni" na podstawie prozy Olgi Tokarczuk, których Michał Zadara przygotował w Teatrze Powszechnym w Warszawie. Reżyser zapewnia, że ten prapremierowy spektakl jest wierny poetyce powieści: niejednoznaczny, wielopłaszczyznowy, odpowiadający kakofonii i dysonansom naszych obecnych doświadczeń.

Na Boskiej Komedii dojdzie też do polskiej prapremiery spektaklu Katarzyny Kalwat „Powrót do Reims", na podstawie esejów znanego francuskiego socjologa Didiera Eribona. Podczas niej o sile emancypacji gejowskiej opowie Jacek Poniedziałek. Aktor zderza tu swoją osobistą biografię z biografią autora. W młodości homoseksualny Eribon wyjechał z robotniczych przedmieść Reims i zamieszkał w Paryżu, podobnie jak aktor, który z krakowskiego osiedla przeprowadził się do Warszawy. Symboliczne spotkanie tych dwóch osobowości odkrywa uniwersalność mechanizmów awansu społecznego, które wykształciły się w Europie ostatnich dekad.

Festiwal przyniesie też premierowe pokazy takich spektakli jak: „Autobiografia na wszelki wypadek" Michała Buszewicza, „Bezpieczne miejsce" Tomasza Fryzła z tekstem Piotra Fronia oraz monodram choreograficzny Dominiki Knapik pt. „Agon". W sieci będziemy mogli być też świadkami pierwszych pokazów opery komicznej „Cud mniemany, czyli Krakowiacy i Górale", w reżyserii Cezarego Tomaszewskiego, który powstaje na scenie Teatru im. Słowackiego.

Magda Huzarska-Szumiec
Zdjęcia ze spektaklu „Kazik, ja tylko żartowałem", fot. Małgorzata Fatalska, Teatr Nowy Proxima

Leon Wachholz Moje czasy. Na podstawie wspomnień, pamiętników (zapisków) i dokumentów

Wybitny historyk medycyny, od lat przedstawiający obraz życia medycznego Krakowa XIX i XX wieku, a w szczególności Uniwersytetu Jagiellońskiego, prof. Zdzisław Gajda obdarzył nas kolejną książką ilustrującą wyraziście klimat tamtych stuleci, z podkreśleniem stale obecnej galicyjskiej galanterii, nie wolnej jednak od polskich zawiści.

Jednak rzecz nie jest pióra prof. Gajdy, lecz przygotowanym z właściwą mu sumiennością opracowaniem (wspólnym z Dianą Osmędą i Oskarem Ostafinem) „Wspomnień, pamiętników (zapisków) i dokumentów" autorstwa Leona Wachholza, wybitnego krakowskiego uczonego, humanisty, intelektualisty, profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego, uważanego za twórcę polskiej medycyny sądowej. Rzecz, zgodnie z zapisem Wachholza, nosi tytuł „Moje czasy" i została właśnie wydana nakładem Krakowskiego Towarzystwa Miłośników Historii Medycyny.

Jak nie bez racji napisali w „Słowie wstępnym" prof. Małgorzata Kłys i doc. Tomasz Konopka, ciągły rozwój nauki sprawia, że ocena jakichkolwiek jej dokonań sprzed ponad stu lat staje się trudna, ponieważ nauka nie stoi w miejscu i wcześniejsze odkrycia dezaktualizują się w świetle nowych odkryć, a określone wyniki badań stają się punktem wyjścia dla kolejnych badań. Współcześnie swego rodzaju oceną dokonań naukowca staje się *impact factor*, ale w przeszłości takiej możliwości nie było. Pewnym wyznacznikiem pozycji naukowca były autorskie publikacje i podręczniki, dostępne w paru krajach, i taki „Podręcznik medycyny sądowej" w 1899 roku Wachholz wydał.

Przedstawieniem jego dorobku naukowego z zakresu kryminologii, kryminalistyki, prawa karnego, psychiatrii (ok. 200 prac) zajęła się konferencja historyczna (11 referatów) odbyta w maju 2017 roku – z inicjatywy prof. Jana Widackiego, w 150. rocznicę urodzin uczonego – z udziałem Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, przy współudziale Polskiej Akademii Umiejętności i Katedry Medycyny Sądowej CM UJ.

Ale nie to, sądzę, było motywem, dla którego Zdzisław Gajda zajął się opracowaniem tych wspomnień. „Moje czasy" Wachholza są bowiem kapitalnym, anegdotycznym przywołaniem czasów bezpowrotnie minionych. Ich autor kreśli obraz swego środowiska daleki od idealizacji, nie szczędząc grubej kreski w charakterystyce postaci dziś uwznioślonych patyną czasu. By nie być gołosłownym, oto trzy wiersze poświęcone utytułowanemu b. rektorowi UJ, prezesowi TLK, szefowi Zachodniogalicyjskiej Izby Lekarskiej prof. Józefowi Łazarskiemu: „Przezacnym i towarzysko miłym był profesor farmakologii i farmakognozji doktor Józef Łazarski. Wykładał swój przedmiot z wielkim ożywieniem. Do pracy naukowej nie objawiał chęci i naukowo czynnym nie był". O Janie Piltzu pisze: „umysł ciężki, nielotny", o Stanisławie Maziarskim: „mamrotał wykłady i usypiał słuchaczy", o Bujwidzie: „miał pierwszorzędny spryt życiowy".

Wachholz kreśli obszerne opisy karier i motywów, którymi kierują się współcześni mu luminarze tamtego świata, szczególną uwagę przykładając do portretów ludzi medycyny, m.in. Ludwika Teichmanna, Tadeusza Browicza, Jana Mikulicza-Radeckiego, Napoleona Cybulskiego, Ludwika Rydygiera. Sięga też po charakterystyki postaci bliskich jego zainteresowaniom sztuką, a więc Stanisława Wyspiańskiego, Lucjana Rydla, Kazimierza Tetmajera. Szczególnie krytycznie przedstawia współczesnych mu „stańczyków" jako ugrupowanie ludzi powiązane z władzą, mocno skorumpowane. Sam natomiast, jako kreator i dyrektor Zakładu Medycyny Sądowej UJ, para się też literaturą i wzburzony krytyczną recenzją jego opublikowanego tłumaczenia pierwszej części „Fausta" przywołuje na pomoc Tadeusza Boya-Żeleńskiego, któremu przekład się podobał. Siłą rzeczy, parę rozdziałów poświęconych jest głośnemu konfliktowi z Janem Olbrychtem, m.in. partnerem na wokandzie w głośnej sprawie Gorgonowej. Mistrz i uczeń mieli charaktery. Gdy Ministerstwo Oświaty zwolniło po 38 latach Wachholza z Zakładu, wyszedł i nigdy jego stopa nie stanęła na miejscu swego ukochanego dzieła. Ale o cofnięcie decyzji zabiegał u samego adiutanta marszałka Bolesława Wieniawy-Długoszowskiego.

Leon Wachholz jest w swoich wspomnieniach do bólu szczery. Jak chwali, to bez umiaru, np. Napoleona Cybulskiego, ale jak gani, to nie oszczędza nawet siebie. Koszmarne małżeństwo zawarte w latach studenckich, trwające latami, aż po uwięzienie autora w Sachsenhausen, opisane zostało ze szczegółami natury wręcz małostkowej. Za to rozległe wyliczenie sukcesów zawodowych, odznaczeń i listów gratulacyjnych nie grzeszy skromnością.

Profesor Zdzisław Gajda pisze w „Posłowiu", że wspomnienia Wachholza mają poniekąd charakter plotkarski. Dają wgląd w życie Uniwersytetu „od kuchni". I to go zapewne wciągnęło w przygotowanie tomu. A dla dzisiejszego Czytelnika jest najlepszą rekomendacją.

Stefan Ciepły

Leon Wachholz, „Moje czasy. Na podstawie wspomnień, pamiętników (zapisków) i dokumentów", opracowanie D. Osmęda, Z. Gajda, O. Ostafin. Wydawnictwo Krakowskiego Towarzystwa Miłośników Historii Medycyny, Kraków 2020, 321 str.

Wendy Moore, Chirurg. Krew, złodzieje ciał i narodziny nowoczesnej chirurgii

John Hunter, chirurg króla Jerzego III, pozostaje jedną z najważniejszych postaci w historii medycyny. Dysponujący rozległą i szczegółową wiedzą nie tylko w zakresie anatomii i anatomii patologicznej, ale również szeroko pojętego przyrodoznawstwa, był z pewnością człowiekiem nietuzinkowym. Nieustanie poszukujący nowych wyzwań, pozostaje jednym z pionierów medycyny transplantacyjnej, a jego autorstwa „*A Treatise on the Blood, Inflammation, and Gun-shot Wounds*" uchodzi za przełomową nie tylko w dziejach chirurgii, wprowadzając w jej obszar analizę procesów fizjologicznych oraz nowatorskie badania nad mechanizmem stanu zapalnego. Życie Huntera przypadło na epokę, w której nauka, wszak i wcześniej ceniona, zyskała wyjątkowe znaczenie, stając się przedmiotem znacznie szerszej niż dotąd dyskusji. Żądza wiedzy i odniesienia sukcesu w połączeniu z talentem wyznaczały nowe ścieżki rozwoju wielu dziedzin, w tym i medycyny. I to właśnie o tych czasach pisze Wendy Moore.

„Chirurg" jest biografią Johna Huntera, pełną szczegółów z życia, zręcznie poprzeplatanych opisem operacji i poszukiwań naukowych, które stanowią swoistą kanwę dla całej narracji. Nie jest to jednak gładka opowieść o skupionym na sobie i swoim dziele uczonym, lecz momentami wręcz radykalnie kreślony portret targanego skrajnymi emocjami, przepracowanego lekarza, którego prawdziwą pasją było odkrycie mechanizmów rządzących życiem, a która to pasja przybierała nierzadko obsesyjne wymiary. Dla autorki Hunter jawi się indywidualistą postępującym wbrew tradycji i utartym schematom, gdy zdecydował się na nowatorskie wówczas postępowanie w operacji tętniaków. Ryzykantem, gotowym uciec się do niebezpiecznych doświadczeń na samym sobie i kolekcjonerem tysięcy preparatów, poszukującym w przyrodzie zarówno praw stałych i powszechnie występujących, jak i zjawisk zmiennych, ograniczonych do poszczególnych gatunków zwierząt, co pchnęło go m.in. do pracy nad budową wewnętrzną kangura. Człowiekiem bez ceremonii odrzucającym uczone traktaty i akademickie studia na rzecz bezpośrednich obserwacji, eksperymentu oraz ścisłej analizy struktur anatomicznych, jak to miało miejsce, gdy przeszczepiał zdrowy ludzki ząb na grzebień głowy koguta, by sprawdzić, czy będzie on mógł być dalej odżywiany. Co mogło zrodzić w zadziornym Szkocie, który w wieku lat 13 rzucił szkołę, tak niepohamowaną żądzę poznania?

Moore wskazuje na przemożny wpływ, jaki wywarł na Johna jego nie mniej sławny brat William, anatom i położnik, twórca pierwszej na Wyspach Brytyjskich nowoczesnej szkoły anatomicznej oraz autor słynnego „*Anatomia uteri humani gravidi*" (1774). To właśnie starszy William ugruntował w Johnie przekonanie, że prawdziwie istotnym źródłem poznania dla lekarza i przyrodnika jest badanie i nauka przy stole sekcyjnym. Ceną za obranie takiej drogi była zgoda na często bezwzględne i demoralizujące metody pozyskiwania ludzkich zwłok dla potrzeb teatrów anatomicznych, z czym czytelnik, któremu autorka nie szczędzi drastycznych szczegółów, może się na kartach jej książki zapoznać. Czyż jedna z grafik Williama Hogharta „*The Reward of Cruelty*", którą często ilustruje się stan panujących wówczas stosunków, nie jest wymownym oskarżeniem chirurgów i anatomów o bezduszność i brutalność?

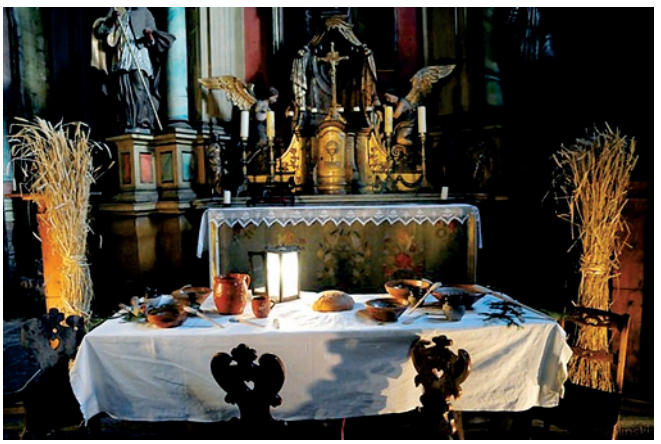
Kwestią otwartą pozostaje, na ile książka Wendy Moore przybliża nas do poznania życia Johna Huntera. Można odnieść wrażenie, że autorka zafascynowana niezwykłą osobowością bohatera nie zawsze zachowuje bezstronność, zwłaszcza w ocenie postaw jego przeciwników i krytyków. Czytelnik może też wynieść z lektury przekonanie, że w czasach Hunterów doszło do szczególnego nagromadzenia się okrucieństwa i stępienia wrażliwości, które miałoby dotknąć nieprzebierających w środkach badaczy, choć zarówno wcześniej, jak i później można się z takimi postawami spotkać wielokrotnie. Natomiast jest to rzecz starannie opracowana, gdyż autorka sięgnęła nie tylko do opracowań, ale również do źródeł, których pełny wykaz znajduje się na końcu książki. Dla bardziej uważnych i dociekliwych jest również całkiem pokaźna lista przypisów. Biografia napisana z polotem z pewnością przykuwa uwagę i choć chwilami nie jest łatwą, to jednak ciekawą oraz wnoszącą sporo do naszej wiedzy o historii medycyny lekturą.

Ryszard W. Gryglewski

Wendy Moore, „Chirurg. Krew, złodzieje ciał i narodziny nowoczesnej chirurgii", tłum. Rafał Śmietana, Wydawnictwo Znak, 2020, s. 574.

Na szczęście, na zdrowie, na ten Nowy Rok

Obrzędowość świąt Bożego Narodzenia



fot. archiwum.watra.pl

I znów w kącie choinka, i znów ryba na stole – święta tradycja świąt o wielowiekowej historii. Po raz pierwszy Boże Narodzenie, jako wielkie święto chrześcijańskiego świata, obchodzone było w Rzymie w 354 roku, co poświadczają nie tylko dokumenty, ale i pochodzące z II połowy IV w. malowidło ścienne w katakumbach św. Kaliksta w Rzymie, przedstawiające Świętą Rodzinę. Wcześniej, bo w 328 roku, świętowano je tylko w Betlejem.

Jednak ze względu na ustalenie daty tego święta, ma ono nieprostą genezę. Nikt bowiem nie wie, kiedy właściwie urodził się Jezus. Początkowo przyjęto datę 6 stycznia, ale ten termin tylko utrudnił szerzenie chrześcijaństwa, bo poprzedzał grudniowe, mocno zakorzenione w świadomości ludzi święto perskiego bóstwa Słońca – Mitry, i towarzyszących mu opiekuńczych bóstw domowych, sprzyjających płodności ziemi i urodzajom. Przypadało ono na dzień urodzin Mitry i zimowego przesilenia, które zapowiadało dłuższe dni i życiodajne światło słoneczne, czyli na 25 grudnia. Wtedy Rzymianie świętowali Dzień Narodzin Niezwyciężonego Słońca – Dies Natalis Solis Invieto. W innych kulturach było to święto boga Słońca Ajuna, a w krajach Północy – Jula. Biskupi rzymscy, ojcowie Kościoła, przyjęli datę urodzin Mitry jako datę narodzin Jezusa, którego wyznawcy nazywali Światłością

fot. viano.eu

Prawdziwą i Słońcem Sprawiedliwości. W ten sposób harmonijnie połączono różne religijne światy, a misjonarze mieli za zadanie otoczyć istniejące obrzędy pogańskie symboliką chrześcijańską, dając tym samym zgodę na zachowanie części dawnych tradycji, ułatwiając przyjęcie i utrwalanie młodej jeszcze religii chrześcijańskiej.

Wyniki tego połączenia znajdujemy dzisiaj w obyczajach i obrzędach Wigilii i całego okresu świątecznego aż

fot. Muzeum Etnograficzne, Lublin

do zapustów jako echa świąt mitraistycznych i rolniczych, obchodzonych w czasie zimowego przesilenia. Dzięki tym i innym zwyczajom przyjętym z kultur różnych krajów nasza obrzędowość świąteczna stała się mozaiką wierzeń i barwnym witrażem obrzędów, które przyszły do nas wraz z chrztem Polski. Składają się na nią relikty biblijne, ale i greckie, rzymskie, germańskie, a nawet celtyckie czy ludów Północy. Ważnymi elementami tej składanki są również tradycje polskiego pogranicza wschodniego – Litwy i Rusi. Kolorów obrzędowej mozaice dodaje świat pełen magii i czarów, wiary w przenikanie się świata ziemskiego i metafizycznego i w to, że duchy zmarłych przybywają na Wigilię (ślad pogańskich dziadów). Jednak najwięcej elementów obrzędowości pochodzi z tradycji świąt rolniczych i czci dla wszystkiego, co było związane z kultem Ziemi-Rodzicielki i zapewniało przyszłoroczny urodzaj oraz szczęście dla rodzin.

W każdym domu, biednym czy bogatym, ważne było przygotowanie stołu wigilijnego. Na honorowym miejscu stawiano na nim chleb i czosnek, który miał uodparniać na choroby i pomagał zachować zdrowe zęby. Potrawy na wigilijną wieczerzę przyrządzano wyłącznie z płodów ziemi, z wszystkiego, co w polu, ogrodzie, lesie, wodzie. To był hołd składany Ziemi Żywicielce. W misach pojawiały się pokarmy z kasz, soczewicy, mąki, rzepy, grochu, kapusty, ziemniaków, grzybów, maku, suszonych owoców, miodu. Ryby zagościły na stołach później. Wszystko było postne, okraszone jedynie olejem. Na znak szacunku dla ziemi należało spróbować każdej potrawy, nawet tej nielubianej.

Wdzięczność okazywano ziemi także przystrajaniem domów. Dekorowano je snopami zbóż i ozdobami zrobionymi za słomy lub siana, sianko kładziono także pod obrusem. W kątach rozsypywano ziarna zbóż i innych roślin. Pod stołem umieszczano narzędzia rolnicze, zaś nogi stołu oplatano słomianymi powrósłami, aby chleb trzymał się domu. Powrósłami obwiązywano także pnie drzew w sadzie, by dały w następnym roku obfitość owoców. Dostatek miały przynieść rodzinom także pochodzące ze wschodniego pogranicza potrawy – kutia i pierogi.

Wyjątkowe i uroczyste jest w czasie Wigilii dzielenie się opłatkiem. Opłatek został wprowadzony do misteriów mszy św. obrządku łacińskiego w XI wieku. W obrządku prawosławnym – żywym na polskim pograniczu – tę samą rolę co opłatek pełni ofiarne ciasto zwane prosforą. Opłatek i prosfora to pamiątka biblijnego wyjścia z Egiptu Izraelitów, a także Ostatniej Wieczerzy i spotkań pierwszych chrześcijan zwanych agape. Okruszki opłatków, skrzętnie zbierane ze stołu, podawano chorym, bo wierzono w ich leczniczą moc.

Po wieczerzy udawano się na pasterkę, nocne nabożeństwo, wprowadzone do liturgii już w VI wieku. Jest to tradycja piękna i ciągle żywa w świątecznej mozaice.

W czasie Wigilii i całego okresu świątecznego skrzy się światłami choinka. Przybyła na naszą ziemię z tradycji germańskiej, w II połowie XVIII wieku. Wcześniej polskie domy przystrajano zimozielonymi gałązkami, które symbolizowały „wszechżycie". Pod sufitami wieszano podłaźniczki, czyli ścięte wierzchołki świerków lub sosen, skierowane czubkami w dół. Natomiast z tradycji krajów

fot. wymarzonyogrod.pl

skandynawskich przyszedł do nas zwyczaj wieszania u sufitu pęków jemioły i składania sobie pod nią życzeń. Na Północy w święto Jula ozdabiano domy także jodłą i liśćmi ostrokrzewu.

Wielość obyczajów świątecznych wzbogacają grupy kolędnicze wywodzące się z prastarych obrzędów rolniczych z udziałem masek zwierzęcych zwanych maszkarami i postaci przebranych za zwierzęta. Kolędnicy chodzili z turoniem, z kozą, konikiem, niedźwiedziem, a w niektórych regionach z krową, baranem czy ptakami – bocianem lub żurawiem. Zwierzęta były uosobieniem bóstw urodzaju i miały ukryty sens wegetacyjny, gospodarczy. Prastare obchody kolędnicze z czasem powiązano z tradycją chrześcijańską. Do zwyczajów kolędniczych należały wzbogacające świąteczną mozaikę – chodzenie z gwiazdą, szopki, jasełka, widowiska herodowe „herody". Kolędnicy przyjmowani byli przez gospodarzy życzliwie, bo ich odwiedziny miały przynosić dostatek i zdrowie.

Czas zimowego, ale i letniego przesilenia, uznawany przez ludy rolnicze za magiczny, sprzyjał wróżbom dotyczącym zwłaszcza pomyślności i zdrowia w życiu rodziny. Ciekawe były przewidywania wynikające z obserwacji cienia rzucanego przez człowieka. Od jego wyrazistości zależało przekonanie o zdrowiu i długim życiu lub kłopotach zdrowotnych czy nawet o rychłej śmierci. Aby uniknąć chorób w kolejnym roku, nie wolno było wstawać od stołu w czasie wieczerzy. Dla zdrowia należało się myć w Nowy Rok w zimnej wodzie, nalanej do miski, na której dno kładziono srebrny pieniądz. W prawosławiu w czasie święta Jordanu, upamiętniającego chrzest Jezusa, wierni wchodzili do zimnej wody. Dla zdrowia pili też poświęconą wodę; wodę też stosowali w różnych zabiegach leczniczych jako lek na wszystkie choroby.

W polskiej tradycji okres świąteczny kończyło święto Matki Boskiej Gromnicznej, przypadające 2 lutego. W tradycji ludowej lano na ten dzień świece z wosku zwane gromnicami. Poświęcone w kościele miały bronić ludzi i domostwa od groźnych żywiołów. Gromnica postawiona w oknie w czasie burzy miała moc odwracania piorunów. Używano jej także do leczenia. Przed zapaleniem uszu strzegło dzieci opalanie płomieniem gromnicy koniuszków ich włosów. Poświęcone na gromnicy pasemko lnu leczyło chorych cierpiących na „zakaźne rumieńce", różę i wszelkie stany zapalne skóry. A połykany po zgaszeniu świecy dym zapobiegał bólom gardła i próchnicy zębów.

A już od stycznia do początków marca trwały zapusty, czyli karnawał.

Mimo upływu lat mozaika świąteczna nie jest skończona. Jedne zwyczaje zniknęły, inne zachowały się tylko w pamięci regionalnej, ale tworzą się nowe. Czy ciekawsze? Nie wiem, ale na pewno uboższe w wierzenia i obrzędy, a bogatsze w konsumpcjonizm, blichtr i zewnętrzność.

W imieniu Redakcji życzę wszystkim Czytelnikom nie tylko wielu dobrych dni w okresie Bożego Narodzenia, ale i w 2021 roku, wierząc, że Los nie stworzy nowego świątecznego zwyczaju – izolacji społecznej.

Barbara Kaczkowska

Szpital Specjalistyczny w Brzozowie

zatrudni
lekarzy specjalistów, w trakcie specjalizacji
lub zainteresowanych specjalizacją
w dziedzinie pediatrii lub neonatologii.
Kontakt: tel. 13 430 95 52, 13 430 95 58

Stomatologia&Radiologia Seyoum

zatrudni
do pracy w trzech nowoczesnych gabinetach
w **Jurkowie**, **Wojniczu** i **Brzesku**. Kilka godzin w ramach
kontraktu NFZ, jak również wizyty komercyjne.
Wynagrodzenie przy 20 godz. tygod. ok. 6-10 tys. zł.
Zainteresowanych proszę o przesłanie CV na adres
e-mail: sey@buziaczek.pl
Kontakt SMS: 604 093 982

Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tęgoborzy

(gmina Łososina Dolna, powiat nowosądecki)
poszukuje lekarza pediatry lub medycyny rodzinnej.
PZOZ oferuje dobre warunki pracy i możliwość zakwaterowania wraz z rodziną za niewielką odpłatnością.
Praca w pięknej okolicy Beskidu Sądeckiego, niedaleko
Nowego Sącza, Krynicy-Zdroju i Muszyny.
Kontakt: tel. 18 444 80 02

Samodzielny Gminny ZOZ w Dąbrowie Tarnowskiej

ul. Piłsudskiego 23

przyjmie lekarza internistę lub lekarza ze specjalizacją
z medycyny rodzinnej do pracy w Miejskiej Przychodni
w Dąbrowie Tarnowskiej w Poradni POZ dla dorosłych
oraz lekarza profilaktyka wykonującego badania
z zakresu medycyny pracy.
Warunki pracy i płacy do omówienia na miejscu
w SGZOZ w Dąbrowie Tarnowskiej w godz. 7.00-14.30.
Kontakt: tel. 14 642 21 89, 721 170 656 bezpośredni do
Dyrektora lub centrala 14 642 31 98

Wynajmę gabinet w Krzeszowicach

12 m² w nowoczesnej prywatnej klinice.
Możliwość najmu w konkretne dni w tygodniu
lub większy wymiar czasowy. Zapewnione:
dostęp do poczekalni, WC, pomieszczenia socjalnego.
Możliwość rejestracji/obsługi pacjentów.
Kontakt: tel. 605 959 365

Szpital Żywiec

zatrudni:

• lekarza do pracy w godzinach dziennych
oraz na dyżury w Izbie Przyjęć
Wymagania: doświadczenie w pracy w Izbie Przyjęć.
Oferujemy: pracę w wymiarze pełnego etatu
oraz dyżury medyczne;
warunki zatrudnienia i płacy do uzgodnienia.

• specjalistę chorób wewnętrznych/kardiologii
Wymagania: ukończona specjalizacja,
umiejętność pracy w zespole.
Oferujemy: atrakcyjne wynagrodzenie adekwatne
do stanowiska i doświadczenia, pracę w Nowym Szpitalu
z nową organizacją pracy zbudowaną
na międzynarodowym doświadczeniu.

• pielęgniarkę
Wymagania: aktualne prawo wykonywania
zawodu pielęgniarki, znajomość obsługi komputera.
Oferujemy: atrakcyjne wynagrodzenie,
stabilne zatrudnienie.
Kontakt: tel. 733 576 360,
e-mail: kadry@szpitalzywiec.pl

NZOZ w Świątnikach Górnych, Poradnia Lekarza Rodzinnego,

poszukuje:

• lekarza internisty
• lekarza rodzinnego
• lekarza po stażu
– na 2-3 dni w tygodniu
(możliwość zatrudnienia w pełnym wymiarze godzin)

stawka: 120-150zł brutto
(lub wynagrodzenie 20-40 zł brutto od pacjenta)

Praca od zaraz.

Informacje:
tel.: 12 270 40 32 lub 789 189 397 (w godz. 8-18)
lub 603 411 033 (w godz. 19-20)

NZOZ Alfa Med w Jeleśni

zatrudni do pracy w POZ
lekarzy dla dorosłych i dzieci;
2 etaty, również cząstkowe.
Pomoc w znalezieniu mieszkania,
atrakcyjne wynagrodzenie.
Kontakt: tel. 603 09 87 94

Za treść ogłoszeń Redakcja nie ponosi odpowiedzialności

Wiedza dla każdego

Kierowanie na badania obrazowe we właściwy sposób to jeden z kluczowych elementów prawidłowego funkcjonowania służby zdrowia. Aby to ułatwić, Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia (KCOR) wydało „Wytyczne dla lekarzy kierujących na badania obrazowe". Przedsięwzięcie zostało sfinansowane przez Ministerstwo Zdrowia. Wydawnictwo jest tłumaczeniem najnowszej edycji dokumentu redagowanego od wielu lat przez Royal College of Radiology (iRefer: Making the Best Use of Clinical Radiology). Ma postać elektroniczną i jest ogólnodostępne (licencja obowiązuje do czerwca 2021 r.). Dostęp jest możliwy m.in. w serwisie www.inforadiologia.pl – należy kliknąć ikonę „Wytyczne kierowania na badania".

– Zapraszam do odwiedzania tego serwisu – jest on niekomercyjnym przedsięwzięciem i zawiera wiele treści przydatnych w codziennej praktyce, także w udzielaniu informacji pacjentom – zachęca prof. Andrzej Urbanik, kierownik Katedry Radiologii CM UJ.

Dr .... dnia .....

.....

.....
dokładny adres zamieszkania

Okręgowa Izba Lekarska
w Krakowie

Stosownie do Regulaminu wypłacania zapomóg losowych z tytułu
śmierci lekarza – członka OIL w Krakowie
(Załącznik do Uchwały ORL 100/VI/ORL/2012 z dnia 9.05.2012 r.)
do odbioru wskazuję

.....

.....
imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby

.....
podpis i pieczątka

Lek. stom.
Marian Fedorowicz
ur. 29 listopada 1943 r. we Lwowie
zm. 25 października 2020 r. w Krośnie

Na krośnieńskim cmentarzu 29 października 2020 r., w gronie najbliższych członków rodziny i najwierniejszych przyjaciół pożegnaliśmy naszego kolegę lekarza stomatologa Mariana Fedorowicza. Odszedł na wieczną wartę wspaniały człowiek i lekarz, zmęczony wieloletnią, nieuleczalną chorobą. Jego ostatnie lata życia naznaczone były cierpieniem.

Marian Fedorowicz urodził się we Lwowie w 1943 r. i tam w trudnym wojennym czasie spędził dzieciństwo. Po wojnie jego rodzice przenieśli się do Jarosławia, a następnie do Krosna, które stało się jego rodzinnym miastem. Tu zdobył podstawowe i średnie wykształcenie, by następnie podjąć studia stomatologiczne na Akademii Medycznej we Wrocławiu. Po uzyskaniu dyplomu w 1970 r. powrócił w rodzinne strony, wraz z żoną Antoniną, poślubioną we Wrocławiu. Została ona Jego najwspanialszym towarzyszem i wiernym opiekunem do ostatnich chwil życia. W Krośnie wychowali i wykształcili dwójkę wspaniałych dzieci, Marka (lekarza) i Anię (psycholożkę).

Pracę w zawodzie lekarza dentysty Marian Fedorowicz podjął początkowo w Przychodni Przyzakładowej Budownictwa, po czym przeniósł się do Ośrodka Zdrowia w Odrzykoniu, gdzie były znaczne potrzeby w zakresie opieki stomatologicznej i gdzie zorganizował od podstaw gabinet dentystyczny. W 1980 r. przeszedł do pracy w ZOZ Krosno. Pracując sumiennie, systematycznie podnosił swoje kwalifikacje zawodowe. W 1981 r. uzyskał pierwszy stopień specjalizacji z chirurgii stomatologicznej, a w kilka lat później II stopień w swojej macierzystej uczelni we Wrocławiu. Od 1992 r. w PS ZOZ w Krośnie pełnił funkcję dyrektora ds. przekształceń, które przeprowadzano w naszym kraju. Spowodowały one likwidację PS ZOZ-u i samego gabinetu stomatologicznego w ZUNiG-u, a doktor Fedorowicz przeszedł do Poradni Chirurgii Stomatologicznej przy Krośnieńskich Hutach Szkła. Tam pracował jako chirurg stomatolog nieprzerwanie do czasu przejścia na emeryturę w 2013 roku.

Przez wszystkie lata swojej kariery zawodowej był niezwykle ofiarnym i oddanym lekarzem. Zawsze z ogromnym wyczuciem, empatią niósł pomoc swym podopiecznym. Dlatego też cieszył się szacunkiem i uznaniem wszystkich swoich pacjentów.

Obok pracy stomatologa już we wczesnym okresie aktywności zawodowej utworzyliśmy z innymi lekarzami z ówczesnego województwa krośnieńskiego Koło Polskiego Towarzystwo Stomatologicznego. Prowadziło ono bardzo aktywną działalność, której zwieńczeniem było powołanie w 1987 r. krośnieńskiego Oddziału PTS. Marian piastował w nim przez kilka kadencji ważne funkcje. Organizowaliśmy liczne szkolenia i konferencje naukowe w Iwoniczu, Polańczyku itp. Nie wrócą już wspólne wyjazdy do różnych miejscowości w Bieszczadach, ale pozostaną na pewno w pamięci wszystkich uczestników wspomnienia z nich, a także ze „słynnych Bali Lekarza", po których to wracaliśmy radośni, rozbawieni i rozśpiewani, autokarem następnego dnia. To były nasze najpiękniejsze lata, a Marian był czołową postacią tej grupy. Miał wyjątkową pamięć, poczucie humoru, zawsze potrafił rozbawić towarzystwo.

Na początku lat 80., podobnie jak w całym kraju, przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Krośnie powstała NSZZ „Solidarność", której z czasem Marian został przewodniczącym Koła.

W roku 1989 reaktywowano Izbę Lekarską w Krakowie, z Delegaturą w Krośnie. Doktor Marian był wielokrotnie od 1997 r. wybierany delegatem na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Krakowie i Krajowy Zjazd w Warszawie. Przez cztery kolejne kadencje pełnił funkcję członka w Okręgowej Radzie Lekarskiej w Krakowie, był również przez pewien czas pełnomocnikiem krośnieńskiej Delegatury.

Działalność społeczna wypełniała jego życie i pochłaniała Go niemal całkowicie. Była niezwykle ważna w Jego życiu, ale umiał również znajdować czas na sport. Był świetnym piłkarzem i narciarzem. W latach 70. i 80. corocznie odbywały się w Krośnie spotkania piłkarskie między lekarzami i prawnikami. Marian zawsze w nich uczestniczył. W późniejszych latach jeździliśmy też na narty do Krynicy, Zakopanego, Bystrego itd. na zawody lekarzy. To była wspaniała rozrywka.

Krótki zarys przebiegu pracy zawodowej i wyrywkowo zaprezentowana Jego działalność społeczna, wreszcie udane życie rodzinne najpełniej uświadamiają nam, jak wyjątkowego Człowieka straciliśmy. Dla wszystkich lekarzy, którzy Go znali, z którymi współpracował, a także dla licznej grupy krośnieńskich pacjentów pozostanie na długo w pamięci.

Lek. stom. Wojciech Kolanko

Składki członkowskie

Uchwała nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r.

w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) uchwala się, co następuje:

§1

1. Ustala się wysokość składki obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej, zwanego dalej „lekarzem", w wysokości 60 zł miesięcznie.

2. Lekarz posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu, zwany dalej „lekarzem stażystą", opłaca składkę w wysokości 10 zł miesięcznie.

§2

1. Obowiązek opłacania składki powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz, lekarz stażysta:

1) został wpisany do rejestru członków okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej;

2) utracił prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

2. Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem, osobiście lub za pośrednictwem pracodawcy:

1) na konto bankowe okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej lub

2) na indywidualny numer subkonta bankowego nadany i przekazany przez okręgową lub wojskową izbę lekarską lub

3) w kasie okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej.

3. Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe od dnia wymagalności.

§3

1. Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje na podstawie niniejszej uchwały w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz:

1) ukończył 75 lat;

2) został skreślony z rejestru członków okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej;

3) złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych.

(...)

5. Lekarz korzystający ze zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie ust. 1 pkt 3 ma obowiązek niezwłocznie powiadomić okręgową lub wojskową radę lekarską o osiągnięciu przychodów, o których mowa w ust. 1 pkt 3.

6. Lekarz traci prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie ust. 1 pkt 3 z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym osiągnie przychód, o którym mowa w ust. 1 pkt. 3.

7. Wzór oświadczenia o nieosiąganiu przychodów, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

8. Wzór oświadczenia o osiągnięciu przychodów, o którym mowa w ust. 5, stanowi załącznik nr 2 do uchwały

§ 4

1. **Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, miał ustaloną miesięczną wysokość składki na kwotę 10 złotych, opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie § 3 uchwały.**

2. Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki zgodnie z § 3 ust. 6.

§ 5

Traci moc uchwała Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2004 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, zmieniona uchwałą Nr 9/12/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 2012 r. zmieniającą uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej.

§ 6

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

Prezes Maciej Hamankiewicz
Sekretarz Konstanty Radziwiłł

Załączniki do Uchwały znajdują się na stronie:

www.nil.org.pl

Przypominamy

Przypominamy, że składka za dany miesiąc powinna wpłynąć na konto Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie do końca miesiąca, za który powstało zobowiązanie. W przypadku nieuregulowania składki w terminie, automatycznie naliczane będą odsetki ustawowe.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie przypomina też o konieczności niezwłocznego zgłaszania do Działu Rejestru wszelkich zmian, dotyczących adresu zamieszkania i adresu do korespondencji (będziemy wdzięczni za dołączenie adresu e-mail), miejsca pracy, stanu cywilnego, uzyskania tytułu naukowego lub specjalizacyjnego oraz informacji dotyczących przejścia na rentę lub emeryturę.

Numer indywidualnego konta – na które proszę przekazywać comiesięczne składki – pozostaje bez zmian.

W wypadku wątpliwości prosimy o kontakt z Izbą Lekarską w Krakowie

tel: 12 619 17 32

e-mail: skladki@oilkrakow.org.pl

Opłaty z tytułu rejestracji gabinetów prywatnych należy wpłacać na konto OIL:
Bank PEKAO SA
25 1240 4650 1111 0000 5149 2553

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

ul. Krupnicza 11 A, 31-123 Kraków
www.izbalekarska.pl

Sekretariat:
tel. 12 619 17 20, fax 12 619 17 30
e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

Numery wewnętrzne:

- Dyrektor Biura (mgr J. Bizoń) 619 17 05
- Kancelaria OROZ (kierownik mgr S. Smoleń) 619 17 25
  e-mail: s.smolen@hipokrates.org
- Kancelaria OROZ ..... 619 17 17; fax 619 17 29
  e-mail: kancelariaoroz@gmail.com
- Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr E. Kowaliczek) 619 17 08
  e-mail: emilia@oilkrakow.org.pl
- Biuro Radców Prawnych (mgr D. Dziubina) 619 17 26
  e-mail: d.dziubina@hipokrates.org
- Rejestr Lekarzy 619 17 16
  e-mail: rejestr57@hipokrates.org
- Rejestracja Indyw. Praktyk; Staże podyplomowe 619 17 13
- Księgowość (mgr M. Chodór) 619 17 15
  e-mail: ksiegowosc57@hipokrates.org
- Kasa 619 17 14
- Składki 619 17 32
  e-mail: skladki@oilkrakow.org.pl
- Redakcja „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej”..... 619 17 27
  e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl
- Informatycy; str. internetowe 619 17 01

Komisje:

- Bioetyczna (A. Krawczyk) 619 17 12
  e-mail: a.krawczyk@hipokrates.org
- Etyki 619 17 13
- Kształcenia (mgr P. Pachel) 619 17 22
  e-mail: ksztalcenie57@hipokrates.org
- Sportu, Turystyki i Rekreacji 619 17 01
- Socjalno-Bytowa 619 17 18
- Stomatologiczna (mgr K. Trela) 619 17 18
  e-mail: k.trela@hipokrates.org
- Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców..... 619 17 05
- ds. Lek. Seniorów 619 17 01
- ds. Młodych Lekarzy; ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz)... 619 17 13
  e-mail: a.chuchmacz@hipokrates.org
- Zespół ds. POZ 619 17 12
- Zespół ds. AOS 619 17 12
- Zespół ds. Szpitalnictwa 619 17 12
- Zespół ds. Opieki Długoterminowej i Opieki Hospicyjnej ... 619 17 16
- Zespół ds. Kultury 619 17 16
- Rzecznik Praw Lekarza 619 17 13

Biuro OIL w Krakowie – przyjmowanie stron: oraz Delegatury

w Krośnie:
ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno
tel. 13 432 18 59; e-mail: krosno@hipokrates.org

w Nowym Sączu:
ul. Kopernika 18, 33-300 Nowy Sącz
tel. 18 442 16 47; e-mail: nowy.sacz@hipokrates.org

w Przemyślu:
Rynek 5, 37-700 Przemyśl
tel. 16 678 26 70, fax 16 678 33 24 e-mail: przemysl@hipokrates.org

poniedziałek, środa	godz. 9.00 do 16.00
wtorek, czwartek	godz. 9.00 do 15.00
piątek	godz. 9.00 do 13.00

Dyżury Radców Prawnych:

mec. Anna Gut	tel. 12 619 17 24
koordynator radców prawnych	
wtorek	godz. 12.00 do 14.00
środa	godz. 14.00 do 16.00
mec. Tomasz Pęcherz	tel. 12 619 17 31
wtorek	godz. 12.00 do 15.00
czwartek	godz. 12.00 do 15.00
mec. Tomasz Huber	tel. 12 619 17 19
poniedziałek, środa	godz. 13.00 do 16.00
piątek	godz. 11.00 do 13.00

Kancelaria Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

od poniedziałku do czwartku	godz. 9.00 do 16.00
Sekretariat / Dziennik podawczy	godz. 9.00 do 13.00

Ubezpieczenia

- Ubezpieczenia OC (Inter) Ubezpieczenia życiowe 619 17 15
- Ubezpieczenia OC (Inter, PZU, Uniqa) 619 17 16
- Ubezpieczenia OC – PZU 619 17 18

Galicyjska Gazeta Lekarska
PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Galicyjska Gazeta Lekarska – Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie • nakład 15 900 egz.
ul. Krupnicza 11a, 31–542 Kraków; tel. 12 619 17 27; fax: 12 422 57 55; e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl
Redaguje kolegium w składzie: Redaktor Naczelny – Janusz Legutko; Sekretarz Redakcji – Jolanta Grzelak-Hodor
Członkowie: Stefan Ciepły, Jerzy Friediger, Artur Hartwich, Mariusz Janikowski, Bożena Kozanecka, Małgorzata Popławska, Filip Ratkowski, Jacek Tętnowski, Katarzyna Turek-Fornelska, Andrzej Urbanik, Krzysztof Zgłobicki (grafika), Katarzyna Domin (korekta). Przygotowanie do druku: Globic; e-mail: globic@gmail.com

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji i zmian tytułów w nadsyłanych tekstach i korespondencji. Anonimów nie drukujemy. Za treść ogłoszeń nie ponosimy odpowiedzialności.