

Łódź • Piotrków Trybunalski • Sieradz • Skierniewice

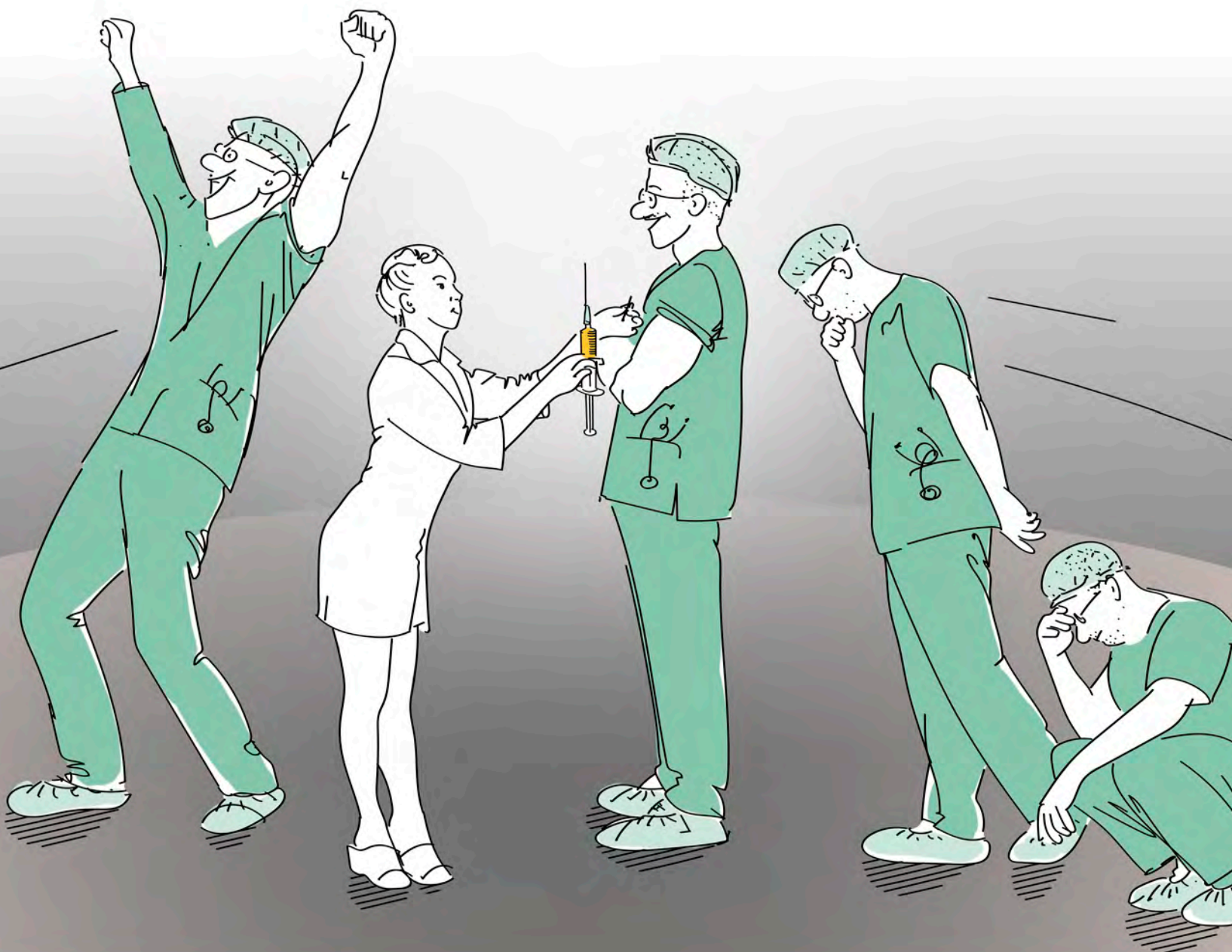


PANACEUM

Pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

nr 11 (254) – listopad 2020

ISSN 1233-9938
egzemplarz bezpłatny



**PUBLICYSTYKA,
REPORTAŻ**

**Grypa – wciąż jest,
wciąż niebezpieczna**

**BLIŻEJ
PRAWA**

**Czy lekarz jest
funkcjonariuszem
publicznym?**

**LEKARZE
PO GODZINACH**

**Doktorze,
uciekaj w las**

Nowy Tiguan

Ekscytuje już od 463 zł
netto/mies.



Wyjątkowa oferta dedykowana dla lekarzy i pracowników służby zdrowia.
Zadzwoń i dowiedz się więcej!

Od 1 września 2018 r. wszystkie nowe pojazdy wprowadzone do obrotu w Unii Europejskiej muszą być badane i homologowane, zgodnie z procedurą WLTP, określoną w Rozporządzeniu Komisji (UE) 2017/1151. WLTP zapewnia bardziej rygorystyczne warunki badania i bardziej realistyczne wartości zużycia paliwa i emisji CO₂, w porównaniu do stosowanej do tej pory metody NEDC.

W zależności od [modelu] wariantu i wersji, zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 5,9 l/100 km do 6,6 l/100 km, emisja CO₂ od 107 g/km do 174 g/km (dane na podstawie świadectw homologacji typu). Zużycie paliwa i emisja CO₂ zostało określone zgodnie z procedurą WLTP. O szczegóły zapytaj Autoryzowanego Dealera Marki Volkswagen lub sprawdź na stronie www.volkswagen.pl

Autoryzowany Dealer Volkswagena

Bursiak

ul. Pabianicka 119/131, 93-490 Łódź,
Tel. +48 42 689 23 30, www.bursiak.pl



Ciało i dusza

Różne jest postrzeganie śmierci w różnych religiach i kulturach. Nasze katolickie postrzeganie świata zakłada, że śmierć ciała nie jest końcem życia, ale jest prawdziwym początkiem. Co ciekawe, podobne założenia mają inne ważne religie. Niewątpliwie nadzieja w nieśmiertelność duszy towarzyszy ludziom od dawna, począwszy od starożytnych Egipcjan, którzy przypisywali równie ważną rolę ciału, dlatego po śmierci chronili je przed zniszczeniem. Same pojęcia sądu po śmierci i piekła powstały za czasów starożytnych Greków, którzy umiejscawiali to ostatnie w otchłaniach Tartaru.

W niektórych religiach, jak np. w judaizmie, nie ma jednak w ogóle pojęcia piekła. Natomiast w Koranie zarówno piekło, jak i raj są bardzo szczegółowo opisane. Nieco odmiennie śmierć postrzegana jest przez hinduistów i budystów. Co do zasady, hinduista wierzy w wędrówkę duszy będącą kolejnymi etapami samodoskonalenia, rozpoczynając ją od rzeczy nieożywionej, poprzez roślinę, zwierzę, człowieka, a kończąc na etapie bóstwa. Ostatecznie dusza ma zespolić się z absolutem. W buddyzmie także wierzy się w karmę, sansarę (cykl) oraz ostateczne wyzwolenie, nie ma jednak powiązania

tożsamościowego duszy i kolejne reinkarnacje są bardziej przypadkowe.

Rozważania o naszej ziemskiej wędrówce i śmierci zdarzają się częściej w listopadowe wieczory. Nadzieja na nieśmiertelność przynosi nieco ulgi w bólu po stracie bliskiej osoby, nie rekompensuje jednak nigdy uczucia tęsknoty i pustki. Lekarzy doświadczenie śmierci dotyka nie tylko w życiu osobistym, ale i zawodowym. Trudno powiedzieć, by ktoś nawet w zawodowych relacjach potrafił zachować się wobec niej obojętnie. Nie bez przyczyny lekarze używają do jej określenia słownych zamienników, np. pacjent zginął, a nie umarł.

Osobnym problemem jest obwinianie lekarzy o wszelkie niepowodzenia zdrowotne, bardzo powszechne w naszym społeczeństwie. To przenosi się z sytuacji pojedynczych na ogólne, zwłaszcza w obliczu rozwijającej się obecnie pandemii. Na naszych łamach psycholog, dr hab. Katarzyna Wałęcka-Matyja z Uniwersytetu Łódzkiego mówi (s. 12–13): „W każdej trudnej sytuacji człowiek szuka wyjaśnień i osób odpowiedzialnych, kogoś, kogo można za ten kryzys obwiniać” i dodaje: „Ludzie rozprawili się z mi-tem, że lekarz pomoże we wszystkim

i są zawiedzeni, rozczarowani, bo zapominają, że lekarze to też ludzie, zwykli śmiertelnicy ze swoimi mocnymi, ale i słabymi stronami”. Na naszych łamach opisujemy też krótko bulwersującą sprawę aktu agresji pacjenta wobec łódzkiego lekarza (s. 11) oraz w ślad za tym, omawiamy, kiedy lekarza chroni status funkcjonariusza publicznego (s. 26). Niewątpliwie radzić sobie obecnie jest bardzo trudno również ze względu na szybko zmieniające się prawo, czego dowodem jest powołana w ostatnich dniach października ustawa antycovidowa, o której piszemy na kolejnych stronach (s. 7–8). Jak walczyć z wirusem SARS-COV-2 łódzcy naukowcy, opowiada natomiast prof. Wojciech Młynarski z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (s. 9).

Kolejnym ważnym tematem poruszonym na łamach naszego pisma jest sprawa szczepień przeciwko grypie (s. 16–17). Grypa nie zniknęła i nadal zbiera swoje śmiertelne żniwo. Nawołujemy zatem za ekspertami – szczepimy się. ●

Patrycja Proc
przewodnicząca Kolegium
Redakcyjnego „Panaceum”
panaceum@oil.lodz.pl

na dzień dobry



Wystawa fotograficzna „Mój świat...”

Zakończył się tegoroczny konkurs połączony z wystawą fotograficzną lekarzy. Wydarzenie, co roku organizowane przez OIL w Łodzi, tym razem miało charakter międzynarodowy.

Niestety, w związku z pandemią, nie możliwa była organizacja hucznego, dużego wernisażu. Laureaci i wyróżnieni spotkali się w kameralnym gronie wraz z jury na wręczeniu nagród i pamiątkowych dyplomów. Osoby nagrodzone Złotym, Srebrnym i Brązowym Obiektywem otrzymały również medale.

W tegorocznej edycji wzięło udział 45 fotografujących lekarzy, którzy zgłosili 237 zdjęć. Wystawa miała charakter międzynarodowy, były zgłoszenia m.in. z Meksyku, Szwecji i Kanady, a także oczywiście z całej Polski.

– Co roku obserwujemy coraz wyższy poziom zgłoszeń. Tematyka została potraktowana bardzo szeroko, i to dobrze! – zauważa Sławomir Grzanek, przewodniczący jury. – Cieszymy się, że mimo sytuacji, wystawę i konkurs udało się zorganizować i wydarzenie

spotkało się z tak dużym zainteresowaniem – dodaje juror.

Wystawa organizowana jest od 17 lat.

Nagrodzone prace prezentujemy na ostatniej stronie (wewnętrznej okładce) tego numeru „Panaceum”. Można je również oglądać w siedzibie OIL (poniedziałek–piątek godz. 9–16), przy zachowaniu odpowiednich środków bezpieczeństwa (osłonięte usta i nos, dezynfekcja dłoni). ●

ADT

Rozmowa
z laureatem
oraz pełna lista
nagrodzonych
na s. 35



2020

SPISANE NA GORĄCO

- 3 Jesień średniowiecza**
SŁOWO PREZESA
- 4 Z notatnika rzecznika**
- 5 Polska myśl szkoleniowa**
ZAPISKI SEKRETARZA

PUBLICYSTYKA, REPORTAŻ

- 6 Gotowi do poświęceń, ale niegotowi do walki z pandemią**
NAGONKA NA LEKARZY
- 7 Ustawa antycovidowa w pigułce**
NOWE PRZEPISY
- 9 Innowacyjne badania nad wirusem**
KORONAWIRUS
- 10 Lekarze również sprzeciwiają się decyzji TK**
ZAOSTRZENIE PRZEPISÓW
- 10 List otwarty lekarzy i lekarek do sędziów Trybunału Konstytucyjnego**
- 11 Groził, wyzywał, wszedł na biurko**
AGRESJA
- 12 To nie wirus jest agresywny, to my**
LEKARSKIE NIEPOKOJE
- 14 Epidemia równa się spisek**
ANTYMASECZKOWCY
- 16 Grypa – wciąż jest, wciąż niebezpieczna**
SZCZEPIENIA
- 18 Polityka i lekarze**
REFLEKSJE FABIANA
- 19 Objawy COVID-19 w jamie ustnej**
ZGŁĘBNIK STOMATOLOGICZNY

Z ŻYCIA ŚRODOWISKA

- 20 Na lekarskie bóle**
FIZJOTERAPEUTA RADZI
- 24 Zmiany będą w całym kraju**
PORÓD W PANDEMII
- 24 Co słychać w delegaturach**
DELEGATURA PIOTRKOWSKA

BLIŻEJ PRAWA

- 25 Z najwyższej półki**
Z LEKARSKIEJ WOKANDY
- 26 Czy lekarz jest funkcjonariuszem publicznym?**
PORADNIK PRAWNY
- 28 Prawniczy newsletter medyczny**

Z HISTORII MEDYCyny

- 29 Maria Teresa Nowakowska**
PORTRETY NIEPOSPOLITYCH MEDYKÓW
- 30 Kolekcjoner to szczęśliwy szaleniec**
WYSTAWA
- 31 Gdy „katary” szaleją, doktorzy obwieszczenia piszą. Odcinek 1.**
PODRÓŻE W CZASIE I PRZESTRZENI

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

- 32 Wspomnienia o zmarłych lekarzach**

LEKARZE PO GODZINACH

- 34 Maseczki i nosy**
DROBNE PRZYJEMNOŚCI
- 34 Kulturalna jesień w OIL**
- 35 Natura pomaga wydobyć piękno**
WYSTAWA FOTOGRAFICZNA „MÓJ ŚWIAT...”
- 36 Nikt nie zaraził się w kinie**

SPORT I REKREACJA

- 37 Doktorze, uciekaj w las!**
- 38 Jak nie zgubić się w biegowych dystansach i dyscyplinach**
- 39 Ekspert od serca i wołyżerki**

OPINIE, LISTY, POLEMIKI

- 40 W obronie telemedycyny z pediatrii**
- 41 Koronkowa robota**
- 42 Babie lato**
- 42 Podziękowania**

PORA RELAKSU

- 43 Krzyżówka**
- 45 Sudoku**

zapraszamy na
www.oil.lodz.pl

Jesień średniowiecza

Paweł Czekalski, prezes ORL w Łodzi

Jesień w tym roku poza tradycyjnymi słonecznymi kolorami mieszającymi się z szarością i deszczem przyniosła spodziewaną batalię z epidemią. Nie ma co ukrywać, że ten ostatni temat dominuje nasze życie od wczesnej wiosny.

Jesień, jak też i pozostałe pory roku, w zasadzie jest przewidywalna. Z grubsza wiadomo, jak będzie, wiemy, że będzie trochę słońca trochę deszczu, że będzie czasem chłodno, czasem trochę ciepiej. Ciepłsze ubranie, parasol i tym podobne utensylia pozwalają uniknąć przykrych niespodzianek. Powiedzenie, że historia kołem się toczy, powinna nauczyć nas wyciągania wniosków i przygotowywania się na różne sytuacje. Niektóre fakty da się przewidzieć! Nie są to wszakże numery ze zwycięskiego kuponu totolotka.

Prognozowanie, predykcja to naukowa metoda przewidywania zdarzeń w przyszłości. Przyjmuje się modele statystyczne, określa wpływ czynników zewnętrznych i wewnętrznych, prowadzi się analizy relacji między poszczególnymi czynnikami. Wszystko po to, by uniknąć elementu zaskoczenia. Od marca tego roku, a właściwie od listopada ubiegłego roku borykamy się z falą zakażeń koronawirusem. Początkowo negocjowana, później może zbyt późno zauważona, fala zachorowań, dająca się zresztą przewidzieć (np. obserwując informacje ze świata), dotarła w końcu oficjalnie do nas i zapanowała. Niestety w miejsce roztropnego opartego na doświadczeniu i wiedzy działania, wkroczyli pseudospecjaliści politycy, celebryci i inne podobnej maści tęgie głowy. Naiwne albo co gorsza z premedytacją głoszone oczekiwania nijak nie mogły sprostać rzeczywistości i efekty epidemii mamy widoczne. Historia wskazuje, że podobny przebieg miała epidemia grypy zwanej „hiszpanką” w 1918–1919 r. Wówczas także obarczano winą koncerny farmaceutyczne, które celowo rozsiewały

zakażenia, upowszechniała się podobna spiskowa teoria dziejów. Także pojawiały się grupy protestujące przeciw epidemii. Wówczas wirus H1N1 zebrał większe żniwo niż I wojna światowa. Ocenia się, że zachorowało około 500 mln ludzi, a liczbę zmarłych wówczas szacuje się od 21 do 100 mln. Analizy pozwoliły określić fazy epidemii i powikłania choroby, a także reakcje społeczne. Niestety obecna sytuacja wskazuje, że nie wyciągnięto właściwych wniosków. Mało tego, wartości polityczne i trudne do określenia interesy gospodarcze wzięły górę nad wiedzą epidemiologów i zakaźników. W dodatku z dostępnych wielu naukowych metod prognozowania wybrano metodę pseudonaiwną, czyli „damy radę” razem z „jakoś to będzie”, a na dółkładkę „chłopaki pomogą”. Skutkiem tego mamy to, co mamy. To już nie niewydolność czy katastrofa ochrony zdrowia, to rozpad na czynniki pierwsze. Teraz szukanie wsparcia, pomocy, heroicznych czynów, bohaterów, no i oczywiście winnych. Tu nie trzeba daleko szukać, bo winni to oczywiście my! Leniwi, pazerni lekarze, którzy tylko dlatego coś robią, że są przymuszani, a rządzący mozolnie i w pocie czoła naprawiają wszystko, co psujemy. Polityka zohydzenia lekarzy społeczeństwu uprzednio doprowadzona niemal do perfekcji, znów staje się najważniejszym narzędziem do wmawiania społeczeństwu, kto nie dopatrył lub zawinił. Tak jak i wcześniej pozorne działania legislacyjne mające niby spełnić oczekiwania środowiska lekarskiego są jedynie pożywką dla mediów i propagandy. Epidemia obnażyła bezlitośnie wszystkie braki ochrony zdrowia. Wadliwa organizacja, braki lekarzy, brak realnego planu. W dodatku zarządzanie przez pseudofachowców, polityków i dyletantów prowadzi niechybnie ku zagładzie. Jesienna fala zapowiadaliśmy już wiosną. Mówiliśmy, że trzeba przygotować się na najgorsze, że będzie potrzebny realny plan

i jasne zasady. I co. I mieliśmy rację. Tylko, że ta satysfakcja nic nam nie daje. Bo teraz to my musimy stawiać czoła realnemu zagrożeniu, w ekstremalnych warunkach, wystawiani zresztą społeczeństwu jako winowajcy wszelkiego zła. Zamiast wszystkie siły spożytkować na leczenie naszych chorych, pokonujemy bariery biurokracji, niekompetencji, braków sprzętu i fatalnej organizacji. Za tym wszystkim stoi złowroga postać polityki, która za wszelką cenę, niejako przy okazji, chce wprowadzać swoje zasady. My też jesteśmy ludźmi, a nie nadludźmi, możemy być zmęczeni, sfrustrowani. Możemy się obawiać o własne i najbliższych zdrowie, o bezpieczeństwo nie tylko to realne teraz, ale na przykład o bezpieczeństwo w przyszłości, o odpowiedzialność za niezawinione skutki naszej pracy. Stale pomawiani o całe zło, jakie teraz w ochronie zdrowia zostało obnażone, straszeni i przymuszani w końcu też nie wytrzymamy. Tylko, że my w przeciwieństwie do innych zawodów i grup społecznych, nie wyjdziemy protestować, nie zostawimy naszych chorych. Domagamy się szacunku, bezpiecznych warunków pracy i godziwych wynagrodzeń. Czy naprawdę w obliczu katastrofy tak trudno współdziałać z lekarzami i wspierać w działaniach w miejsce szykan i oskarżeń? Czy tak trudno w obliczu realnego zagrożenia przynajmniej próbować stworzyć realne, a nie fikcyjne warunki naszej pracy? Wystarczy już fikcyjnych statystyk i propagandowej retoryki. Tymczasem jesień jak co roku, tyle, że jakby bardziej daleka, zza okien masek i przyłbic, ale mimo wszystko jesień. Kolejne pory roku po niej zima i wiosna, a dalej lato i tak dalej, pory roku, jakimi nieustannie się zachwycamy. Oby tak było! Życzę nam wszystkim. ●

słowo
prezesa



Paweł Czekalski

z notatnika
rzecznika**Jedna dawka szczepionki
przeciw grypie na osobę**

Pacjent kupi w aptece kilka szczepionek przeciw grypie, pod warunkiem, że każda będzie przepisana na inną osobę. Resort wprowadza przepis reglamentacyjny.

Pacjent powyżej dziewiątego roku życia dostanie w aptece nie więcej niż jedną ampułko-strzykawkę produktu leczniczego *Fluarix Tetra* albo *Influvac Tetra*, albo *VaxigripTetra* na 180 dni – wynika z obwieszczenia ministra zdrowia.

Resort zamierza w ten sposób przeciwdziałać wykupywaniu większej liczby szczepionek przeciw grypie, niż może przyjąć pacjent.

– To przepis, który ma zapobiegać skupowaniu zbyt dużej liczby szczepionek i wyłudzeniu refundacji z NFZ, np. gdy senior, któremu przysługuje bezpłatna szczepionka, dostanie kilka recept i obdzieli nimi całą rodzinę – tłumaczy Marek Tomków, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej (NRA). – W ostatnich dniach pojawiły się informacje o osobach realizujących recepty na kilkadziesiąt dawek. Nic więc dziwnego, że resort zdrowia chce takim sytuacjom zapobiegać – dodaje.

ŹRÓDŁO: „RZECZPOSPOLITA”

**Łódzki startup opracował
system monitorowania
zakażonych koronawirusem**

„Covitcher” to opracowany przez łódzki startup system monitorowania zarażonych, których można leczyć domowo – wyjaśnia Mateusz Siwak, lekarz, koordynator projektu. – Dostarczamy pacjentowi pulsoksymetr – urządzenie, które zakładamy najczęściej na palec. Za jego pomocą mierzymy poziom nasycenia krwi tlenem. Dzięki temu możemy w prosty sposób określić, czy pacjent wpada w niewydolność oddechową.

Urządzenie jest połączone z aplikacją w telefonie, która na bieżąco wysyła informacje o stanie zdrowia pacjenta do Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego. – Jeżeli tego samego pacjenta wychwycimy dwa dni wcześniej, w momencie, gdy on się już dekompenzuje, tzn. gdy zaczyna się niewydolność

oddechowa, ale jeszcze nie jest ostra, jesteśmy w stanie go wyprowadzić z tego stanu. O wiele prościej, o wiele taniej, nie zabierając cennych łóżek na oddziale intensywnej terapii.

„Covitcher” powstał dzięki wsparciu finansowemu Łódzkiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej. To jedyny tego rodzaju system działający w Polsce. Obecnie monitoruje zdrowie kilkunastu pacjentów z województwa łódzkiego.

Projektem zainteresowało się Ministerstwo Zdrowia. Jeśli zostanie oceniony pozytywnie, może zostać wdrożony na terenie całego kraju.

ŹRÓDŁO: RADIO ŁÓDŹ

**Szpitala zyskały czas na odrobienie
tegorocznych ryczałtów. Czy zdążą
zrealizować tyle świadczeń?**

Szpitala do końca czerwca 2021 r. mają czas na nadrobienie tegorocznych ryczałtów niewykonanych w czasie ograniczenia świadczeń z powodu pandemii Covid-19. – Będziemy dawali taką szansę – zapowiedział minister zdrowia Adam Niedzielski. – To trochę jak obstawianie na ruletce – obawia się dyrektor jednego ze szpitali powiatowych.

Podczas posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia (16 września) minister zdrowia Adam Niedzielski przytoczył statystyki mówiące o tym, że w ciągu pierwszych siedmiu miesięcy roku realizacja ryczałtu średnio wynosiła 80 proc. Wyliczył, że w styczniu szpitale wykonały 104 proc. ryczałtu, w lutym prawie 106 proc., potem nastąpił spadek do 80 proc. w marcu, w kwietniu najgłębszy – do 45 proc., a stopniowe odbicie: 63 proc. w maju, 78 proc. w czerwcu, a 85 proc. w lipcu.

Minister Adam Niedzielski ocenił, że szpitale są w stanie nadrobić te świadczenia. Dano im na to czas do końca połowy przyszłego roku. – Nie twierdziłem, że to jest do nadgonienia w ciągu dwóch miesięcy czy do końca roku, tylko – tak jak powiedziałem – będziemy dawali szansę wykonania w ciągu pół roku, czyli do końca czerwca 2021 r. – wyjaśnił i ocenił, że placówki są w stanie nadrobić w ciągu pół roku 10–15 proc. rocznego ryczałtu.

Dyrektor Krzysztof Żochowski, jako wiceprezes OZPSP deklaruje, że „szpitale powiatowe są od tego, by chorym służyć i oczywiście jeżeli warunki będą temu sprzyjały, to będą nieść pomoc jak największej liczbie chorych”. – Dzisiaj jednak zakładanie, że w ciągu pierwszego półrocza nadrobimy tegoroczne ryczałty, to jak obstawianie na ruletce. Nie mamy doświadczenia, by przewidzieć, jak rozwinie się epidemia Covid-19 na jesieni i czy nam w tym nie przeszkodzi – stwierdza.

ŹRÓDŁO: „RYNEK ZDROWIA”

**Egzamin zawodowy lekarzy –
aż 3400 osób zdaje go w Łodzi.**

Lekarze 80 specjalizacji jak co roku piszą egzamin zawodowy w Łodzi. Są obawy, że takie skupisko osób w jednym miejscu spowoduje wiele zakażeń, które później mogą zostać przeniesione do szpitali.

– W tym roku egzamin będzie zdało u nas 3400 lekarzy z całej Polski. To rekordowy rok, bo zmienione ostatnio przepisy pozwalają na przystąpienie do egzaminu również tym lekarzom, którzy jeszcze nie skończyli szkolenia specjalizującego. Takiego wyzwania jeszcze nie mieliśmy – mówi prof. Rafał Kubiak, zastępca dyrektora CEM.

Egzamin podzielony jest na dwie części – ustną i pisemną, z czego ta druga odbywa się w Atlas Arenie. Dla każdej specjalizacji wyznaczono osobny termin. Nie zmienia to jednak faktu, że podczas egzaminu z interny w jednym miejscu test pisze około 300 osób.

Ustna część odbędzie się w różnych częściach kraju. Zostały powołane komisje – na jeden zespół egzaminujących będzie przypadać nie więcej niż 10 osób zdających. Przed przystąpieniem do egzaminu lekarze zostaną zbadani termometrem. Egzamin w reżimie zakrywania nosa i ust.

ŹRÓDŁO: TVN24.PL

Justyna Kowalewska
rzecznik prasowy OIL w Łodzi

Informacje zebrane
20 października 2020 r.

Polska myśl szkoleniowa

Poniższy felieton znów muszę rozpocząć mocno, tym razem słowami Siary Siarzewskiego z legendarnego filmu Kiler – „no i w p...u i wylądował i cały mi-sterny plan też w p...u!”. To jedno zdanie, może niezbyt wysublimowane, ale znane każdemu, jak mała które oddaje doskonale to, co obecnie dzieje się w publicznej ochronie zdrowia. Plan, nawet jeżeli kiedykolwiek i jakkolwiek istniał, to właśnie poszedł się przejść. Wykładniczo przybywa osób z pozytywnym wynikiem testu w kierunku COVID-19. Czy było to do przewidzenia? „Pytania są tendencyjne!” – można by krzyknąć. Wakacje przespane, cały kraj w szale urlopowym, zabawy, restrykcje praktycznie żadne, a tu nagle bęc. Szpitale zapchane, brak miejsc w izolatkach, brak miejsc w ogóle. Kolejki karetek przed izbami przyjęć, potwierdzone przypadki zgonu w trakcie takiego oczekiwania, ale my nadal idziemy „drogą środka”. A ta droga środka to cały kraj w czerwonej strefie, kolejne zakazy, kolejny brak spójnej komunikacji dla pacjentów.

Doprawdy, nie wiem ile trzeba mówić, że przesunięcie łóżek z innych oddziałów i przekształcenie je w covidowe, nie spowoduje, że tych miejsc w szpitalach będzie ogółem więcej. Personel także nie rozmnaża się przez pączkowanie. Naprawdę to tak trudne do zrozumienia? Tworzenie dwóch systemów w obrębie jednego już totalnie niewydolnego to zaiste droga środka. Pacjenci onkologiczni, z udarem, z zawałem, urazami wielonarządowymi nie zniknęli. Mają teraz po prostu utrudniony dostęp do szybkiej diagnozy i leczenia, bo wszystko kręci się tylko wokół jednego wirusa.

Teraz słyszymy, że musimy bardzo mocno i stanowczo wcisnąć hamulec. A ja myślę, że bardzo mocno i stanowczo należało uderzyć się w głowę już dawno. My w Polsce uwielbiamy naszą od lat sprawdzoną taktykę rodem z polskiej myśli szkoleniowej – na hura, na chaos! I w myśl tej zasady działamy.

Najpierw na hura otworzyliśmy szkoły. Teraz na hura wprowadzamy nauczanie zdalne lub hybrydowe. Najpierw na hura wszystkich zamknęliśmy w domach. Później na hura wirus był w odwrocie, licznie poszliśmy na wybory i pojechaliśmy na wakacje, bo nie było czego się bać. Aż tu nagle na hura wracamy do ograniczeń. Na hura organizujemy szpitale przejściowe. I tutaj wisienka na torcie polskiej myśli szkoleniowej – szpital narodowy. Bo u nas wszystko teraz jest narodowe. Faktycznie łatwiej zrobić show wobec stadionu, niż np. dokończyć budowę szpitala południowego w Warszawie.

Polityka od początku wygrywa ze zdrowiem Polaków. Tylko czy nasz przykładowy pacjent to rozumie? Nie. Wszystkiemu winni są lekarze. Zamknęli się w szpitalach, zamknęli drzwi, nie przyjmują, boją się wirusa, biorą dodatek od rządu, dostają ekstra kasę za wpisanie w kartę zgonu covidu itp. Do tego projekt ustawy, który zasadniczo wszystko zrzuca na lekarzy. Można delegować do pracy z covidem prawie wszystkich (przejaskrawiam), ale będą pracować pod nadzorem lekarza. Czyli to my bierzemy za to całkowitą odpowiedzialność. Zwolnienie z odpowiedzialności karnej? Świetnie, ale to pacjenci nas skarżą z powództwa cywilnego. Dodatek do pracy? Bardzo medialne hasło, codziennie w serwisach informacyjnych powielane jak mantra. Tylko, że on przysługuje jedynie osobom, które delegował wojewoda. Wszyscy, którzy pracujemy na co dzień w szpitalach, mamy pacjentów i oddziały covidowe, możemy o tym dodatku zapomnieć.

Pacjenci jednak uważają, że całe środowisko, kolokwialnie mówiąc, utoczyło się finansowo na wirusie. Nikt tego nie prostuje. A powinna chociażby Naczelna Izba Lekarska.

Inną kwestią są agresywni pacjenci, negujący pandemię, obrażający lekarzy, odmawiający załatwienia ust i nosa w trakcie wizyty, piszący komentarze pełne nienawiści, momentami wręcz

nawołujące do agresji. Trochę dosyć mam słuchania i myślenia, że bez sensu jest reagowanie, że to nic nie da. Machaliśmy na to ręką jako środowisko wiele lat. Większość społeczeństwa twierdzi, że jesteśmy jakąś kastą wybraną, a w mniej wysublimowanych słowach: bogolami śpiącymi na kasie. Skoro tak jest i skoro nie potrafimy skutecznie poprzez edukację i tłumaczenia zmienić wieloletniego zaniedbania i wizerunku lekarza, to może chociaż warto pokazać, że faktycznie o swoje dobre imię dbamy? Uważam, że każdy taki komentarz, każde takie zachowanie pacjenta, jak opisane powyżej, w kierunku lekarza powinno być ścigane do samego końca. Zwłaszcza teraz. Mamy zastępy prawników, zrobimy w końcu z tego użytek.

Na koniec, warto abyśmy jako środowisko, chociaż sami wobec siebie byli *fair* i nie najeżali się jeden na drugiego za prawdę. A prawdą jest, że część POZ-etów się zamknęła i dostać się tam można tylko waląc kijem w parapet (słynna sprawa medialna). Prawdą jest, że część specjalistów pochowała się i najchętniej umyła by ręce od walki z covidem i tyrała wszystko rezydentami w myśl „bo ja w twoim wieku to brałem sto dyżurów miesięcznie i jeszcze do tego doptałem i cieszyłem się, że mogę pracować”. Teraz jest czas wspólnego wysiłku i pracy. Nikt nam za to nagrody nie da, nawet orderu z ziemniaka. Taki jednak mamy zawód i wykonujemy go jak najlepiej, każdy w zakresie własnych sił, bez spychotechniki, bez przerzucania jeden na drugiego. Solidarnie. Może niektórym przypomni się to słowo i:

*Jeszcze w zielone gramy,
jeszcze wzrok nam się pali,
jeszcze się nam pokłonią ci,
co palcem wygrażali.
My możemy być w kłopotcie,
ale na rozpaczy dnie
jeszcze nie, długo nie.* ●

Mateusz Kowalczyk
sekretarz ORL w Łodzi

zapiski
sekretarza



Gotowi do poświęceń, ale niegotowi do walki z pandemią

Zaczęto się od owacji dla lekarzy i personelu medycznego podczas pierwszej fali pandemii, a skończyło na oskarżeniach władzy, że „część środowiska niechętnie wykonuje obowiązki lekarza”. Te słowa obrażyły wszystkich lekarzy, którzy mimo braków kadrowych, sprzętowych, niedofinansowania systemu, a często nawet środków ochrony osobistej, każdego dnia stawiają się w pracy, żeby pomóc pacjentom.

nagonka
na lekarzy

Na reakcję środowiska nie trzeba było długo czekać. „Krzywdzące i skrajnie nieodpowiedzialne” – ocenił krytykę prof. Andrzej Matyja, prezes NRL. W ślad za nim lekarze z całej Polski zaczęli wrzucać zdjęcia obrazujące, z jakim zaangażowaniem wykonują swoje obowiązki: wiele godzin pracując w ciasnych kombinezonach, dyżurując na SOR-ach. Do mediów przebiło się m.in. zdjęcie nietkniętego śniadania o godz. 17 popołudniu. Bo nie było czasu.

Autorem słów, które wywołały lawinę wpisów ze strony lekarzy i oburzenie władz samorządu jest Jacek Sasin, wiceminister Aktywów Państwowych, który w wywiadzie dla Polskiego Radia z jednej strony zapewnił, że „mamy w Polsce zabezpieczone środki medyczne niezbędne do walki z pandemią”, a z drugiej wskazał na występujące problemy. Tym problemem jest „brak woli części środowiska lekarskiego

do wykonywania swoich obowiązków”. Dodał też, że choć strach jest naturalny, to w „środowisku lekarskim nie powinien występować”.

Te słowa dotknęły wielu lekarzy, którzy narażając życie swoje i swoich rodzin od początku pandemii walczą o pacjentów. Najsilniejszy głos należał do Andrzeja Matyi, prezesa NRL, który opublikował oświadczenie na stronie Naczelnej Rady Lekarskiej, w którym odniósł się do słów Jacka Sasina.

Prof. Andrzej Matyja, napisał, że „podważanie zaufania społecznego do osób wykonujących zawód lekarza w okresie pandemii jest krzywdzące i skrajnie nieodpowiedzialne”. Podkreślił również, że „podobna opinia nigdy nie padła z ust przedstawicieli resortu zdrowia, którzy są z NRL w stałym kontakcie. Wręcz przeciwnie: kierownictwo Ministerstwa Zdrowia wielokrotnie podkreślało zaangażowanie personelu medycznego w walkę z pandemią” i dodał, że nie wie, skąd

wiceminister zarządzający aktywami państwowymi czerpie taką wiedzę. Prof.

A. Matyja wezwał do natychmiastowych przeprosin. Minister Sasin jednak do tej pory (26.10.2020) nie przeprosił.

Prezes NRL wskazał też, że winy za problemy, które pojawiają się w trakcie walki z pandemią, nie należy szukać w środowisku lekarskim. Przypomniał o wieloletnich apelach o zmiany w ochronie zdrowia.

Pandemia bezlitośnie

obnażyła braki kadrowe, niedofinansowanie i złą organizację. Wystarczy wspomnieć, że „w czasie pandemii lekarze stanęli w obliczu, np. braku środków ochrony osobistej, testów, odpowiedniego sprzętu, chaosu organizacyjnego, a mimo to robili i robią wszystko, by walczyć o zdrowie i życie pacjentów” – wskazał w stanowisku.

W podobnym tonie wypowiedzieli się przedstawiciele okręgowych izb lekarskich. Podkreślają, że wypowiedź wiceministra Sasina jest „próbą zrzucania przez Państwo na środowisko lekarskie odpowiedzialności za krytyczną sytuację w ochronie zdrowia i skutki epidemii”. – czytamy m.in. w stanowisku Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu.

Mimo krytyki ze strony władzy i próby zrzucenia na środowisko lekarskie winy za nieprzygotowanie systemu, lekarze robią wszystko, by walczyć o życie i zdrowie pacjentów. I każdego dnia podejmują własne decyzje. Kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w szpitalu warszawskim Tomasz Siegiel, w poście na FB wskazał na brak łóżek do intensywnej terapii i napisał. „W całym kraju nie ma już dawno miejsc dla chorych z COVID-19... Każdy, kto pracuje w szpitalu, ma chorego z COVID i próbuje go przenieść do szpitala zakaźnego, wie o tym doskonale. [...] Przez tydzień byłem dyrektorem medycznym szpitala. Zrezygnowałem, bo w tej sytuacji moje miejsce jest przy pacjencie wymagającym intensywnej terapii i moim zespole”. ●

Joanna Kalinowska



Ustawa antycovidowa w pigułce

22 października Sejm uchwalił nowelizację niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19.

Przegłosowano między innymi: dodatki do wynagrodzeń medyków skierowanych do walki z COVID-19, zwolnienie ich z odpowiedzialności karnej za błędy popełnione podczas leczenia i wprowadzenie prawa do odmowy sprzedaży osobom bez maseczek. Z drugiej strony podniesiono wiek lekarzy, którzy mogą być delegowani do pracy, pozbawiono ochrony lekarzy-rodziców, ułatwiono zatrudnianie medyków spoza Unii Europejskiej i zobowiązano izby lekarskie do przekazywania list lekarzy wojewodom.

Podczas wcześniejszych prac w sejmowej Komisji Zdrowia jednocześnie procedowano cztery poselskie projekty związane z walką z koronawirusem – autorstwa Lewicy, KO, PiS i PSL. Ostatecznie zdecydowana większość przepisów uchwalonej nowelizacji jest zbieżna z projektem PiS. W ustawie znalazły się również niektóre rozwiązania zaproponowane w projektach Lewicy i KO.

Jak podaje Polska Agencja Prasowa, obrady Komisji Zdrowia trwały ponad 11 godzin i skończyły się w nocy ze środy na czwartek. Do projektu zgłoszono 53 wnioski mniejszości – poprawki opozycji, które nie zyskały akceptacji komisji. Podczas czwartkowego głosowania żaden z wniosków nie uzyskał poparcia posłów, podobnie jak 23 poprawki zgłoszone w trakcie drugiego czytania.

• Wyłączenie odpowiedzialności, podwyższenie pensji

Nowelizacja zakłada m.in. wyłączenie z odpowiedzialności karnej w czasie epidemii personelu medycznego walczącego z COVID-19. Zgodnie z nowymi przepisami: *nie popełniają przestępstwa lekarze, pielęgniarki i ratownicy, którzy lecząc pacjentów z COVID-19 i działając w szczególnych*

okolicznościach, dopuścili się czynu zabronionego, chyba że był on wynikiem rażącego niezachowania ostrożności.

Podwyższono też pensję personelu medycznego skierowanego przez wojewodę do walki z epidemią do 200 proc. z dotychczasowego 150 proc. przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy. Wynagrodzenie ma być wypłacane z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Nie może być ono niższe niż uposażenie, które taka osoba otrzymywała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o jej delegowaniu do pracy.

Jednocześnie nie tylko personel medyczny, ale także funkcjonariusze Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służba Ochrony Państwa delegowani do pracy przy epidemii będą mieli prawo do 100 proc. uposażenia w przypadku kwarantanny lub izolacji. Zyskali je również funkcjonariusze Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego

oraz Służby Więziennej delegowani do zadań przy epidemii.

• Lekarze z zagranicy? Ale też młodzi lekarze

Ustawa reguluje też kwestie ułatwienia zatrudniania w Polsce lekarzy specjalistów, którzy uzyskali kwalifikacje zawodowe poza Unią Europejską. Będą oni mogli być zatrudniani w systemie ochrony zdrowia po spełnieniu wymogów ustawowych (np. pod warunkiem posiadania co najmniej trzyletniego doświadczenia zawodowego jako lekarz specjalista).

Nowelizacja przewiduje, że do pracy przy COVID-19 będzie można delegować młodych lekarzy, którzy są w trakcie stażu podyplomowego oraz tych, którzy ukończyli staż podyplomowy, lecz nie uzyskali prawa wykonywania zawodu, bo nie zdali egzaminu końcowego.

Ponadto skierowani do udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z epidemią COVID-19 mogą być również m.in. studenci i doktoranci

cd. na s. 8

nowe przepisy

Za nowymi przepisami głosowało 423 posłów, 11 było przeciw, a 9 wstrzymało się od głosu.



Nowe przepisy zakładają, że do zamówień na dostawy niezbędne do przeciwdziałania COVID-19 – gdy zamawiającym jest samorząd – nie stosuje się ustawy Prawo zamówień publicznych

cd. ze s. 7

kierunków medycznych oraz osoby, które w ciągu ostatnich 5 lat ukończyły kształcenie w zawodzie medycznym.

- **Samorządy lekarskie przygotowują listy medyków**

Samorządy lekarskie na wniosek wojewody lub właściwego ministra zdrowia będą musiały w ciągu 7 dni przekazać tym organom listę osób wykonujących zawód medyczny, które można skierować do zwalczania epidemii. We wniosku będą musiały zawrzeć dane dotyczące takiej osoby: imię, nazwisko, adres zamieszkania i numer prawa wykonywania zawodu medycznego, jeżeli został nadany.

- **Pracować mogą starsi i matki z małymi dziećmi**

W nowych przepisach podwyższono z 60 do 65 lat wiek mężczyzn wykonujących zawód medyczny, którzy mogą być oddelegowani do zwalczania epidemii. Dla kobiet pozostawiono go na poziomie 60 lat. Do pracy będzie można skierować osobę, której dziecko nie przekroczyło 14 lat. W pierwotnym projekcie PiS usunięto ten przepis.

- **Dłużej ważne recepty, kary za brak maseczki i brak wsparcia dla rodziców**

Wydłużono okres realizacji recepty do 150 dni od dnia wystawienia na leki, które są obecnie niedostępne – 150 dni, czyli 5 miesięcy, to tyle, jak uzasadniono, ile może trwać tzw. sezon grypowy.

Z kolei wpisanie w ustawę rozwiązania zmierzającego do karania grzywną za nieprzestrzeżenie obostrzeń (m.in. noszenia maseczek) ma przyczynić się do skutecznego egzekwowania tych restrykcji i uniknąć wątpliwości interpretacyjnych. Wprowadzono także przepis, zgodnie z którym nieprzestrzeżenie obowiązku zakrywania ust i nosa będzie stanowiło uzasadnioną przyczynę odmowy sprzedaży w sklepach.

Wśród odrzuconych przez Sejm wniosków mniejszości znalazła się m.in. poprawka opozycji, mająca wprowadzić zasiłki opiekuńcze dla rodziców, których dzieci nie uczęszczają

do szkoły, np. z powodu wprowadzenia edukacji zdalnej.

Nie zaakceptowano również poprawki o utworzeniu funduszu celowego w wysokości 5 mld zł przeznaczonego m.in. na zakup testów diagnostycznych, 10 mln dawek szczepionek przeciw grypie i sprzętu do intensywnej terapii.

- **Zmiana trybu zamówień usług i sprzętu niezbędnych do walki z COVID-19**

Nowe przepisy zakładają również, że do zamówień na usługi lub dostawy niezbędne do przeciwdziałania COVID-19 – gdy zamawiającym jest samorząd – nie stosuje się ustawy Prawo zamówień publicznych, jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub wymaga tego ochrona zdrowia publicznego. Zastrzeżono jednak, że w ciągu 14 dni samorząd musi zamieścić w Biuletynie Zamówień Publicznych informację o firmie lub podać imię i nazwisko podmiotu, z którym zawarł umowę na wykonanie zamówienia.

- **Wzmocnienie kompetencji wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego**

Ponadto wzmocniono kompetencje wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, by usprawnić umieszczanie między szpitalami pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Umożliwiono także ministrowi zdrowia powołanie krajowego koordynatora ratownictwa medycznego.

Koordynatorzy mogą wydawać decyzje administracyjne zobowiązujące szpitale do przyjęcia osób wymagających pilnej hospitalizacji. W odniesieniu do szpitali w tym samym województwie, w którym przebywa pacjent, decyzję podejmuje wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego. Gdy pacjent będzie wymagał hospitalizacji w innym województwie, wówczas decyzję podejmuje koordynator krajowy.

- **Więcej osób będzie mogło pobierać wymazy**

Ponadto poszerzono katalog osób mogących pobierać wymazy o osoby, które współpracują z systemem ratownictwa medycznego oraz współpracujące albo będące ratownikami w systemie ministra obrony narodowej.

Ponadto minister zdrowia będzie mógł teraz zawiesić kierownika placówki leczniczej, który mimo pandemii nie realizuje wydanych obowiązków lub wydanych mu poleceń.

- **Wstrzymanie pomocy finansowej przedsiębiorcom nieprzestrzegającym obostrzeń**

Wprowadzono przepis, który pozwala odmówić przedsiębiorcy pomocy publicznej za naruszenie ograniczeń, nakazów i zakazów udzielanej mu w ramach łagodzenia skutków ekonomicznych epidemii. Musi on jednak, ubiegając się o wsparcie finansowe, złożyć oświadczenie pod rygorem odpowiedzialności karnej, że nie naruszył w żaden sposób obowiązujących obostrzeń. Jeśli złoży fałszywe oświadczenie, będzie zobowiązany do zwrotu otrzymanych w ramach pomocy środków wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie.

- **Ułatwienie budowy i organizacji szpitali tymczasowych**

Poszerzono także wykaz podmiotów, które za zgodą wojewody w czasie epidemii nie podlegają przepisom, m.in. prawa budowlanego czy dotyczące planowania i zagospodarowania przestrzennego o inne niż wykonujące działalność leczniczą. Ma to usprawnić budowę i organizację tymczasowych szpitali bądź przeznaczenia na ten cel uzdrowiska czy prywatnego szpitala. Budowa takiej placówki leczniczej może być powierzona innemu podmiotowi niż leczniczy w drodze polecenia.

Przy tworzeniu m.in. szpitali tymczasowych nie będzie wymagane stosowanie rozporządzenia w sprawie wymagań dotyczących np. warunków techniczno-sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. ●

Opr. Justyna Kowalewska

W chwili zamknięcia tego numeru ustawa wróciła z Senatu do Sejmu z blisko 40 poprawkami.

Innowacyjne badania nad wirusem

Zespół prof. Wojciecha Młynarskiego z Kliniki Pediatrii, Onkologii i Hematologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wraz z Zespołem prof. Marcina Drąga z Politechniki Wrocławskiej zajęli się badaniem enzymów wirusa odpowiedzialnych za COVID-19. Już pierwsze wnioski są obiecujące i dają nadzieję, na rewolucję w diagnozowaniu i leczeniu chorych z koronawirusem.

Obecne testy diagnostyczne (RNA SARS-CoV-2, testy antygenowe lub przeciwciała anty-SARS-CoV-2) dostępne w świeżej infekcji SARS-CoV-2 mają liczne ograniczenia i skuteczność na poziomie nieprzekraczającym 70–80 proc. lub pojawiają się późno od pierwszych objawów choroby. Z drugiej strony przebieg kliniczny COVID-19 jest bardzo zmienny i wciąż poszukuje się czynników ryzyka infekcji COVID o ciężkim przebiegu.

W swoich badaniach naukowcy skupili się na proteazach wirusa SARS-CoV-2. Naukowcy zauważyli, że tam, gdzie identyfikuje się aktywny enzym, proteazę SARS-CoV-2 Mpro, to te komórki są zakażone.

– Zakażona wirusem SARS-CoV-2 komórka jest zmuszona do produkowania enzymów wirusowych. Część z nich występuje tylko w zakażonej komórce, a nie ma ich w samym dojrzałym wirusie, tymi właśnie białkami się zajmujemy – tłumaczy prof. Wojciech Młynarski – Robiliśmy wymazy pacjentom i na podstawie znakowania, byliśmy w stanie stworzyć obrazy w mikroskopii konfokalnej oraz wskazać, która z komórek jest zakażona, a która nie. Tego nikt na świecie nie zrobił. Wyniki naszych badań zostały właśnie opublikowane w „Nature Chemical Biology” (<https://www.nature.com/articles/s41589-020-00689-z>), jednym z najbardziej prestiżowych czasopism naukowych.

Proteazy Mpro i PLpro są niezbędne do prawidłowej replikacji wirusa, co w konsekwencji prowadzi do infekowania kolejnych komórek. Bez niego wirus nie może się namnażać. Zakażone komórki są przez wirusa „ogłuszone”, czyli układ odpornościowy przez jakiś czas nie rozpoznaje zakażenia.

– To daje wirusowi czas na to, żeby się namnożyć i właśnie w ten proces

są zaangażowane między innymi proteazy SARS-CoV-2 – tłumaczy prof. W. Młynarski i dodaje: – Wykorzystując wysoce czułe i specyficzne znaczniki wiążące się wyłącznie z aktywnym białkiem Mpro, po raz pierwszy na świecie pokazaliśmy nie tylko proces zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w komórkach od pacjentów, ale również przebieg aktywnej infekcji.

Badania zespołu niosą za sobą szereg perspektyw na przyszłość. Wiązanie znaczników z białkiem wirusa jest trwałe i blokuje jego funkcję, co umożliwia zaprojektowanie skutecznych inhibitorów molekularnych. Detekcja proteazy wirusowej jest szybka i nie wymaga dużych nakładów finansowych. Możliwe jest zatem również opracowanie nowego testu diagnostycznego.

Kolejnym etapem badań będzie ocena pacjentów w różnej fazie choroby, zarówno z ciężkim, jak i łagodnym przebiegiem COVID-19. W projekcie weźmie udział również zespół lekarzy chorób zakaźnych pod kierownictwem prof. Anny Piekarskiej ze Szpitala im. Biegańskiego w Łodzi oraz pracownicy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu. W planach jest przeprowadzenie prospektywnego longitudinalnego badania obserwacyjnego w grupie 110 osób z COVID-19 tak, aby stworzyć model naturalnego przebiegu choroby opartego na wizualizacji proteaz wirusa SARS-CoV-2 w komórkach pacjenta.

– W praktyce może to oznaczać, że będziemy w stanie rozpoznać zakażoną komórkę, nawet zanim rozpoznaje ją układ odpornościowy – mówi prof. W. Młynarski. – Będziemy wiedzieli również, czy wirus zostaje dłużej w lokalizacji wewnątrzkomórkowej niż do czasu, gdy nie wykrywa się go za pomocą obecnie dostępnych testów diagnostycznych. Ponadto okazało się,

że za pomocą hamowania enzymów jesteśmy w stanie zahamować zakaźność wirusa. W badaniach *in vitro* uzyskujemy podobny efekt hamowania wirusa, jak przy podawaniu remdesiviru. Być może, w bliskiej przyszłości, proteazy wirusa staną się celem terapeutycznym.

W związku z powyższymi badaniami prowadzone przez zespół lekarzy i biologów z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i chemików z Politechniki Wrocławskiej, będą obejmowały również analizę potencjalnej inhibicji proteaz wirusa SARS-CoV-2 przez często stosowane leki w chorobach współwystępujących u pacjentów z COVID-19 pozwoli w sposób obiektywny na stratyfikację grup w zależności od ryzyka wystąpienia zakażenia SARS-CoV-2 o ciężkim przebiegu. Badania te będą prowadzone *in vitro* i będą obejmowały ponad 100 najczęściej stosowanych leków. Zaproponowane podejście stratyfikacyjne może mieć charakter uniwersalny i stać się przydatne w leczeniu pacjentów z COVID-19 na całym świecie. Projekt „Aktywność proteaz SARS-CoV-2 a naturalny przebieg kliniczny infekcji COVID-19” będzie finansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.

Powyższy projekt badawczy potrwa rok i właśnie się zaczyna. ●

opr. Patrycja Proc

koronawirus

Wyniki badań prof. Wojciecha Młynarskiego (z lewej), mgr Bartłomieja Pawlika (z prawej) oraz prof. Marcina Drąga zostały właśnie opublikowane w „Nature Chemical Biology”



Lekarze również sprzeciwiają się decyzji TK

zaostrenie
przepisów

Ostatnie dni października upłynęły w Polsce pod znakiem licznych i mocnych protestów wobec wyroku Trybunału Konstytucyjnego, który zaostriży prawo antyaborcyjne w Polsce. Setki tysięcy ludzi wyszło na ulice, by wyrazić swój sprzeciw dla tej decyzji. Lekarze wystosowali w tej sprawie list otwarty do Trybunału, który podpisało blisko 1000 medyków.

Pomysłodawczynią listu otwartego lekarzy do sędziów Trybunału Konstytucyjnego była lek. Kaja Filaczyńska z Wrocławia. List w zwięzłych i prostych słowach wyjaśnia aspekty medyczne i określa ryzyko powikłań związanych z ciążą z wielowadziem. – Niestety w społeczeństwie nie ma świadomości konsekwencji medycznych, że zarówno taka ciąża, jak i poród to ogromne ryzyko dla kobiety – podkreśla inicjatorka listu.

Jedną z pierwszych osób, która podpisała list, był łódzki lekarz Damian Pałtecki: – Bardzo cieszę się, że mogłem wyrazić poparcie dla treści tego listu. W całej tej dyskusji przeważają argumenty ideologiczne, my zwracamy uwagę na aspekty medyczne – tłumaczy.

Podobnie postąpiło blisko 1000 lekarzy: by móc znaleźć się na liście protestujących, trzeba było wysłać e-mailem skan pieczętki i numer PWZ. Analizując listę, można wywnioskować, że wiele osób to lekarze młodzi – stażysty i rezydenci. – Cieszę się, że młode pokolenie nie pozostaje obojętne wobec prób odebrania kobietom praw do opieki medycznej zgodnej z aktualną wiedzą – dodaje K. Filaczyńska.

List nie jest jedyną formą wyrażania sprzeciwu wobec decyzji TK. W chwili, gdy zamykamy ten numer „Panaceum”, budowana jest grupa na Facebooku

„Medycy przeciwko wyrokowi Trybunału”, założona przez dwie młode lekarki z Łodzi. W ciągu pierwszej doby dołączyło do niej ponad 2500 medyków – lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, ratowników medycznych. Jak mówią założycielki grupy, planują szerokie działania: – Chcemy stworzyć informacyjną stronę internetową, mówiącą o medycznych konsekwencjach tej decyzji. Zachęcamy do masowego podpisywania otwartego listu sprzeciwu. Jeśli manifestacje będą kontynuowane, chcemy zaoferować wsparcie i zabezpieczenie medyczne tych zgromadzeń. Zastanawiamy się nad symbolem, którym moglibyśmy manifestować swoje zdanie w pracy – informuje Katarzyna Zydek, pomysłodawczyni i inicjatorka grupy. ●

Agnieszka Danowska-Tomczyk

Numer zamknęliśmy
26 października
2020 r.

List otwarty lekarzy i lekarek do sędziów Trybunału Konstytucyjnego

22 października Trybunał Konstytucyjny wyda wyrok w sprawie dopuszczalności przerwania ciąży z powodu dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Jako lekarze i lekarki chcemy zabrać głos w tej sprawie. Naszym zdaniem uchylene tej przesłanki pogorszy jakość opieki sprawowanej nad kobietami w ciąży oraz negatywnie wpłynie na warunki wykonywania przez nas zawodu lekarza.

Obecnie w Polsce rocznie wykonuje się około 1100 legalnych terminacji ciąży. 1074 z nich wykonano ze względu na przesłankę o nieodwracalnym upośledzeniu lub nieuleczalnej chorobie płodu. Jak wynika z danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, większość przerwanych ciąży z powodu tej przesłanki nastąpiła wskutek stwierdzenia wad somatycznych jednego lub wielu organów, jak wady układu krążenia, mięśniowo-szkieletowego i moczowego, bezmózgowie, rozszczep kręgosłupa, przepuklina mózgowa, oponowa i oponowo-rdzeniowa.

Wykreślenie przesłanki o przerywaniu ciąży z powodu powyższych wad płodu będzie stanowić istotne zagrożenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego kobiet. Jako lekarze musimy zwrócić uwagę na zwiększone ryzyko powikłań związanych z ciążą z wielowadziem, m.in. obumarciem wewnątrzmacicznym płodu, zakażeniami wewnątrzmacicznymi, krwawieniami i krwotokami, powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi w połogu. W przypadku

konieczności rozwiązania ciąży przez cięcie cesarskie u kobiet z obniżoną rezerwą jajnikową, po leczeniu niepłodności może to pozbawić je szansy na późniejsze macierzyństwo, a ryzyko cięcia cesarskiego rośnie w przypadku ciąży, o których mowa. Należy też zwrócić uwagę na ryzyka związane ze zdrowiem psychicznym pacjentki – narażenie jej na konieczność kontynuowania ciąży, która prawdopodobnie skończy się poronieniem, obumarciem płodu lub urodzeniem ciężko, nieodwracalnie upośledzonego czy nieuleczalnie chorego dziecka, wiąże się z ryzykiem zaburzeń psychicznych, takich jak depresja czy zaburzenia lękowe.

W przypadku, gdy badania prenatalne wskazują na ciężkie wady płodu, decyzja jest po stronie pacjentki. Lekarze mają obowiązek każdą decyzję uszanować, otoczyć kobietę w ciąży opieką i leczeniem zgodnym z aktualną wiedzą medyczną, zarówno wtedy, kiedy będzie chciała ciążę przerwać, jak i kiedy postanowi ją kontynuować.

Powołaniem lekarskim jest niesienie ulgi w cierpieniu, a najwyższym nakazem moralnym dobro chorego i zdrowie publiczne. Uchylene dopuszczalności przerywania ciąży postawi lekarzy w sytuacji, kiedy to cierpienie będą musieli zadawać lub przedłużać wbrew woli pacjentki i ze świadomością możliwych powikłań. To działanie stoi w sprzeczności z zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zdecydowanie sprzeciwiamy się wymuszaniu na lekarzach i lekarkach takiego postępowania.

Groził, wyzywał, wszedł na biurko

Pod koniec maja w jednej z miejskich przychodni w Łodzi pacjent znieważył i zaatakował lekarza. Sprawa trafiła do prokuratury, ta jednak umorzyła postępowanie. Lekarz nie odpuszcza, sprawa trafiła do sądu. – *Takie sytuacje trzeba nagłaśniać – mówi poszkodowany doktor. – Do pacjentów musi dotrzeć, że takie zachowanie nie jest akceptowane.*

Pacjent domagał się wypisania recepty na wybrany antybiotyk już podczas teleporady u innej lekarki. Ta odmówiła, tłumacząc, że antybiotyk nie jest konieczny. Pacjent zażądał więc konsultacji z innym lekarzem, ten z kolei powiedział, że jeśli ma przepisać lek, musi pacjenta zbadać. Już wtedy, podczas rozmowy telefonicznej z rejestratorką przychodni pacjent był agresywny i groził, że „jak tam przyjdzie, to go zaje...”. Po badaniu lekarz po raz kolejny odmówił przepisania wskazanego przez pacjenta leku. – *Lekarze z założenia swojego zawodu chcą pomagać ludziom – mówi lekarz. – Jeśli jednak pacjent chce wymusić coś, co jest niezgodne z wiedzą medyczną, po prostu nie możemy tego zrobić.*

Łatwo sobie wyobrazić, że odmowa rozjuszyła pacjenta. Mężczyzna nie tylko krzyczał, używając słów uznawanych za obelżywe, ale również wszedł za biurko lekarza, naruszając jego przestrzeń, stanął nad nim i wymachując rękami, ponownie próbował wymusić wypisanie recepty. – *Byłem w pracy, nie mogłem pozwolić, żeby pacjent tak się zachowywał – mówi lekarz. – Świadkami tej sytuacji byli też inni pracownicy przychodni, także ze względu na ich bezpieczeństwo musiałem zareagować, dlatego zagroziłem, że wezwę policję, a ostatecznie sprawa trafiła do prokuratury.*

Lekarz złożył zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa. Co ciekawe, po przesłuchaniu poszkodowanego lekarza, rejestratorki i agresywnego pacjenta, prokuratura umorzyła postępowanie ze względu na „znikomą społeczną szkodliwość czynu” i „braku znamion czynu zabronionego”. W uzasadnieniu umorzenia czytamy: *Wobec powyższego należy uznać, iż zachowanie XY nie przekroczyło w tej sytuacji znikomego*

poziomu społecznego szkodliwości. Przedmiotowe znieważenie ZZ naruszyło godność osobistą lekarza, wyrządzając jednak stosunkowo niewielką szkodę.

– *To dla mnie kompletnie niezrozumiała decyzja – mówi mecenas Jarosław Klimek z działu prawnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. – Wykrzykiwane groźby i wejście za biurko lekarza to dla mnie wyraźny atak. Lekarz udzielający pomocy pełni funkcję funkcjonariusza publicznego, atak na niego jest więc atakiem na funkcjonariusza i tak powinien być traktowany. Nietrudno sobie wyobrazić, jakie konsekwencje poniósłby ten człowiek, gdyby w podobny sposób zachował się w stosunku do policjanta.*

POKRZYWDZONY LEKARZ:

Ataki na lekarzy zwykło się tłumaczyć zdenerwowaniem czy starszym wiekiem pacjentów. To dla mnie kompletnie niezrozumiałe, dlatego ta sprawa będzie miała ciąg dalszy

Podobnie sytuację ocenia lekarz. – *Gdyby w sądzie ten człowiek nagle wstał i choćby zbliżył się do składu sędziowskiego, czekałyby go poważne konsekwencje – mówi lekarz. – Tymczasem ataki na lekarzy zwykło się tłumaczyć zdenerwowaniem czy starszym wiekiem pacjentów. To dla mnie kompletnie niezrozumiałe, dlatego ta sprawa będzie miała ciąg dalszy.*

Lekarz złożył do sądu zażalenie na decyzję prokuratury. W dokumencie czytamy między innymi: *Zachowanie pacjenta polegające na groźeniu, używaniu wobec lekarzy słów powszechnie uznawanych za obelżywe, kierowanie wyzwisk nie może być traktowane jako zachowanie o niskiej społecznej szkodliwości. Tego*

rodzaju sytuacji godzą nie tylko w godność osobistą lekarza, lecz pośrednio także godzi w poszanowanie społeczności lekarzy.

Niskiej społecznej szkodliwości czynu nie należy uzasadniać wzburzeniem, po deszłym wiekiem, stanem epidemii czy stanem zdrowia. W każdych warunkach należy bowiem oczekiwać od innych kultury osobistej, a przez to zachowania się zgodnego z ogólnie przyjętymi zasadami wzajemnego szacunku. Wyrażenia takie jak „przekupny, niedouczony konował”, „złodziejski konował” są używane z rozmysłem. Słowo „konował” ma wydźwięk pejoratywny. Używane jest najczęściej dla wyrażenia niechęci, pogardy i lekceważenia wobec lekarza. Dodatkowo ten wydźwięk wzmacniają określenia przekupny, niedouczony lub złodziejski. Nie są to przypadkowo wypowiedziane słowa. W odniesieniu do lekarza mają na celu zdyskredytowanie jego umiejętności i uczciwości. Używający tych określeń wobec pokrzywdzonego musiał o tym wiedzieć i użył ich nie po to, aby wyrazić swoją niechęć i niezadowolenie, lecz po to, aby w ten sposób ugodzić w dobre imię pokrzywdzonego.

Wiadomo już, że poszkodowany lekarz będzie dochodził swoich praw przed sądem. – *Tu nawet nie chodzi o ukaranie tego konkretnego człowieka – dodaje lekarz. – Chodzi o to, żeby dać wyraźny sygnał, że nie ma zgody na takie zachowanie w stosunku do lekarza.*

Na prośbę lekarza nie ujawniamy w tekście nazwisk osób związanych ze sprawą ani nazwy przychodni, w której doszło do zdarzenia. ●

Justyna Kowalewska

Jakie prawa ma lekarz broniąc się przed agresywnym pacjentem? Odpowiada adwokat Jerzy Ciesielski na s. 26–27.

agresja

To nie wirus jest agresywny, to my

Rosnące napięcie, agresja – już nie tylko ze strony pacjentów, ale także między lekarzami, medialna nagonka, poczucie niepewności, strach o siebie i bliskich – nie jest łatwo dziś być lekarzem. O mechanizmach rządzących społeczeństwem i metodach radzenia sobie w trudnych czasach, „Panaceum” rozmawia z prof. Uł, dr hab. Katarzyną Walęcką-Matyją z Zakładu Psychologii Społecznej i Badań nad Rodziną, z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego.

lekarskie
niepokoje



„PANACEUM”: Wyzwiska, publiczne obrażanie – takie zachowania nie są już rzadkością. Z pewnością ma to związek z rosnącym napięciem i niespokojną sytuacją pandemii. Jak żyć, pracować i nie zwariować, będąc lekarzem w 2020 w Polsce?

PROF. UŁ, DR HAB. KATARZYNA WALĘCKA-MATYJA: – Znaleźliśmy się w sytuacji, którą najlepiej opisuje określenie „3N”: niestabilność, nieprzewidywalność i nieuchronność zmiany. Odczuwamy zagrożenie, a ono uruchamia myślenie indywidualistyczne, stajemy się bardziej skoncentrowani na sobie. W tak trudnej sytuacji widzimy wiele ciekawych zjawisk, jak choćby opisany pod koniec lat 60 ubiegłego wieku przez Edwarda C. Banfielda familizm amoralny, czyli poczucie moralnego obowiązku niesienia pomocy tylko członkom własnej rodziny. Wyraża się w przekonaniu, że jedynie najbliższym członkom rodziny można ufać i pomagać, natomiast wszyscy inni ludzie są obcy, zatem zaufanie w stosunku do nich powinno być ograniczone.

– Te uniwersalne zależności sprawiają, że w ludziach jest tyle agresji, złości, poczucia niesprawiedliwości, teorii spiskowych?

– Mówiąc ogólnie, nie tylko w kontekście pandemii, na agresję mają wpływ czynniki, które wiążą się z cechami konstytucjonalnymi, wrodzonymi człowieka: większą podatnością na oddziaływanie frustracji, brakiem zaspokojenia ważnych dla nas potrzeb. Są też czynniki społeczne – oparte na mechanizmach uczenia się, np. przejmowanie zachowań od fałszywych autorytetów. Pandemia może uruchamiać w człowieku to, co na co dzień jest chowane pod maską uprzejmości, poprawności, relacyjności.

– Prof. Andrzej W. Nowak z UAM na łamach tego numeru „Panaceum” przekonuje, że obecna napięta sytuacja wynika również z braku neutralnego autorytetu, który jednoznacznie powiedziałby nam, Polakom, jak mamy żyć w pandemii.

– Zgadzam się z opinią Pana Profesora. W sytuacji katastrofy, na przykład przyrodniczej, takiej jak np. tsunami, pożaru itp., potrzebny jest lider, który da jasny przekaz, co trzeba zrobić. W tak stresującym i pełnym emocji momencie ludzie „tracą rozum” i zaczynają zachowywać się nieracjonalnie. Nawet na terenach sejsmicznych w domach są instrukcje zachowań w razie trzęsienia ziemi. Można sądzić, że to niepotrzebne, skoro mieszkają w tych domach ludzie zaznajomieni z tymi zjawiskami. Jednak ma to ogromny sens, bo za każdym razem jest to zdarzenie zagrażające zdrowiu. W takiej chwili racjonalne myślenie jest utrudnione, a prosta instrukcja często ratuje życie. Stąd dobrze, by w sytuacjach trudnych i niepewnych, autorytet wskazywał drogę. Takimi autorytetami w naszym społeczeństwie powinni być eksperci, którzy są blisko danego problemu – w dzisiejszych czasach: najważniejsze zdanie w kwestii leczenia, profilaktyki i działań powstrzymujących COVID powinni mieć lekarze.

– Ale nawet tu środowisko nie jest jednomyślne w kwestii postępowania z wirusem, coraz więcej pojawia się opinii *à rebours*, na temat chociażby zasad bezpieczeństwa wprowadzanych przez rząd.

– Jeśli chodzi o przekaz medialny, oceniam, że ze strony środowiska lekarskiego płynie, mimo wszystko, pewna jednoznaczność opinii. Jednak

oddziaływanie informacji na ludzi, rozumiane jako wpływ społeczny to już kwestia pozamedyczna. Psychologowie społeczni prowadzili badania dotyczące komunikacji trudnych treści. Wynikają z nich następujące wnioski: jeśli będziemy ludźmi bardzo mocno straszyc jakimś zjawiskiem, to oni nie podejmą żadnych działań, bo doznają tak wysokiego poziomu lęku, który uniemożliwi im działanie. Uznają, że problem jest tak duży, że oni jako jednostka nie mogą nic z tym zrobić. Jesteśmy na etapie, że bardzo wiele osób mówi: „przecież i tak wszyscy zachorujemy, to po co nosić maseczki, po co dystans, po co kwarantanny i zamykanie siłowni, to nic nie da, żyjemy jak dotychczas”. Nie tędy droga. Jeśli jednak w ogóle tego strachu nie wywołamy, odbiorcy uznają, że problemu nie ma. Badania z zakresu psychologii społecznej pokazują, że skuteczny komunikat, mający na celu modyfikację zachowania cechuje umiejętność „wyśrodkowania” poziomu wzbudzenia lęku, by był on umiarkowany. By poziom lęku był optymalny i wówczas motywował nas, pobudzał do pozytywnego działania.

– A nie jest tak, że każdy znajduje w innym miejscu ten czynnik motywujący? Jednemu wystarczy wykres z krzywą zachorowań, inny musi zobaczyć ciężarówkę wypełnioną trumnami, jak we Włoszech na wiosnę...

– Korzystnie byłoby traktować społeczeństwo jako dojrzałe i rozumne. Jako grupę, z którą można prowadzić dialog, której można tłumaczyć, w jakim celu podejmowane są określone działania, a nie tylko budować atmosferę strachu i niepewności. Z kolei działania ze strony osób decyzyjnych powinny mieć charakter

konsekwentnych oddziaływań, a nie ambiwalencji. Bo te wykluczające się decyzje, wypowiedzi, np. nagły lockdown, a potem zniesienie go bez pozostawienia części obostrzeń mogą przyczynić się do powstawania rozbieżnych sądów i opinii społecznych na temat wirusa.

– Co jeszcze mogłoby pomóc obniżyć poziom agresji w obecnych czasach?

– Trzeba powiedzieć, że nastroje podburza przekaz medialny: całymi dniami oglądamy statystyki zachorowań i zgonów, jesteśmy straszeni katastrofalną kondycją ochrony zdrowia i zapowiedziami kryzysu gospodarczego. W zalewie złych wiadomości, z pewnością przydałyby się komunikaty dające nadzieję. Na przykład pokazanie tych dobrych stron pandemii, gestów solidarności, pomocy seniorom. Wiosną, jak pandemia się zaczęła, dużo się o tym mówiło. Dziś ta strona dobrego ludzkiego oblicza pandemii została nieco zaniedbana, a media koncentrują się głównie na informacjach budzących lęk.

– Czy z tego samego powodu najpierw były brawa dla lekarzy, a teraz medycy słyszą, że brak im zaangażowania w walce z pandemią?

– W każdej trudnej sytuacji człowiek szuka wyjaśnień i osób odpowiedzialnych, kogoś, kogo można za ten kryzys obwiniać. Choć początkowo lekarze byli wręcz gloryfikowani, to na przestrzeni tyłu tygodni z pewnością zdarzały się błędy jatrogenne lub pojedyncze sytuacje, które zaczęły wpływać na odbiór społeczny środowiska, tworząc z lekarzy tzw. kozła ofiarnego. Mam tu na myśli te głośne historie, np. że lekarz nieświadomie zarażał pacjentów koronawirusem. Społeczeństwo przestało patrzeć na medyków jako na źródło wsparcia, pomocy czy wiedzy specjalistycznej, którą lekarze niewątpliwie posiadają. Zaczęto patrzeć na tę grupę zawodową jako na siewców potencjalnego zagrożenia.

Dziś lekarze to wyjątkowo przeciążona grupa zawodowa, bez szans na odpoczynek. Ludzie rozprawili się

z mitem, że lekarz pomoże we wszystkim i są zawiedzeni, rozczarowani, bo zapominają, że lekarze to też ludzie, zwykli śmiertelnicy ze swoimi mocnymi, ale i słabymi stronami.

– Bycie lekarzem w Polsce generalnie nie jest proste, a teraz jeszcze doszły trudne czasy. Jak lekarze powinni sobie radzić z tą sytuacją?

– To rzeczywiście czas próby dla całego środowiska, ale myślę, że szczególnie ciężko jest młodym lekarzom, dopiero wkraczającym na ścieżkę zawodową. Większość z nich miała jakieś wyobrażenie o rozwoju swojej kariery, a tymczasem rzeczywistość stawia przed nimi nieoczekiwane wyzwania. Nikt im zapewne nigdy nie mówił, że w pracy będzie miło, lekko i przyjemnie, ale zderzenie z covidową rzeczywistością może być bardzo bolesne, pełne lęku, niepokoju, zwątpienia we własne umiejętności i obraną po maturze drogą. Tu chciałabym zaapelować do starszych lekarzy, którzy w tak trudnym momencie powinni okazać wsparcie młodszym kolegom. Stać się mentorami i służyć nie tylko merytoryczną radą. Czasem wystarczy przechodząc korytarzem, poklepać kogoś po ramieniu, powiedzieć mu, że dobrze pracuje. Przez ostatnie lata nie mieliśmy tak poważnej sytuacji, która by tak intensywnie eksploatowała środowisko medyczne.

– Młodzi lekarze też ciężko znoszą hejt, który rozlewa się po Internecie w dobie pandemii. Jak sobie radzić z obraźliwymi komentarzami?

– Młodzi lekarze potrzebują wzmocnienia ze strony swoich przełożonych. Służą temu tzw. komunikaty sponsorowane, które odwołują się do faktów i do zasobów pracowników. W tej koncepcji chcemy „przytapać” podwładnego na... czymś dobrym, nawet jeśli jest to drobiazg. Warto chwalić za ciekawe pomysły, zauważać pozytywne działania – młodzi lekarze są na etapie inkubacji, potrzebują takiego wzmocnienia. Rolą dobrego kierownika jest stworzenie mocnej drużyny, która wzajemnie będzie się wspierała.

– Trudno o budowanie mocnej drużyny w sytuacji, gdy obsada dyżurów rozchodzi się w szwach, a lekarze boją się posyłać dzieci do szkół w obawie przed przyniesioną z placówki kwarantanną, która wyłączy ich z pracy i jednocześnie przymusi do dodatkowych dyżurów kolegów i koleżanki.

– Byłoby bardzo dobrze, gdyby wystąpiła możliwość zorganizowania spotkań w małych grupach, z zachowaniem reżimu sanitarnego, z psychologiem, z kimś, kto mógłby powiedzieć jedną ważną rzecz: wszyscy jesteśmy w takiej samej trudnej sytuacji. Każdy może trafić na kwarantannę lub zachorować. I odwracanie się od siebie nie przynosi perspektyw. Warto skupić się na rozwiązaniach: zastanowić się, jak się czuje osoba, która nie ze swojej winy jest na kwarantannie, jak się czują ci, którzy mogą w takiej sytuacji pomóc. Co czują ci, którzy odmawiają pomocy. Szczera rozmowa może czasami pomóc te emocje wskazać, nazwać, zrozumieć, a nawet część wyrzucić z siebie.

Pandemia weryfikuje ludzkie postawy i to też może być źródło konfliktów w środowisku pracy. Wartości moralne, rodzinne, w przypadku lekarzy – Kodeks Etyki Lekarskiej czy wartości związane z religią, w sytuacji niepewności powinny stać się kompasem, który wytycza nasze wybory, decyzje i działania. W sytuacjach zwątpienia – ten kodeks powinien być wskazówką, jak się zachować, co robić. Najważniejsze, by pamiętać, że wciąż jesteśmy ludźmi i wartości wyższe, takie jak miłość, wrażliwość na innych ludzi czy okazywanie szacunku, wyróżniają nas na tle innych gatunków. Walcząc dziś, myślimy o jutrze. Znaleźliśmy się w trudnej sytuacji, ale pamiętajmy o młodszych pokoleniach, które nas obserwują, patrzą, jak reagujemy, uczą się od nas.

– Dziękuję za to piękne podsumowanie i rozmowę. ●

Rozmawiała

Agnieszka Danowska-Tomczyk



Czasem wystarczy przechodząc korytarzem, poklepać kogoś po ramieniu, powiedzieć mu, że dobrze pracuje. Przez ostatnie lata nie mieliśmy tak poważnej sytuacji, która by tak intensywnie eksploatowała środowisko medyczne.

Epidemia równa się spisek

Marta Chruścińska

Rosnąca liczba zachorowań, niewydolny system, fatalne nastroje społeczne, niepokoje, nagonka medialna – problemów wokół pandemii jest wiele. I dochodzą kolejne – jednym z nich jest rosnący w siłę ruch tzw. antymaseczkowców. Skąd wzięty się mity wokół pandemii i w którą stronę ewoluuje przekonanie, że maseczki nie tylko nie chronią, ale też powodują raka i są jawnym ograniczeniem swobód obywatelskich?

antymaseczkowcy

Widmo noszenia maseczki, tym samym zaakceptowania istnienia koronawirusa nie wszystkim się podoba. Do tej grupy należą antymaseczkowcy, którzy pandemię przemianowali na plandemię i traktują ją jako odgórnie zarządzony spisek. Głoszą, że COVID-19 jest wymuszony przez koncerny farmaceutyczne tylko po to, aby zawładnąć światem (choć też o tym, kto tym światem zawładnie przez ogólnoswiatową panikę jest wiele). Noszenie maseczki jest zakładaniem kagańców, a kierowanie na kwarantannę – ograniczeniem swobód i wolności obywatelskiej. Antymaseczkowcy grupują się

i jawnie obnoszą z niezgodą na zachowanie reżimu sanitarnego.

P(l)andemia

Teorie spiskowe wokół kwestii zdrowotnych są znane od dawna. Już przy okazji pandemii „hiszpanki” w latach 1918–1920 pojawiały się tezy, że winne zarazie są firmy aptekarskie. Wyznawcy tej teorii oskarżali przede wszystkim przedsiębiorstwo Bayer, producenta aspiryny. Uważali oni, że do ogromnej śmiertelności podczas epidemii grypy „hiszpanki” przyczyniło się nadużywanie właśnie zsyntetyzowanego kwasu acetylosalicylowego. Przedawkowanie aspiryny, jak wiadomo, może u niektórych osób prowadzić do hiperwentylacji oraz odmy płucnej. Ponadto salicylany przyczyniają się do zwiększonej syntezy śluzu w płucach i powodują trudności w jego usuwaniu, co może zaostrzać przebieg infekcji wirusowej. Lekarze wówczas nie byli świadomi farmakokinetyki aspiryny i z tego powodu podawali zbyt wysokie dawki tego leku, chcąc pomóc pacjentom. Jednak społeczeństwo nie zakładało prostego błędu ludzkiego. Prawda jest taka, że jeśli znajdzie się winnego, nawet pozornie, to daje to przyzwolenie na twierdzenie, że spisek został ukartowany w wyższym celu – często z pewnością zarobkowym. Dzisiaj osoby, które nie wierzą w istnienie nowego wirusa, uważają również, że szczepienie ludzi będzie prowadziło do ich całkowitej kontroli. Chciałoby się powiedzieć: jaki aktualny problem społeczny – taki spisek.

Cały naród lekarzy i ekspertów ds. pandemii

Niestety chaos komunikacyjny w Polsce, który podyktowany jest

sprzecznymi komunikatami ze strony rządu, inspektoratów sanitarnych i samorządowych „antycovidianów”, sprawia, że sytuacja może się pogorszyć. Slogany typu „maseczki powodują raka lub zagrzybenie płuc” są powszechnie słyszane. Czas spędzony w kolejce w sklepie to swojego rodzaju świątynia wiedzy o teoriach, którymi ludzie wzajemnie się napędzają.

– Jeżeli chodzi o mechanizm, który prowokuje antymaseczkowców, to ryzykowałbym hipotezę, że w świecie rosnącej atomizacji, braku zabezpieczeń społecznych, „bunt maseczkowy” jest chybioną strategią walki o wolność – mówi dr hab. Andrzej W. Nowak z Wydziału Filozoficznego Uniwersytetu A. Mickiewicza w Poznaniu. – Jest analogiczny do argumentów antypodatkowych: „publiczna ochrona zdrowia mnie nie satysfakcjonuje, więc namawiam do odmowy płacenia podatków i prywatyzacji”, co oczywiście prowadzi do pogorszenia systemu ochrony zdrowia.

„Antycovidianie”

– Na początku pandemii, w marcu można było zaobserwować relatywnie wysoki poziom akceptacji regulacji, wręcz przyrost zaufania do nauki. Niestety komunikaty rządowe, uwikłanie pandemii w kampanię wyborczą, brak wyjaśnień dotyczących zakupów maseczek czy respiratorów szybko podmył owo zaufanie – wspomina Andrzej W. Nowak. – Nie pomagało też to, że pewne regulacje, jak zamykanie lasów czy parków trudno było spójnie przedstawić jako zgodne z nakazami epidemiologicznymi. Szczególnie, że w tym samym czasie kraje, takie jak Niemcy czy Norwegia, akurat spędzanie czasu



W całym kraju są protesty ludzi, którzy nie wierzą w pandemię

w „przyrodzie” z zachowaniem dystansu nakazywały – dodaje.

Niestety wiosenna fala zachorowań nie dała nauczki polskim władzom. – W naukach społecznych często używamy terminu „biopolityka” na określenie zestawu praktyk na pograniczu medycyny i polityki. Owa biopolityczna władza towarzyszy właściwie każdej praktyce czy procedurze medycznej. Jednak wbrew nazbyt krytycznym humanistom warto dodać, że nie każda taka biowładza jest zła – mówi poznański profesor. – Niestety w dyskusji o pandemii mamy do czynienia ze „złaniem” się w jedno oceny działań polityków z działaniami lekarzy, lekarek, pielęgniarek czy naukowców. Stąd krytyka władzy staje się krytyką biopolityki rozumianej nazbyt radykalnie. I dlatego taka nadmierna krytyka podcina zaufanie do środowisk medycznych – dodaje.

Ruch antymaseczkowy – co dalej?

Samozwańczy antymaseczkowcy krążą już w polu karnym. Bójki w tramwajach, głównie w kolejkach w supermarketach, wzywianie policji to już nie są pojedyncze przypadki. Co będzie dalej?

Jak będą rozwijały się działania tych, którzy ostentacyjnie maseczek nie noszą? Ciężko odpowiedzieć na pytanie, czy ruch antymaseczkowy będzie się nasilał, czy wraz ze wzrostem zachorowań, które teraz można zaobserwować – ucichnie. – Bardzo wiele zależy od tego, czy podejmiemy aktywne działania, które uniemożliwią ekspresję medialną „zawodowym antymaseczkowcom”, czyli osobom, które zbijają kapitał polityczny na sianiu strachu i wątpliwości. Niestety nasze państwo pokazuje, że potrafi być „silne wobec słabych” i „słabe wobec silnych” – podkreśla Andrzej W. Nowak.

Niestety wiąże się to z tym, że jeżeli polskie władze nie doprowadzą do aktywnych działań, które będą hamować antymaseczkowców głoszących swoje antycovidowe argumenty, przez długi czas można spodziewać się braku solidarności z resztą społeczeństwa,

które stosuje się do wytycznych epidemiologicznych.

Jednak nie każdy, kto podważa rządowe przepisy, powinien być traktowany jak wojujący „antycovidianin”. – Proponuję starać się odróżnić „zaniepokojonych pacjentów” od tzw. „zawodowych antymaseczkowców”, osób, które czynnie tworzą atmosferę strachu czy wątpliwości – podkreśla profesor. – W przypadku tych ostatnich nie waham się rekomendować środków prawnych tak, jak np. w przypadku polityków Konfederacji jawnie lekceważących wymogi epidemiologiczne – dodaje.

Mowa o sytuacji, która miała miejsce na jednym z posiedzeń Sejmu. Parlamentarzyści Konfederacji nie przestrzegali obostrzeń epidemicznych, tzn. unikali zakładania masek, jednocześnie przebywali w za dużej grupie, niż jest to przyzwolone. Wicemarszałek Ryszard Terlecki wystąpił wtedy z wnioskiem o ukaranie m.in. Janusza Korwin-Mikkego. W Internecie można znaleźć materiały, gdzie jeszcze 6 października Krzysztof Bosak mówił: – *Nie uważam, że to [czy postowie założą maseczki – przyp. red.] jest istotne.*

Czy warto, mówiąc kolokwialnie, kopać się z koniem? – Nawiązując do metafory z pytania – nie warto kopać się z koniem, ale warto jednak złagodzić lęki zagubionych owiec – mówi Andrzej W. Nowak.

Nawróceni antymaseczkowcy?

Zastanawiająca jest ewolucja ruchu antymaseczkowego. Czy z czasem możemy bowiem spodziewać się spektakularnych wolt w narracji antymaseczkowców i przyznania do błędnych poglądów? Ekspert wyjaśnia, że niestety ciężko tu o prognozę zachowań tej grupy. – Potrzebujemy „na dziś” działań zmniejszających poczucie alienacji i atomizacji. Stąd też warto popierać wszelkie działania zwiększające poczucie solidarności społecznej. Naszym wrogiem jest nie tylko wirus, ale także błędne społeczne sposoby radzenia sobie z pandemią – podpowiada profesor. – Raczej pokładałbym nadzieję

w działaniach pokazujących, że „wszyscy jedziemy na tym samym wózku”, czyli jasnego systemu wspomagania tych, którzy są solidarni nosząc maseczki – dodaje.

Co dotrze do antymaseczkowców?

W internetowych dyskusjach, wiele osób zaleca antymaseczkowcom wizytę w oddziałach szpitalnych czy DPS-ach. W ciężkiej sytuacji epidemiologicznej jest wiele zakładów opieki długoterminowej, gdzie brakuje rąk do pracy, a pacjenci starsi i z grupy zagrożonej dodatkowo różnymi jednostkami chorobowymi nie mają się jak bronić przez wirusem. Prowadzone są działania w mediach, które zachęcają do pomocy, np. w DPS-ach. Rzeczywiście zobaczenie tak dużego ogniska chorobowego, atakującego starszych pacjentów, mogłoby być skuteczną metodą wstrząsową dla antymaseczkowców. W Domu Pomocy Społecznej w Bełchatowie we wrześniu, wykryto ognisko SARS-CoV-2 już po raz drugi. Podobnie było w Radomsku. Czy można uchronić się przed takimi ogniskami wirusa, chociażby respektując wszystkie nakazy sanitarne i zasady bezpieczeństwa? Są takie przykłady, które potwierdzają, że stosowanie się do pełnego reżimu sanitarnego może pomóc uchronić się przed dużymi ogniskami koronawirusa, co mogłoby być dobrą lekcją dla antymaseczkowców.

– Nawet niewielka rezygnacja ze środków ochronnych może prowadzić do masowych zakażeń, które niestety zbierają żniwo nieporównywalne do standardowych statystyk umieralności w zakładach opieki długoterminowej – mówi Jerzy Andrzejczak, lekarz z jednego z wojewódzkich Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych. Jak dodaje – Wybroniliśmy się, również dzięki odpowiedzialnemu podejściu i solidarności personelu na oddziale.

Niestety sprzeczność władzy wpływa także na bunt w narodzie. Życzymy jednak tej solidarności jak najwięcej, a antycovidianom, mimo wszystkiego – dużo zdrowia i pokory. ●

Grypa – wciąż jest, wciąż niebezpieczna

Chociaż tematem numer jeden w mediach pozostaje COVID-19, to w przededniu sezonu grypowego warto przybliżyć garść statystyk, m.in. o szczepieniach na tę chorobę. W sezonie 2019/2020 przeciw grypie zaszczepiło się zaledwie 4,12 proc. Polaków, w sezonie poprzednim 3,9 proc.

szczepienia

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP–PZH) w sezonie od 9 września 2019 r. do 30 kwietnia 2020 r. na grypę w Polsce zachorowało 3 769 480, hospitalizacji wymagało 16 684 osób, a 64 osoby zmarły z powodu choroby i jej powikłań. W ostatnich 7 latach, najtragiczniejszy pod względem liczby ofiar śmiertelnych był sezon 2017/2018, kiedy zmarło aż 150 chorych. Wyższa śmiertelność wynikała przede wszystkim z faktu, że za większość przypadków zachorowań odpowiadał wirus A/H1N1, który niesie za sobą ryzyko bardzo groźnych powikłań.

Ilu Polaków się szczepi?

Natomiast w rekordowym pod względem zachorowalności sezonie 2018/2019, kiedy na grypę zachorowało 4 756 371, aż 70,7 proc. wszystkich identyfikowanych szczepów stanowił wirus typu B. Wirus typu B jest też istotną przyczyną epidemii grypy występującej na świecie co 2–4 lata.

Dominującym szczepem grypy w ostatnim sezonie, tj. 2019/2020 był typ A (67,8%), następnie AH1 (19,2%), AH3 (8,0%) oraz B (5%). Najwięcej osób zostało skierowanych na hospitalizację ze względu na powikłania ze strony układu oddechowego (15 335 osób) oraz ze strony układu krążenia (457). Z powodu innych powikłań do szpitala trafiło kolejnych 2097 osób. Najwięcej zgonów stwierdzano w grupie wiekowej 65 plus (42 osoby).

W porównaniu do poprzedzającego sezonu liczba zachorowań na grypę w 2019/2020 zmniejszyła się o 4,7 proc. Być może wiązało się to również ze wzrostem liczby sprzedanych szczepionek – ogółem było to 1,6 mln

dawk, co połączyło się ze wzrostem tzw. poziomu zaszczepienia, który wyniósł 4,12 proc. (w sezonie poprzednim było to 3,9 proc.). Największy procent szczepiących się na grypę notowany jest w grupie osób najstarszych, tj. 65+. W ciągu ostatnich 7 sezonów szczepiło się od 11,4 do 14,2 proc. osób z tej grupy wiekowej.

Jeśli chodzi o społeczność medyczną, to ostatnie dostępne dane pochodzą z konferencji Flu Meeting w 2017 r. zorganizowanej w ramach Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy. W grupie 1501 przepytanych lekarzy zaszczepiło się 32,2 proc., a w grupie 226 pielęgniarek – 19,9 proc. (najrzadziej szczepiły się położne – 10 proc.). Stanowiło to średnio 22,6 proc. personelu medycznego. Spośród lekarzy najczęściej szczepili się pediatry i lekarze rodzinni, a najmniej ortopedzi i psychiatry.

Zalecenia ekspertów

Jedną z organizacji zajmującej się profilaktyką grypy i monitorowaniem jej przebiegu epidemiologicznego jest Fundacja „Nadzieja dla Zdrowia”, która zainicjowała wyżej wspomniany Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy. Merytoryczny nadzór nad programem sprawuje Rada Naukowa Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy pod przewodnictwem prof. Adama Antczaka, kierownika Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Na stronie organizacji zarejestrowane są również krótkie wypowiedzi ekspertów z zakresu profilaktyki i leczenia grypy, część z nich przeznaczona jest dla lekarzy. Profesor A. Antczak, podkreśla w nich ważność szczepienia się osób z obniżoną odpornością,

zwłaszcza w grupie pacjentów leczonych immunosupresyjnie. Profesor Leszek Szenbron, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UM we Wrocławiu, zwraca uwagę, że osoby ogólnie zdrowe mogą zaszczepić się na grypę „tak długo jak trwa sezon epidemiczny”. Tłumaczy też, czemu warto się szczepić w każdym wieku, zwracając uwagę, że grypa „jest częstą przyczyną hospitalizacji u dzieci między 5 miesiącem i 6 rokiem życia”. Profesor L. Szenbron podkreśla, że dzieci są częstym źródłem zakażenia dla osób dorosłych, dlatego również z tego powodu powinny być objęte szczepieniami. Do tematu prawidłowej profilaktyki grypy u dzieci nawiązuje w swoich wypowiedziach dr hab. Ernest Kuchar, kierownik Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym, WUM, podkreślając zmienność poziomu odporności organizmu w różnym wieku i różnorodność wynikających z tego powikłań. Natomiast profesor Andrzej Ciszewski z Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie, mówi o 3 głównych powikłaniach kardiologicznych po przebytej grypie, czyli o: zaostrzeniu choroby wieńcowej, zaostrzeniu przewlekłej niewydolności serca oraz grypowym, wirusowym zapaleniu mięśnia serca i zapaleniu osierdzia. Z kolei prof. Aneta Nitsch-Osuch, kierownik Zakładu Medycyny Społecznej Zdrowia Publicznego i Wydziału Lekarskiego WUM omawia zasady profilaktyki, leczenia grypy i jej powikłań u kobiet w ciąży. Profesor A. Nitsch-Osuch podkreśla, że szczepienia przeciw grypie są bezpieczne dla kobiet w ciąży. Wszystkie te oraz więcej informacji dostępne są pod adresem: <http://opzg.pl/eksperci-radza>.

Źródła:
szczepienia.pzh.gov.pl;
www.mp.pl;
www.medonet.pl;
pulsmedycyny.pl;
www.gazetaprawna.pl;
www.pzh.gov.pl;
www.opzg.pl



Rodzaje szczepionek przeciw grypie w sezonie 2020/2021

Według informacji PZH-NIZP aktualnie na rynku polskim w sezonie 2020/2021 dostępne są (przynajmniej w teorii) cztery rodzaje szczepionek przeciw grypie.

Pierwszą z nich jest *Influvac Tetra*, szczepionka inaktywowana, podjednostkowa III generacji, zawierająca oczyszczone antygeny powierzchniowe 4 wirusów grypy przygotowana w postaci zawiesiny do wstrzykiwań domięśniowo lub podskórnie. W procesie jej wytwarzania stosowane są dodatkowe etapy oczyszczania, w stosunku do etapów procesu wytwarzania szczepionki typu „rozszczepiony wirion”. W efekcie produkt końcowy szczepionki zawiera dwa oczyszczone antygeny hemaglutyninę (HA) i neuraminidazę (NA) o zachowanych właściwościach antygenowych. Wskazania do refundacji (50%) są następujące: profilaktyka grypy u osób w wieku od 18 roku życia do 65 roku życia o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań pogrypowych, tj.: 1) po transplantacji narządów, 2) chorujących na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby neurologiczne i neurorozwojowe; 3) w stanach obniżonej odporności (w tym po przeszczepie tkanek i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego) oraz u kobiet w ciąży.

Kolejną jest szczepionka inaktywowana II generacji, *Vaxigrip Tetra*, zawierająca jako antygeny rozszczepiony wirion uzyskany z 4 wirusów grypy. Wykorzystywane w niej wirusy są rozbijane i oczyszczane w celu usunięcia białek pochodzenia niewirusowego. Wskazaniami do stosowania *Vaxigrip Tetra* (50% refundacji) są: – czynne uodpornienie osób powyżej 65 roku życia w zapobieganiu grypie wywołanej przez dwa podtypy wirusa grypy A oraz dwa typy wirusa grypy B, które zawarte są w szczepionce. Od listopada wskazania do refundacji obejmą również: – kobiety w ciąży; – w profilaktyce grypy u osób od 18 do 65 roku życia o zwiększonym ryzyku występowania powikłań pogrypowych; – w stanach obniżonej odporności oraz dzieci od 24 do 60 miesiąca życia. Dodatkowo należy zaznaczyć, że szczepionka ta dla osób po 75 roku życia jest darmowa, ale tylko we wskazaniach objętych refundacją.

Podobnie szczepionką II generacji zawierającą jako antygeny rozszczepiony wirion uzyskany z 4 wirusów grypy jest *Fluarix Tetra*, która nie jest refundowana.

Odrębnym rodzajem szczepionki jest *Fluenz Tetra*, tzw. szczepionka „żywa”. Antygenami są atenuowane wirusy grypy wielokrotnie pasażowane tak, aby rozmnażały się tylko w niższej temperaturze – około 25°C (*cold-adapted*), co powoduje, że replikują się w jamie nosowej, a nie w płucach. Jest to szczepionka do podawania donosowo w dawce 0,2 ml (po 0,1 ml do każdej dziurki nosa). *Fluenz Tetra*

(50% refundacji) jest rekomendowana w profilaktyce grypy u dzieci w wieku od 24 miesiąca do 60. miesiąca życia. Jej cena bez refundacji jest wyższa około dwukrotnie od pozostałych i wynosi 95,73 zł.

Gdzie są szczepionki?

Jednak od kilku tygodni w mediach, jak i rozmowach towarzyskich Polaków przewija się problem braku dostępności szczepionek przeciw grypie. Firma Sanofi Pauster, dystrybutor szczepionki *Vaxigrip Tetra* poinformowała, że dostarczyła już do Polski 1 mln szczepionek z zamówionych 1,2 mln dawek. Minister zdrowia Adam Niedzielski w swoim wystąpieniu, poinformował natomiast, że: „do połowy października sprowadziliśmy do kraju właśnie 1,5 mln szczepionek, czyli to, co było zrobione w zeszłym roku w całym sezonie, zostało przez nas zrealizowane w tej chwili już w 1,5 miesiąca” i dodał, że sprowadzone będzie „do końca października [...] 240 tys. To są już podpisane i zakontraktowane szczepionki. Do końca listopada – kolejne ponad 500 tys.”.

Wiadomo, że wiele szczepionek zostało przekazane do samorządów do realizacji lokalnych programów szczepień. Ministerstwo Zdrowia podało też, że dla personelu medycznego zabezpieczono ponad 110 tys. bezpłatnych dawek szczepionek.

Dla porównania, w Niemczech zabezpieczono ponad 20 mln dawek szczepionek dla obywateli. Tam jedna szczepionka kosztuje około 25 euro. ●

Patrycja Proc

Polityka i lekarze

refleksje
fabiana



Lawinowo rosnąca liczba zakażonych koronawirusem, przekraczająca liczbę 10 tys., potwierdziła przewidywania epidemiologów, dotyczące tzw. drugiej fali pandemii. Trwająca w Sejmie dyskusja, na temat walki z pandemią, prześciganie się w inwektywach oraz oskarżenia o zaniedbania bądź brak informacji, nabiera tym samym drugorzędного znaczenia. Istotna jest strategia walki z epidemią. Sprawdzają się niestety przewidywania epidemiologów, którzy mimo skromnych przesłanek naukowych, już na początku pandemii przewidywali jej przebieg. Asekuracyjnie i nieśmiało podkreślana rola nauki w ochronie zdrowia człowieka, prowadzi w polskich warunkach do politykierstwa. Czy bezlitosne obnażenie słabości systemu zaowocuje twórczym współdziałaniem polityków w dziele jego naprawy?

Wołanie o współdziałanie ponad politycznymi podziałami, bez przyjęcia, że za dzisiejszy stan ochrony zdrowia, z jego historycznymi uwarunkowaniami odpowiadamy jako całe społeczeństwo, dokonując takich, a nie innych wyborów i łożąc większe lub mniejsze pieniądze, będzie głosem wołającego na puszczy.

To, czy i jak pandemiczne zwolnienie biegu życia społecznego wpłynęło na polityczne myślenie, można zaobserwować, śledząc działania aktualnie rządzących i opozycji w Sejmie i Senacie. O tym, że nastąpiło zwolnienie w przedmiocie zabiegów i terapii planowanych oraz zaburzenie kontaktów międzyludzkich, już niestety wiemy. Mimo tej wiedzy, jak również oczywistej obserwacji, że im krótszy okres kontaktu ze źródłem zakażenia, tym mniejsza szansa transmisji, mamy kłopot z jego skróceniem. Przecież można, zamiast skrobania pisakami rozlicznych ankiet papierowych, które idą do kosza, transmitować potrzebne dane i opisy do sekretarek drogą radiową bądź pozostawiając dyktafony. Proste, a jakże trudne. O tym, że jest to możliwe, świadczą nagrania załóg karetek i dyspozytorów

czy rejestrowane monitoringiem sceny z obleganych SOR-ów. Prawdopodobnie łatwiej jest w ramach terytorialnego szkolenia wojskowego biegać po krzakach, szykując się do partyzanckich ataków na nieprzyjacielskie konwoje, niż zorganizować kursy obsługi respiratorów z praktycznym sprawdzeniem, jak ich długość i intensywność koresponduje z bezpieczeństwem poddanego terapii tlenowej pacjenta.

Tworzenie szpitali polowych jako alternatywy dla zlikwidowanych (bo puste) szpitali zakaźnych staje się koniecznością, ale mimo wymiaru (Stadion Narodowy) nie zostało poprzedzone wcześniejszym rozpoznaniem możliwości wykorzystania części szpitali powiatowych łącznie z ich zasobami ludzkimi. Kryzysowa sytuacja pokazała, jak słabym ogniwem ochrony zdrowia jest koordynacja. Jej brak rodzi szereg napięć, które niekoniecznie łagodzą specustawy. Sięganie po rezerwy ludzkie, na przykład emerytowanych lekarzy, napotyka w polskich warunkach oczywistą przeszkodę. Większość, w przeciwieństwie do Europy Zachodniej, już pracuje dodatkowo. W rezerwie pozostają rezydenci, studenci i stażyści. Koniunkturalne podejście do specjalizacji lekarzy dyktowane płacami i zmianami obyczajowymi zaburzyło planowe podejście do rzeczywistych potrzeb kadrowych w procesie kształcenia podyplomowego. Za godzinę pracy anestezjologa 250 złotych i osiągnane przez niego zarobki miesięczne budzą większe emocje niż kwota 90 tys. miesięcznie dla kontrolera lotów, chociaż jedno i drugie są oderwane od przyziemności. Płace to nie wszystko, chociaż 100-procentowa podwyżka dla nowo zatrudnionych, może spowodować palpacje u tych zużytych w boju, na pierwszej linii frontu, w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Oczywiście życie zweryfikuje skuteczność działań podjętych przez nas wszystkich w walce z wirusem. Weryfikacja będzie dotyczyła zarówno

postaw społecznych, jak i tych, którzy bezpośrednio zarządzali kryzysem. Nie będą zapomniane ani słowa o zbyt małym zaangażowaniu, ani dymisie ekspertów mających odmienne od obowiązujących poglądy. Nie unikniemy również opinii, popartej zresztą faktami, że towarzyszy nam na co dzień poczucie chaosu, który od całkowitego lockdown-u poprzez wakacje wprowadził nas do czerwonej strefy obejmującej cały kraj. Poczucie to można mieć również, obserwując prace Sejmu nad ustawą antycovidową. Społeczeństwo, zamiast rzeczowych analiz specjalistów od epidemiologii, zdrowia publicznego oraz chorób zakaźnych, otrzymuje po kilkunastu godzinach dyskusji w Komisji Zdrowia informację, że najważniejsza jest klauzula dobrego samarytanina, podwojenie wynagrodzenia i przymus pracy. Czemu to ma służyć? Eksponowanie myśli, że największym zmartwieniem lekarza jest strach przed wsadzeniem do paki za błędy medyczne, jest ukoronowaniem idei braku zaufania. Za błędy popełnione w praktyce lekarz może odpowiadać przed dwoma sądami i to w zupełności wystarczy. Umysłne popełnienie błędu jest ewidentnym przestępstwem, przy nieumyślnym jego okoliczności badają biegli. Największym nieumyślnym błędem jest taka obecność naszych kolegów w polityce, że widoczne stają się tylko zmiany ich poglądów pod jej presją. Takich postaw mamy w naszym środowisku aż nadto i nie tłumaczy ich znane przysłowie, że tylko krowa nie zmienia poglądów.

Chyba stoimy już pod ścianą i nadśledził czas publicznego piętnowania postaw antyśrodowiskowych, antyspołecznych, antynaukowych i nietetycznych, jeśli prezentują je lekarze. Czy zakwestionowanie przydatności badań prenatalnych przez Trybunał Konstytucyjny (miłowy krok w kierunku ciemnogrodu) winien skutkować wycofaniem się lekarzy z polityki? ●

Fabian Obzeja

Objawy COVID-19 w jamie ustnej

Jak podało Ministerstwo Zdrowia, do 20 września 2020 r. zakażenie SARS-CoV-2 potwierdzono u 113 lekarzy dentyistów oraz 1389 lekarzy. Wśród lekarzy dentyistów tzw. wskaźnik zakażeń wyniósł 0,30 proc. i był niższy niż wśród lekarzy, u których wyniósł on 0,98 proc. W analizowanym okresie na kwarantannie przebywało 1035 dentyistów oraz 10 192 lekarzy, natomiast hospitalizowanych było 13 dentyistów i 212 lekarzy (wirus przyczynił się też do śmierci 8 lekarzy).

Od wielu miesięcy epidemii trwa walka o jak najlepsze zabezpieczenie lekarzy dentyistów oraz ich pacjentów przed zakażeniem krzyżowym. W świetle najnowszych doniesień naukowych okazuje się jednak, że tak jak w przypadku wielu innych chorób ogólnoustrojowych, również w przypadku COVID-19 jednymi z pierwszych objawów zakażenia są zmiany pojawiające się w jamie ustnej chorego.

Wiadomo już, że wśród podstawowych objawów choroby COVID-19, oprócz złego samopoczucia, gorączki i kaszlu znajdują się też utrata węchu lub smaku. Jak się jednak okazuje, również rozpowszechnione jak dwa ostatnie objawy, jest nagłe wystąpienie znacznej suchości jamy ustnej. W retrospektywnym badaniu przeprowadzonym przez włoskich naukowców na grupie 326 pacjentów przebywających w szpitalnych oddziałach ratunkowych, u 46 pacjentów wystąpiła utrata węchu, u 66 stwierdzano utratę smaku, przy czym u 51 z nich współistniała kserostomia. Aż 77 proc. chorych doświadczyło kserostomii pierwszy raz w życiu, a u 40 proc. wystąpiły dodatkowo kłopoty z przełykaniem. U większości, bo u 51 pacjentów wystąpił jeden z objawów, u 37 dwa objawy, u 23 aż trzy jednocześnie (utrata węchu, smaku i suchość jamy ustnej). W konkluzji autorzy doniesienia podali, że utrata węchu i smaku, jak również kserostomia mogą być pierwszymi, a nawet jedynymi objawami choroby COVID-19.

Wczesne doniesienia naukowe z początków epidemii, mówiły jedynie o występowaniu owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej – głównie języka jako wczesnego objawu infekcji wirusem u pacjentów z łagodnymi dolegliwościami górnych dróg oddechowych. Podatność błony śluzowej jamy ustnej na SARS-CoV-2 badacze tłumaczyli ekspresją enzymu konwertującego angiotensynę 2 (ACE2) w komórkach nabłonka. W piśmiennictwie opisano dotychczas 8 takich przypadków, co ciekawe większość analizowanych pacjentów była skąpoobjawowa. Z typowych objawów COVID-19 4 pacjentów miało gorączkę, 3 utraciło zmysł smaku, 1 dokuczał suchy kaszel, 2 bolało gardło. Infekcja wirusem SARS-CoV-2 była potwierdzona testem PCR. Z chorób towarzyszących u 3 pacjentów stwierdzono nadciśnienie, u 2 cukrzycę, a u 1 otyłość. U jednego pacjenta owrzodzenie języka było jedynym objawem choroby, natomiast u 3 pacjentów zmiany na błonie śluzowej języka były pierwszym objawem, poprzedzającym na kilka dni wystąpienie innych. Zmiany w różnej formie, znajdowały się u 3 pacjentów głównie na języku, u 3 na podniebieniu, u pozostałych na śluzówce policzków i dziąseł. Nikt wcześniej nie miał podobnego problemu z jamą ustną. Liczba zmian wahała się od 1 do 7 na jednego pacjenta, tylko u niektórych pojawiało się krwawienie w tych miejscach. Pacjentom zalecano przyjmowanie paracetamolu i płynu do płukania ust z chlorheksydyną. Owrzodzenie zniknęło w ciągu jednego do dwóch tygodni.

Jednak zmiany w błonie śluzowej jamy ustnej występują nie tylko u pacjentów z lekkim przebiegiem choroby. Występowanie zmian na błonach śluzowych, jak i na skórze są częste w przebiegu COVID-19. Badanie grupy 21 Włochów z ciężkimi objawami choroby wykazało, że zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej są typowe dla zakażenia wirusowego, podczas

gdy zmiany występujące na skórze zazwyczaj powiązane są z reakcją na podawane leki.

Ostatnie doniesienia rzucają też światło na kolejny problem, z jakim mogą spotkać się lekarze dentyści podczas leczenia pacjentów zarażonych SARS-CoV-2. Mianowicie, pojawiły się doniesienia o interakcjach między lekami powszechnie stosowanymi w stomatologii a remdesivirem stosowanymi w leczeniu COVID-19. Remdesivir to organiczny związek chemiczny z grupy analogów nukleotydowych, stosowany jako lek przeciwwirusowy, wykazujący inhibicję polimerazy RNA zależnej od RNA. Po analizie dostępnego piśmiennictwa autorzy stwierdzili, że lek ten wchodzi w interakcje aż z 279 lekami. Ze stosowanych w stomatologii wymieniono – w grupie antybiotyków: azytromycynę, kwas klawulanowy, doksycyklinę, erytromycynę, levofloksacynę, w grupie leków przeciwgrzybiczych są to: clotrimazol, flukonazol, itraconazol, ketokonazol oraz wśród leków niesteroidowych przeciwzapalnych są to: ibuprofen, ketoprofen, naproxen, diklofenak, etodolak, flurbiprofen, ketorolak, kwas mefenamowy oraz piroksykam. Autorzy podkreślają, jak ważna jest świadomość występowania tych interakcji, które mogą doprowadzić w skrajnych przypadkach nawet do śmierci pacjenta. ●

Patrycja Proc

Źródła: www.infodent24.pl

Paolo J. Fantozzi i wsp., *Xerostomia, gustatory and olfactory dysfunctions in patients with COVID-19*. „American Journal of Otolaryngology”, 2020.
Abanoub Riad i wsp., *COVID-19-Related Oral Manifestations: Early Disease Features?* „Oral Diseases”, June 2020.
Juan Jimenez-Cauhe i wsp., *Enanthem in Patients With COVID-19 and Skin Rash* „JAMA Dermatol”, 2020.
G. Gómez-Moreno, *Remdesivir-COVID-19: drug interactions in dentistry*. „Eur Rev Med Pharmacol Sci.”, 2020.

zgłębnik
stomatologiczny



Na lekarские bóle

Warto zasygnalizować lekarzom i lekarzom denty stomom oraz personelowi pomocniczemu pilną potrzebę wdrożenia prostych ćwiczeń kompensacyjnych. Ćwiczenia te wykonywane w codziennej praktyce stomatologicznej mają duże szanse zminimalizować ryzyko wystąpienia zaburzeń mięśniowo--szkieletowych związanych z pracą o charakterze statyczno-dynamicznym.

fizjoterapeuta
radzi

Lekarze dentyści i personel pomocniczy są w dużym stopniu narażeni i bardziej podatni na urazy oraz przeciążenia, mięśni, powięzi czy stawów wskutek długotrwałego przyjmowania wymuszonych pozycji ciała. Dentysta na skutek dostosowania się do panujących, jak i zmieniających się warunków w jamie ustnej pacjenta, bezwiednie może przyjmować nieergonomiczną postawę ciała.

Asystentka w wyniku niewłaściwego schylania czy skręcania się po potrzebne instrumentarium, może przeciążyć odcinek lędźwiowy czy stawy nadgarstkowe. Higienistka, mając pełną swobodę w wykonaniu zabiegów w jamie ustnej pacjenta, prócz przeciążenia odcinka szyjnego wynikającego z nadmiernej protrakcji głowy, może zaburzać swobodną cyrkulację płynów na skutek długotrwałego, błędnego siedzenia, które manifestuje się zmęczonymi, często obrzękniętymi nogami. Wszystkie te osoby są specjalistami w swojej dziedzinie i wszystkie z uwagi na fizyczny, jak i psychiczny stresujący charakter pracy, podatne są na pojawienie się

zaburzeń mięśniowo-szkieletowych (MSD – *musculoskeletal disorders*). Zaburzenia prowadzą do pogorszenia się jakości życia i stanu zdrowia, przedwczesnego wypalenia zawodowego, co często skutkuje wycofaniem się i rezygnacją z wyuczonego zawodu [Todd AI, Bennett AI, *Physical implications of prolonged sitting in a confined posture* „A literature review. Ergonomics SA”. 2007;19:7–21].

Żadna pozycja, nawet najbardziej prawidłowa, nie jest wygodna, jeżeli pozostaje się w niej przez dłuższy czas.



Utrwalone zaburzenia mięśniowo-szkieletowe prowadzą do zmian strukturalnych, usztywniając segmenty ruchowe kręgosłupa. Początkowo obserwowane pod postacią skrócenia, przechodzą w fazę przykurczu, a następnie skostnienia więzadeł międzykręgowych. W stawach kręgosłupa dochodzi do zwężenia szpary stawowej, sklerotyzacji podchrzęstnej i schorzeń krążka międzykręgowego. W badaniu radiologicznym obserwowane są pod postacią dziobiastych wyrostki kostnych [Marchewka A. i wsp., *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*. PWN 2012].

Na przykładzie odcinka szyjnego kręgosłupa, który zaraz za odcinkiem lędźwiowym w zawodzie stomatologa jest najbardziej podatny na wystąpienie niekorzystnych zmian przeciążeniowo-zwyrodnieniowych, można pokazać powiązania zarówno neurologiczne, jak i osteopatyczne [Liem T. i wsp., *Techniki osteopatyczne Tom II*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012]:

- C0–C2 organy unerwione przez nerw błędny,

- C1–C3 struktury powiązane z włóknami doprowadzającymi do jądra nerwu trójdzielnego,
- C3–C5 organy unerwione przez nerw przeponowy,
- Th1–Th4 unerwienie wegetatywne współczulne struktur kręgosłupa szyjno-piersiowego.

Ryzyko oraz perspektywa pojawienia się dysfunkcji odcinka szyjnego kręgosłupa czy zaburzeń MSD zależy od zbalansowanej, zrównoważonej postawy całego zespołu stomatologicznego, reakcji na pojawiający się bodziec bólowy oraz próby wprowadzenia ruchów kompensacyjnych, adekwatnych do przeciążającego bodźca wywołanego niewłaściwą pracą.

Właściwa i ergonomiczna postawa stomatologa z jednej strony pomocna może okazać się w optymalizacji procesu pracy (dostęp, widoczność, precyzja ruchów w polu zabiegowym), a z drugiej strony wpłynie na poprawę komfortu zarówno fizycznego, jak i psychicznego w wykonywaniu wszelkich procedur leczniczych.

„Poprawna” postawa ciała skutkuje mniejszym wydatkiem energetycznym, redukuje stres, zmniejszając ryzyko wystąpienia błędów leczniczych, zwiększając precyzję ruchów (przyjęcie stabilnej postawy skutkuje dobrą stabilizacją stawów obwodowych), zmniejszając napięcie, poprawiając cyrkulację płynów w pracujących mięśniach, zmniejszając ryzyko wystąpienia przeciążeń aparatu ruchu.

„Błędna” postawa ciała zwiększa ryzyko pojawienia się bolesnych napięć mięśniowych, zaburzając homeostazę większości układów i narządów (zaburzona wymiana gazowa oraz cyrkulacja płynów, przeciążenie układu nerwowego czy wzrokowego), wpływa



Lekarze dentyści mogą bezwiednie przyjmować nieergonomiczną postawę ciała

na obniżenie jakości oraz precyzji pracy. [An introduction to ergonomics: risk factors, MSDs, approaches and interventions, A report of the Ergonomics and Disability Support Advisory Committee (EDSAC) to Council on Dental Practice. 2004].

Zbalansowana, właściwa postawa ciała może być utrwalona przez właściwe, prewencyjne postępowanie [Hokwerda O., *Symposium: Ergonomic principles for patient treatment*. Syllabus paper. 2004]:

- Utrzymuj neutralny kształt kręgosłupa, siedź prosto, symetrycznie wychylaj tułów.
- Przednie wychylenie kręgosłupa nie może być większe niż 20 stopni.
- Unikaj asymetrycznego, jednoczesnego wychylenia tułowia z komponentą ruchów rotacyjnych.
- Wychylenie głowy w stosunku do tułowia nie powinno być większe niż 20–25 stopni.
- Utrzymuj ramiona jak najbliżej tułowia, w niewielkim zgięciu (około 10 stopni).
- Przedramiona uniesione do 25 stopni od linii horyzontu.
- Kąt pomiędzy udem a podudziem w granicach 105–110 stopni lub więcej.
- Nie doprowadzaj do koślawienia stawów kolanowych.
- Utrzymuj poziome ustawienie oczu, ramion, łokci, bioder, kolan.

Ćwiczenia kompensacyjne mają na celu zrównoważyć niewłaściwe, wymuszone, długotrwałe ustawienie poszczególnych części ciała w trakcie wykonywania procedur leczniczych. Najczęściej obserwuje się występujące błędy:

– Protrakcyjne ustawienie głowy. Skrócenie mięśni: MOS, pochyłe, podpotyliczne, dźwigacz łopatki. Zniesienie naturalnej lordozy szyjnej. Przeciążenie stawów międzywyrostkowych, zwiększa kompresję na krążek międzykręgowy (segmenty C4–C7). Zablockowanie stawów u podstawy czaszki (segmenty C0–C3) oraz w odcinku szyjno-piersiowym (C7–Th4). Pojawienie się z czasem parestezji

w kończynach górnych. Jest przyczyną chrapania podczas snu.



– Skrócenie przedniej taśmy mięśniowo-powięziowej w wyniku przyjęcia postawy „C”. Skraca mięśnie piersiowe mniejsze, kruczo-ramienny, prosty brzucha, zginacze oraz przywodziciele stawów biodrowych. Powoduje zaburzenie prawidłowego toru oddychania (dysfunkcja przepony), zakłóca prawidłową pracę narządów wewnętrznych. Odpowiada za niewłaściwą postawę ciała.



– Przeciążenie prostowników stawów nadgarstkowych. Powstaje w wyniku dysproporcji pomiędzy mięśniami zginaczy i prostowników stawów nadgarstkowych. Spowodowane jest wibracjami oraz ciągłymi, powtarzalnymi manualnymi precyzyjnymi ruchami. Często błędnie leczone jako łokieć tenisisty może być wynikiem przeciążenia odcinka szyjnego kręgosłupa.



– Przykurcz zginaczy biodrowo-łędźwiowych. Spowodowane jest zgięciem pozycją odcinka piersiowo-łędźwiowego kręgosłupa, bioder i kolan. Osłabione i rozciągnięte mięśnie pośladkowe nie są w stanie zrównoważyć skróconym mięśniom biodrowo-łędźwiowym oraz prostym udom, doprowadzając do zmniejszenia ukrwienia głowy kości udowej, zaburzając cyrkulację płynów w kończynach dolnych. Zwiększają kompresję w stawie rzepkowo-udowym, doprowadzając do zmian zwyrodnieniowych w tych stawach.



Bibliografia:

- Todd AI, Bennett AI, *Physical implications of prolonged sitting in a confined posture – „A literature review*. Ergonomics SA”. 2007;19:7–21.
- Marchewka A. i wsp., *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*. PWN 2012.
- Liem T. i wsp., *Techniki osteopatyczne Tom II*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
- *An introduction to ergonomics: risk factors, MSDs, approaches and interventions, A report of the Ergonomics and Disability Support Advisory Committee (EDSAC) to Council on Dental Practice*. 2004.
- Hokwerda O., *Symposium: Ergonomic principles for patient treatment*. Syllabus paper. 2004. ●

Radostaw Janczyk
D.O. MPT

Małgorzata Janczyk
fizjoterapeutka

Terapia hiperbaryczna – skuteczna, bezpieczna i refundowana

Przynosi spektakularne efekty, ratuje życie, przywraca sprawność i podnosi komfort znacznie szybciej i mniej kosztownie niż wielomiesięczne terapie. Jest tylko jeden warunek – nie można z nią czekać.

Ośrodek Terapii Hiperbarycznej Creator

ul. M. Kopernika 55a
90-553 Łódź
tel. 42 422 301 030
tel. alarmowy 502 677 877

Seria zabiegów w komorze hiperbarycznej (małoinwazyjna i refundowana przez NFZ) jest mniej kosztowna od wielomiesięcznego leczenia owrzodzeń stopy cukrzycowej innymi metodami. I skuteczniejsza: pacjenci wracają do normalnego życia po miesiącu. Dodajmy, że w Łodzi taka komora jest dostępna i bezpieczna także w czasie pandemii – w placówkach Creatora wprowadzono Program i system bezpieczeństwa Creator Sp. z o.o. w okresie pandemii COVID-19. By nadrobić zaległości spowodowane chwilowym przestojem wywołanym przez koronawirus, Ośrodek pracuje w większym zakresie niż przed pandemią. Zazwyczaj na zabiegi pacjenci czekali pół roku. – Teraz można się dostać znacznie szybciej – mówi dr n. med. Łukasz Kikowski, dyrektor Ośrodka Terapii Hiperbarycznej Creator w Łodzi.



Tam, gdzie brakuje tlenu

Terapia hiperbaryczna to krótkoterminowe zastosowanie 100 proc. tlenu do inhalacji pacjenta przebywającego w komorze hiperbarycznej pod ciśnieniem wyższym od 1,4 atmosfery absolutnej (1,4 ATA), dzięki czemu do tkanek dostarcza się wielokrotnie wyższą cząstkową prężność tlenu niż przy oddychaniu na poziomie ciśnienia atmosferycznego. Wykorzystuje się ją w schorzeniach, w których z różnych powodów występują problemy niedokrwienne.

– W leczniczej komorze hiperbarycznej stosujemy zazwyczaj ciśnienie na poziomie 2,5 atmosfery, co pozwala wykorzystać właściwości tlenu dające korzyści w ciężkich zakażeniach (w tym beztlenowcami), w leczeniu trudno gojących się ran – mówi prof. dr hab. n. med. Wojciech Gaszyński z Ośrodka Terapii Hiperbarycznej Creator w Łodzi. Tłumaczy, że rany goją się trudno głównie dlatego, że występuje zakażenie w ranie i przyranne, najczęściej dochodzi też do zaburzenia ukrwienia na skutek zmian martwiczych w tkankach. Bywa, że taki stan jest też po zmiążdżeniu tkanek, w zespole stopy cukrzycowej lub w zarostowych zmianach zapalnych naczyń. – Tlen powyżej 2 atmosfer ma właściwości angiogenetyczne, czyli dzięki niemu tworzy się siatka naczyń w miejscach, w których jej nie ma – wyjaśnia specjalista. – Aby to nastąpiło, potrzeba serii zabiegów w komorze hiperbarycznej.

Ratunek w ostrych stanach

Możliwość wykorzystywania także wyższych ciśnień do ponad 5 atmosfer pozwala na ratowanie nurków (choroba dekompresyjna) czy pacjentów po ciężkich zatorach gazowych, będących m.in. powikłaniem procedur medycznych, na przykład dializy. W przypadkach ostrych sprężonym tlenem leczy się m.in.: zatrucie tlenkiem węgla z methemoglobinemią, martwicze zakażenia tkanek, głównie beztlenowcami, ostre

niedokrwiennie zmiany w następie urazów zmiążdżenia (rabdomioliza), nagłą głuchotę idiopatyczną czy oparzenia termiczne.

Prof. W. Gaszyński dodaje, że największą grupą, która zgłasza się ze wskazaniem do pilnego leczenia w komorze hiperbarycznej, są pacjenci z nagłą głuchotą.

Gdy inne terapie zawodzą

Drugą liczną grupą, którą terapia hiperbaryczna ratuje przed niepełnosprawnością, są osoby z trudno gojącymi się ranami, głównie w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej. Niestety, w Polsce wciąż pokutuje przekonanie, że u tych pacjentów tlenoterapię stosuje się, gdy już nic innego nie pomaga. – Niestety. Gdyby wcześniej zaczynano leczenie stopy cukrzycowej w komorze hiperbarycznej, efekty byłyby znacznie lepsze i mniej by było amputacji – zauważa prof. W. Gaszyński.

W ramach terapii w chorobach przewlekłych hiperbaria pomaga też m.in. w leczeniu: trudno gojących się ran po operacjach serca z przecięciem mostka, owrzodzeń odleżynowych, żyłaków kończyn dolnych z owrzodzeniem i zapaleniem, przeszczepów skóry, ropni wewnątrzczaszkowych, ropni płuc, ropni wątroby i popromiennych uszkodzeń kości żuchwy, złośliwego zapalenia ucha zewnętrznego. Bogactwo tlenu dobrze działa na odporne na leczenie zapalenia kości i szpiku, przyswajanie przeszczepów i płatów skórnych zagrożonych martwicą. Wskazań do zastosowania tlenoterapii stale przybywa. Dużo prac ze świata potwierdza, że równoległe z chemioterapią i radioterapią stosuje się też komorę hiperbaryczną u części (nie u wszystkich) pacjentów onkologicznych. – Wskazania doprecyzowuje onkolog, podając charakterystykę i typ choroby, większość nowotworów (jako komórki o niskim zróżnicowaniu) jest wrażliwa na wysokie stężenia tlenu – wyjaśnia Pan profesor. ●

E-skierowanie w pytaniach i odpowiedziach

poradnik
e-skierowania
– część druga

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

Jak w praktyce wygląda wystawienie e-skierowania?

– Lekarz kierujący pacjenta wystawia i podpisuje e-skierowanie. Może do tego wykorzystać swój system gabinetowy lub bezpłatną aplikację przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia i dostępną w Internecie pod adresem www.gabinet.gov.pl. 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 jeśli po prostu o to poprosił.

Gdzie pacjent może zrealizować e-skierowanie?

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

W placówkach, które do 8 stycznia 2021 roku 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

naależy wystawić e-skierowanie i przekazać pacjentowi wydruk. Na jego podstawie pacjent będzie mógł zrealizować e-skierowanie. W tej sytuacji nie generuje się 4-cyfrowy kod. Dotyczy to np. noworodków bez numeru PESEL lub obcokrajowców.

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

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

Czy pacjent może zrealizować e-skierowanie w prywatnej placówce?

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

Centrum e-Zdrowia zaprasza wszystkich lekarzy do kontaktu i zadawania pytań, za pomocą infolinii – numer 19 457 – lub na adres: e-skierowanie@csioz.gov.pl.

Partnerem artykułu jest Centrum e-Zdrowia

Zmiany będą w całym kraju

poród
w pandemii

Przypomnijmy: październik rozpoczął się protestem rodziców, którzy w piątek (2 października) sprzeciwiali się rozłączeniu z dziećmi hospitalizowanymi w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Był to wynik rozporządzenia, które znacząco ograniczało, a wręcz uniemożliwiało kontakt rodziców z małymi pacjentami ICZMP. Dokument opublikowano na Facebooku szpitala, co sprawiło, że w kilka godzin z pismem zapoznali się tysiące internautów w całym kraju. Większość nie kryła oburzenia, a szybko okazało się, że podobne przepisy obowiązują w innych miejscach w kraju. Sprawą zainteresowały się też ogólnopolskie media.

Tak naprawdę protest pod ICZMP w Łodzi to wynik trwających od połowy marca problemów młodych rodziców w całym kraju. W dobie koronawirusa i zaostrzających się reżimów sanitarnych wiele szpitali w Polsce zablokowało możliwość widzenia się także z noworodkami przebywającymi z różnych przyczyn na oddziałach neonatologicznych, nawet przy zachowaniu szczególnej sanitarnej ostrożności.

Rodziców wspiera Fundacja Rodzic po Ludzku, która w internetowych

publikacjach przypomina, że ograniczenie wizyt i brak możliwości kontaktu z noworodkiem to łamanie praw pacjenta, które może być poważne w skutkach za równo dla dziecka, jak i dla matki.

– Ekspertem w tej dziedzinie jest w Polsce chociażby dr Cezary Żechowski, psychiatra dzieci i młodzieży oraz psychoterapeuta, który mówi wprost, że obecność rodzica dla małego dziecka jest kluczowa – podkreśla Małgorzata Mielczarek z Fundacji Rodzic po Ludzku. – Należy także pamiętać, że rozłąka ta ma także bardzo poważne skutki dla samej matki.

Niektórzy mali pacjenci są hospitalizowani nawet kilka miesięcy. Urzędnicy tłumaczą się, że wprowadzane ograniczenia rzutują na bezpieczeństwo wszystkich pacjentów. Do tej pory wizyty były regulowane i podparte tylko tzw. „przypadkami szczególnego uzasadnienia medycznego”. Pielęgniarki i położne robią co mogą, wysyłają zdjęcia rodzicom, ale to nie zastąpi fizycznego i realnego kontaktu dziecka z matką od pierwszych chwil życia. Również liczne grono lekarzy sprzeciwia się tak rygorystycznym zasadom i urzędniczej bezduszości.

Medycy, jak nikt inny, znają realia pracy w szpitalu i wiedzą, że możliwa jest taka organizacja, by zachować reżim sanitarny, a jednocześnie umożliwić matce kontakt i opiekę nad dzieckiem.

Dyrekcja ICZMP w Łodzi szybko zareagowała na postulaty protestujących. Już w poniedziałek, 5 października został wydany komunikat, w którym poinformowano o oddaniu do użytku rodziców pacjentów 25 łóżek w przyszpitalnym izolatorium. Rodzic musi mieć aktualny, negatywny wynik testu na koronawirusa (test jest darmowy).

Z wywalczonych postulatów będą mogli korzystać opiekunowie noworodków w klinikach neonatologicznych ICZMP – Klinice Neonatologii i Klinice Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt.

Protest rozbrzmiał w mediach, a niektóre szpitale poszły za przykładem ICZMP w Łodzi. Dzięki temu rodzice noworodków z innych miast także mogą widywać się ze swoimi dziećmi. – Otrzymaliśmy pozytywne sygnały m.in. od rodziców z Lublina, Szczecina i Poznania – mówi Małgorzata Mielczarek. ●

Marta Chruścińska

19 października Fundacja Rodzic po Ludzku złożyła petycję „W obronie noworodków przebywających w szpitalach w Polsce”, pod którą podpisało się aż 110 tys. osób.

Co słyhać w delegaturach

delegatura
piotrkowska

Życie zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów z terenu Delegatury Piotrkowskiej w ostatnich tygodniach naznaczone jest walką z epidemią COVID-19, która coraz groźniej przybiera na sile. W drugiej połowie października, najtrudniejsza sytuacja panuje w Szpitalu Wojewódzkim w Piotrkowie Trybunalskim, gdzie jest ponad 10 zakażonych lekarzy i kilka oddziałów, które zawiesiły przyjęcia pacjentów. Niewiele lepiej jest w radomszczańskim szpitalu, w którym obok Oddziału Zakaźnego pacjenci z COVID-19 leczeni są na dwóch wspomagających oddziałach. Liczba zakażonych lekarzy w Radomsku również

osiąga wymiar dwucyfrowy, a w szpitalu zawieszono pracę chirurgii i neurologii. W szpitalu w Opocznie perturbacje dotknęły ortopedii z tytułu zakażenia, stwierdzonego u jednego z lekarzy. W Bełchatowie zawieszono są przyjęcia do Oddziału Psychiatrycznego II i Oddziału Nefrologii. Liczba zakażeń u bełchatowskich medyków obejmuje na ten moment 2 osoby, ale tak jak w innych placówkach te liczby zmieniają się z dnia na dzień. Na chwilę obecną jedynie w Tomaszowie Mazowieckim brak aktywnych zakażeń wśród lekarzy. W Bełchatowie, tak jak w Radomsku i Tomaszowie Mazowieckim,

poszerzono bazę łóżkową oddziałów zakaźnych, a ich liczba aktualnie jest ponad dwukrotnie wyższa niż w okresie letnim. Pomimo zagrożeń wiele koleżanek i kolegów wykazuje się niezwykłą sumiennością, zaangażowaniem i ofiarnością, za co pragnę wszystkim bardzo serdecznie podziękować. Niestety, w tych dniach jeden z naszych kolegów chirurgów złożył ofiarę najwyższą, o czym najgłębszym żalem i smutkiem informuję, niosąc prośbę o chwilę zadumy i wsparcia najbliższym. ●

Grzegorz Mazur
wiceprezes ORL w Łodzi

Z najwyższej półki

Jerzy Ciesielski, adwokat

Sędziowie sądów lekarskich, orzekając w sprawach odpowiedzialności zawodowej, stosując przepisy procedury karnej oraz prawa karnego i w ramach niezawisłości sędziowskiej i tajności narady nad wyrokiem muszą rozstrzygnąć zagadnienia prawne z najwyższej półki prawniczych precedensów. Tak było też w opisanym sprawie.

Pacjent Michał C. został przyjęty na Oddział Okulistyczny Szpitala Wojewódzkiego w Z. w celu operacyjnego usunięcia zaćmy oka lewego. Opiekę nad nim przejęła lekarz Maria A. – rezydentka odbywająca specjalizację z zakresu chorób oczu. Nadzór nad jej czynnościami sprawowała doktor medycyny specjalista okulistyki Janina Z. Około godziny 13 doszło u pacjenta do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia – „spociał się, wymiotował treścią pokarmową, zmęczył się”. Oznaczono ciśnienie tętnicze krwi 189/92 mm/Hg, a poziom cukru 127 mg/dL. Rezydentka po konsultacji ze specjalistką podjęła decyzję o zasięgnięciu konsultacji internistycznej.

Internista Władysław P. stwierdził w badaniu przedmiotowym: płuca bez zmian, serce miarowe 80/min., brzuch miękki i niebolesny. Na podstawie przeprowadzonego badania uznał, że wystąpienie wymiotów u pokrzywdzonego było związane z podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi i zalecił leki. Następnego dnia przeprowadził ponowną konsultację i ocenił stan internistyczny chorego dobry, przewlekły, stabilny, bez skarg, ciśnienie tętnicze krwi 130/80. Wyniki badań laboratoryjnych ocenił jako „bez istotnych odchyśleń od stanu prawidłowego” i wydał opinię „nie wymaga hospitalizacji w oddziale chorób wewnętrznych”. W związku ze stanem Michała C. decyzją ordynatora przełożono operację usunięcia zaćmy.

W dniu następującym po wypisaniu ze szpitala lekarz nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej stwierdził u Michała C. odwodnienie i zalecił natychmiastową hospitalizację. W badaniu TK głowy stwierdzono świeży udar

niedokrwienny prawej półkuli mózgu oraz niedowład połowiczny prawostronny. W czasie pobytu w szpitalu pacjent nie odzyskał zdolności poruszania się i został wypisany do zakładu opiekuńczo-leczniczego z powodu konieczności sprawowania nad nim kompleksowej opieki.

Opisane fakty były, jak określa się to w języku pism procesowych, „niezgodne”. Pozostawała ich ocena poprzez biegłych z dziedziny interny i neurologii. Opinie zawierały następujące wnioski: Występujące u Michała C. objawy w czasie pobytu w oddziale okulistycznym świadczyły o zaburzeniach krążenia mózgowego, powinien być obserwowany w warunkach szpitalnych, przy czym biegły wskazał na treść raportu pielęgniarstwa: „Każdy ruch powoduje odruch wymiotny. Chory próbował wstać i osunął się na podłogę”. Zdaniem biegłego istniały zatem wskazania do przeprowadzenia konsultacji neurologicznej. Natomiast nie można z całkowitą pewnością stwierdzić, kiedy doszło do wystąpienia u pokrzywdzonego udaru.

Lekarze zostali uznani winnych przezwinięć zawodowych.

Lekarz Maria A., że „prowadząc przez dwa dni hospitalizowanego pacjenta z zaćmą, nie dołożyła należytej staranności w postępowaniu lekarskim przez niezlecenie konsultacji neurologicznej, pomimo ujawnionych podczas wywiadu lekarskiego obciążań w postaci przebytych udarów mózgu i pogarszającego się stanu zdrowia pacjenta”.

Dr med Janina Z., że pełniąc dyżur lekarski wspólnie z Marią A. „niewłaściwie oceniła zaproponowany przez rezydentkę sposób leczenia i zalecenia dla pacjenta przez nierozszerzenie

postępowania diagnostycznego o konsultację neurologiczną wobec pogarszającego się stanu zdrowia pacjenta”.

Lekarz Władysław P., że „konsultując pacjenta z zaćmą, nie dołożył należytej staranności w postępowaniu lekarskim przez niezlecenie konsultacji neurologicznej, pomimo ujawnionych podczas wywiadu lekarskiego objawów niepokojących z punktu widzenia stanu neurologicznego”.

Od wyroku odwołał się z pomocą adwokata tylko specjalista internista i doprowadził do uchylecia przez Naczelny Sąd Lekarski orzeczenia sądu pierwszej instancji i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania, ze względu na przedwczesne zamknięcie postępowania dowodowego, w sytuacji, gdy nie zostało dostatecznie wyjaśnione czy „obwiniony będąc lekarzem konsultującym pacjenta w zakresie swojej specjalizacji, był jednocześnie zobligowany do zlecenia dodatkowej opinii innego specjalisty”.

Okręgowy Sąd Lekarski w Ł. rozpoznał sprawę ponownie, podtrzymał skazanie i wymierzoną wcześniej karę upomnienia, twierdząc, że wedle Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Wojewódzkiej w Z. na Władysławie P. wprawdzie nie ciążył obowiązek zlecenia dodatkowo konsultacji neurologicznej, ale (ważne zdanie z uzasadnienia) „jako wykwalifikowany specjalista powinien zasugerować okulistom konieczność wezwania do chorego neurologa”, bo praca lekarza „wymaga szerszego podejścia”.

Obrońca odwołał się ponownie, a sędziowie Naczelnego Sądu Lekarskiego uniewinnili Władysława P., powołując się na treść Regulaminu

cd. na s. 26

z lekarskiej wokandy



Czy lekarz jest funkcjonariuszem publicznym?

Narastające napięcia między ludźmi, wynikające z trudnej sytuacji, sprawiają, że lekarze coraz częściej stają się ofiarami przemocy (słownej, fizycznej) ze strony pacjentów. Są obrażani w Internecie i nagrywani w trakcie pracy. Jak mogą skutecznie się bronić?

poradnik prawny

Znane są i to wcale nierzadkie akty agresji wobec lekarzy i słownej, i przybierającej postać naruszeń nietykalności cielesnej, czy też nawet groźniejszych ataków: Pijany napastnik wykrzyczał do ordynatora oddziału ortopedycznego nazwisko pacjenta, który jest jego szwagrem, a potem pięściami powalił lekarza na podłogę, a leżącego kopnął w twarz. Mąż pobił lekarza ginekologa drewnianą pałką, bo był niezadowolony ze sposobu badania jego żony. Mężczyzna w izbie przyjęć szpitala zaatakował lekarza, który zwrócił uwagę jemu i jego dziewczynie, aby nie zakłócili spokoju. 38-latek pobił specjalistę medycyny pracy za odmowę wydania zaświadczenia, że jest zdolny do pracy zawodowej.

W siedlisku zarazy w Wuhan krewny pacjenta zmarłego z powodu koronawirusa pogryzł, okładał pięściami

i kopnął opiekującego się kuzynem lekarza. Nie można wykluczyć, że w Polsce dojdzie do podobnych incydentów, wobec odnotowywanego generalnie wzrostu agresji, a także wskutek wypowiedzi i działań prominentnych przedstawicieli władzy wobec środowiska lekarskiego, począwszy od Marszałka w roku 2007 (wysyłanie lekarzy „w kamasze”) przez Ministra Sprawiedliwości w roku ubiegłym (wprowadzenie specjalnych komórek w prokuraturach okręgowych do zajmowania się błędami medycznymi), po Wicepremiera („Część personelu medycznego nie jest zaangażowana w walkę z epidemią koronawirusa”) teraz.

W środowisku medycznym rozpowszechnione jest przekonanie, że obowiązujący system prawny zapewnienia medykom ochronę taką, jak funkcjonariuszom publicznym. Zakres tego dobrodziejstwa jest jednak ograniczony.

W świetle obowiązujących regulacji prawnych lekarze – co do zasady – nie są uznawani z racji wykonywania zawodu za urzędników państwowych. Dla uznania lekarza za funkcjonariusza publicznego konieczne jest połączenie faktu wykonywania zawodu lekarza z konkretną funkcją, na przykład dyrektora publicznego zespołu opieki zdrowotnej czy ordynatora oddziału wykonującego świadczenia z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w publicznym i niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej. W związku z pełnieniem takich funkcji lekarz korzysta z takiej samej ochrony prawnej jak prezydent, poseł, czy pracownik kontroli NIK-u. Sąd Najwyższy w wyroku z 27 listopada 2000 r. rozstrzygnął, że lekarz zatrudniony w publicznej służbie zdrowia może być uznany za funkcjonariusza publicznego jedynie wówczas, gdy swój zawód łączy

cd. ze s. 25

Organizacyjnego, z którego wynika podział obowiązków i odpowiedzialności poszczególnych przedstawicieli hierarchii lekarskiej, a w szczególności na jego zapisy, że: „lekarz prowadzący sprawuje nadzór nad pacjentem”, „do zadań ordynatora należy planowanie i koordynowanie pracy podległych pracowników i nadzór na ich działalnością, a także czuwanie nad przebiegiem procesu leczenia, zwłaszcza zlecenia konsultacji specjalistycznych i wypisywanie ze szpitala”. Zdaniem NSL zapisy te korelują z art. 54 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „W razie wątpliwości diagnostycznych i leczniczych lekarz powinien, w miarę możliwości, zapewnić choremu

konsultację innego lekarza. Opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie”.

NSL uznał za prawidłowe stanowisko Sądu Okręgowego, że Władysław P. „jako wykwalifikowany specjalista powinien zasugerować okulistom konieczność wezwania do chorego neurologa”, bo praca lekarza „wymaga szerszego podejścia” i wskazał, że w taki sposób sąd pierwszej instancji mógł zmienić opis czynu „nie wychodząc poza faktyczne granice skargi rzecznika dyscyplinarnego” i skazanie przy tak zmodyfikowanym zarzucie było podtrzymane. Natomiast wobec zaskarżenia wyroku tylko przez

obrońcę NSL nie mógł zmienić wyroku wobec funkcjonowania w prawie karnym zasady *reformationis in peius*.

Termin *reformatio in peius* został zaczerpnięty z języka łacińskiego i oznacza dosłownie zmianę lub przekształcenie na gorsze. W prawie karnym funkcjonuje zakaz *reformationis in peius* – sąd odwoławczy może orzec na niekorzyść oskarżonego tylko wtedy, gdy wniesiono na jego niekorzyść środek odwoławczy i tylko w granicach zaskarżenia. Mówiąc inaczej, w postępowaniu karnym odwoławczym nie może dojść do pogarszania sytuacji oskarżonego. Obwinionemu „upiekło się” zatem, ale gwarancja prawa do obrony miała w tym wypadku uzasadniony priorytet. ●

z funkcjami o charakterze administracyjnym. Sędziowie sądów lekarskich jako osoby orzekające w organie dyscyplinarnym, działającym na podstawie ustawy, są zakwalifikowani wprost do grona funkcjonariuszy publicznych. Z takim stanem wiążą się zarówno korzyści, ale i zaostrzona odpowiedzialność, o czym dalej.

Posiadanie przez lekarza przymiotu funkcjonariusza publicznego należy odróżnić od przyznania lekarzowi, na podstawie art. 44 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, ochrony prawnej należnej (takiej samej jak) funkcjonariuszom publicznym, w określonych sytuacjach. Powołany przepis uzależnia udzielenie ochrony od okoliczności, w których lekarz podejmuje czynności medyczne w ramach pomocy doraźnej lub tak zwanego „przymusu ustawowego” (art. 30 ustawy o zawodzie lekarza...), to jest obowiązku udzielania pomocy w każdej sytuacji, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, jak również w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Ochrona lekarza zaczyna się z chwilą podjęcia przez niego opisanych czynności, a ustaje wraz z ich zakończeniem. Podobnie z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych korzysta lekarz sądowy (art. 3 ustawy o lekarzu sądowym). Lekarz objęty ochroną art. 44 lub art. 3 nie jest funkcjonariuszem publicznym, co oznacza, że nie będzie ponosił szczególnej, wzmożonej odpowiedzialności właściwej dla funkcjonariuszy publicznych.

Korzyści z rozszerzonej ochrony wynikającej z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry są dwójakie. W wypadku czynnej napaści (energiczne, intensywne, zaczepne wystąpienie sprawcy z zastosowaniem przemocy), naruszenia ich nietykalności cielesnej (uderzenie, popchnięcie, szarpnięcie za włosy, oblanie wodą) czy znieważenia czynności organów wymiaru sprawiedliwości

są podejmowane w trybie publicznoskargowym, a więc organy te mają obowiązek przeprowadzić postępowanie przygotowawcze z własnej inicjatywy oraz wnieść i popierać przed sądem akt oskarżenia. Natomiast przestępstwa zniewagi i naruszenia nietykalności cielesnej popełnione na szkodę osób, którym nie przysuguje status funkcjonariusza publicznego, są ścigane w trybie prywatnoskargowym, a więc obowiązki związane ze skierowaniem oskarżenia i popieraniem go przed sądem spoczywają na samych pokrzywdzonych, którzy też muszą wyłożyć koszty tego postępowania. Różnica między powszechną ochroną integralności cielesnej i godności a ochroną tych dóbr w przypadku funkcjonariuszy publicznych polega także na określeniu ustawowego wymiaru kary w wyższych granicach, co stanowi silniejszy element odstraszania.

Natomiast lekarze będący funkcjonariuszami publicznymi podlegają restrykcyjnej odpowiedzialności w zakresie normy karnej dotyczącej tak zwanego łapownictwa biernego, które polega na przyjęciu korzyści majątkowej lub osobistej albo jej obietnicy w związku z pełnieniem funkcji.

Objęcie ochroną prawnokarną przynależną funkcjonariuszom publicznym lekarzy, które podejmując rozmaite działania w interesie i spotykają się z tego tytułu z różnego rodzaju nieuzasadnionymi atakami, jest oczywiście w pełni uzasadnione. Pozostają do rozważenia dwa zagadnienia – czy dopuszczalna jest możliwość rejestrowania obrazu w gabinecie i poczekalni lekarskiej w celu zapobiegania zdarzeniom natury kryminalnej oraz czy ochronę właściwą dla funkcjonariuszy publicznych należałoby rozciągnąć na wszystkich lekarzy.

Nagrywanie oceniłbym jako wykroczenie przeciwko prawu do ochrony wizerunku, a w przypadku przeprowadzania badania czy wykonywania zabiegu – naruszenie prawa do intymności. Z artykułu 20 ustawy o prawach pacjenta wynika, że jakiegokolwiek próby

rejestracji wizerunku lub głosu pacjenta są wykluczone, ze względu na naruszenia jego godności. (Ograniczone stosowanie monitoringu dopuszcza Iwona Kaczorowska-Kossowska, *Monitoring w podmiotach wykonujących działalność leczniczą – bezpieczeństwo pacjentów i lekarzy, czy ingerencja w ich prawa?*, opublikowanym w wydawnictwie ABC).

Natomiast konieczne jest teraz – moim zdaniem – objęcie ochroną przynależną funkcjonariuszom wszystkich medyków, niezależnie od miejsca i podstawy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (ze środków publicznych czy własnych pacjenta), gdyż wszyscy lekarze narażeni są w równym stopniu na negatywne zachowania pacjentów. Oczywiście intencją takiej propozycji, nie jest tworzenie „kasty” osób o szczególnych uprawnieniach, ale realne zabezpieczenie lekarzy w czasach pandemii. Niestety takie postulaty – jak się wydaje – nie mają siły sprawczej, wobec braku woli politycznej decydentów i prawdopodobnego sprzeciwu suwerena. Głosów przeciwnych można się będzie spodziewać także w samym środowisku lekarskim. Przypomnę tu opinię Jacka Sobczaka (*W kwestii potrzeby ochrony praw lekarza*, „Medyczna Wokanda” 2010, wydawnictwo Naczelnej Izby Lekarskiej): Wiele aktów agresji wywołanych jest przez samych lekarzy, którzy zapominają o treści staropolskiego przysłowia, że „między Bogiem a doktorem różnica jest spora, bo Bóg się nie ma za doktora”. Daleki jestem od deprecjonowania praw pacjentów i stoję na stanowisku, że chory powinien być traktowany szczególnie, z zachowaniem empatii, zrozumienia i zwiększonej tolerancji, jako że lekarz Bogiem nie jest i nie powinien być. Jednak jest granica, której przekraczać mu nie wolno. Pojawienie się agresji, wyzwisk, poniżania, podważania wiedzy lekarza i jego kompetencji uważam za taką właśnie granicę. ●

Jerzy Ciesielski

Ograniczenia w związku z COVID-19
Rozporządzenie Rady Ministrów z **7 sierpnia 2020 r.** w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (DzU 2020 r., poz. 1356) zostało zmienione:

- rozporządzeniem Rady Ministrów z 1 września 2020 r. (DzU 2020 r., poz. 1505),
- rozporządzeniem Rady Ministrów z 4 września 2020 r. (DzU 2020 r., poz. 1535),
- rozporządzeniem Rady Ministrów z 18 września 2020 r. (DzU 2020 r., poz. 1614),
- rozporządzeniem Rady Ministrów z 25 września 2020 r. (DzU 2020 r., poz. 1654).

Choroby zakaźne

2 września 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (DzU 2020 r., poz. 1506). Rozporządzenie wprowadza przepisy regulujące:

- procedurę zakończenia izolacji,
- rozszerzenie uprawnień osób upoważnionych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do wystawiania recept lub skierowań do dokonywania w jego imieniu czynności związanych ze zwolnieniem z izolacji domowej,
- okres obowiązkowej kwarantanny osób, u których nie wystąpiły objawy choroby COVID-19.

9 września 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (DzU 2020 r., poz. 1550). Zmiany dotyczyły m.in. zlecenia przez lekarzy POZ testów RT-PCR, jednak

przestały obowiązywać 9 października 2020 r.

Izolatoria

2 września 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (DzU 2020 r., poz. 1507). Rozporządzenie zmieniło standard opieki medycznej w izolatoriach.

Potwierdzenie prawa do świadczeń

17 września 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (DzU 2020 r., poz. 1516).

OWU o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

9 września 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 4 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (DzU 2020 r., poz. 1516). Zmiany dotyczą m.in.:

- zmiany miejsca udzielania świadczeń,
- przerwy w udzielaniu świadczeń,
- zmian formalno-prawnych działalności prowadzonej przez świadczeniodawcę,
- przeszkód w wykonaniu umowy.

NFZ

9 września 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 września 2020 r. w sprawie kosztów, których wysokość nie jest zależna od parametrów wskazanych w art. 118 ust. 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU 2020 r., poz. 1549).

11 września 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia

z 3 września 2020 r. w sprawie wykażu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (DzU 2020 r., poz. 1556).

11 września 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 3 września 2020 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju (DzU 2020 r., poz. 1557).

16 września 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (DzU 2020 r., poz. 1586).

Specjalizacje lekarskie

1 września 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (DzU 2020 r., poz. 1566).

Ze względu na zakres zmian zostaną one omówione w osobnym materiale w kolejnych numerach Panaceum. Z nowości można wskazać możliwość zmiany miejsca odbywania szkolenia przed jego rozpoczęciem.

Świadczenia gwarantowane

25 września 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (DzU 2020 r., poz. 1641).

Leczenie uzdrowiskowe

28 września 2020 r. w Dzienniku Ustaw pod poz. 1662 ogłoszono jednolity tekst ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych. ●

Jarostaw Klimek
radca prawny

Maria Teresa Nowakowska

Od dziecka wiedziała, że trzeba pomagać ludziom. Potem chciała zostać lekarzem, ale droga do tego zawodu okazała się długa i niełatwa. Dopiero po wielu latach, gdy już została medykiem, przekonała się, że to zawód niezwykle ciężki i odpowiedzialny. Jednak na inny z pewnością by go nie zamieniła. Całe swoje dorosłe życie związała z Drzewicą, niewielkim miastem na krańcach woj. łódzkiego. I tego nie żałuje.

Pochodzi z Kresów. Na świat przychodzi w 1934 r. w Bielskiej Woli na Wołyniu w rodzinie policjanta Stanisława Zybura i Marii Kazimiery. Gdy wybuchła wojna, ojciec staje w obronie ojczyzny i dostaje się do niemieckiej niewoli. Po jakimś czasie wraca ze stalagu w Prusach do żony i dwóch córek, które są w Warszawie. Na początku 1940 r. dzięki matce, niezwykle odważnej kobiecie, jak wspomina Maria Teresa, uciekają przez zieloną granicę, by uniknąć wywózki na Sybir. Potem ojciec bierze udział w Powstaniu Warszawskim i po kapitulacji trafia do obozu w Oranienburgu. Na dworcu kolejowym dziesięcioletnia córka widzi go po raz ostatni. Udaje mu się jeszcze przekazać żonie lakoniczny list: „Pamiętaj, nie zmarnuj dzieci!”. Te słowa ojca Maria Teresa pamięta do dziś.

Po wojnie matka z córkami przebywa jakiś czas w Poznańskim i oczekuje na powrót męża, potem przenosi się do Zwolenia, gdzie mieszka jej siostra. Tu Maria Teresa wkracza w dorosłe życie i przy okazji poznaje smak nowych czasów. Kilkakrotnie usiłuje dostać się na studia medyczne, ale z powodu AK-owskiej przeszłości ojca jest to niemożliwe. W końcu rozpoczyna studia na weterynarii, by po roku przenieść się na wymarzoną medycynę w lubelskiej Akademii Medycznej.

Młodzięcza miłość z czasów gimnazjum w Zwoleniu kończy się w 1957 r. ślubem z Witoldem Nowakowskim. Gdy cztery lata później mąż dostaje pracę w opoczyńskim szpitalu, a także mieszkanie, co w tamtych czasach było czymś wyjątkowym, zamieszkują

w pobliskiej Drzewicy. Ona po skończonych studiach z medycyny przemysłowej prowadzi przychodnię zakładową przy „Gerlachu”, a po jej likwidacji kieruje ośrodkiem zdrowia.

Leczenie ludzi i pomaganie pacjentom pochłania jej sporo czasu, ale znajduje go jeszcze na pracę społeczną. Jej wysiłki doceniają mieszkańcy Drzewicy i w 1978 r. obdarzają ją mandatem radnej Rady Gminy i Miasta. To olbrzymie wyróżnienie – 6 czerwca 1990 r. zostaje przewodniczącą Rady i funkcję tę sprawuje przez sześć kadencji. Jest wśród tych, którzy przyspieszają rozwój miasteczka. W lokalnej prasie nazywają ją „Judymem naszych czasów”, niestrudzonego lekarzem i społecznikiem wielkiego formatu. Podkreślają jej niezwykłą cierpliwość, życzliwość i zrozumienie dla ludzi, a także niesamowitą empatię.

Gdy zostaje przewodniczącą Rady, najważniejszym zadaniem jest wybudowanie nowej szkoły, „bo były tylko fundamenty”, dokończenie wielu innych inwestycji, choćby Ośrodka Zdrowia w Radzicach, trzeba remontować strażackie strażnice. Ludzie czekają też na telefonizację, wodociągi, kanalizację. A środków jest jak na lekarstwo i bezustannie trzeba dokonywać wyborów. Stawia na rzetelność, dokładność, prawdomówność i dotrzymywanie słowa. To jest jej recepta na dobrą robotę w samorządzie.

Lata dziewięćdziesiąte są trudne także z powodu polskiej transformacji. Z entuzjazmem podchodzi do reformy samorządowej: „Była bardzo potrzebna. Samorządy dostały wolną rękę i teraz mogą robić, co uważają za słuszne. Nikt z góry niczego nie narzuca. W Radzie trzeba wybrać rzeczy najważniejsze dla gminy”.

Drzewicę nazywa swoim drugim miejscem urodzenia. Przez te kilkadziesiąt lat życia w tej miejscowości z satysfakcją odnotowuje ciągłe zmiany na lepsze. Ma w nich także swój skromny udział. Najbardziej jednak cieszą ją ludzie, którzy z odległych

rejonów Polski, a nawet z innych krajów przyjeżdżają do swojej „małej ojczyzny”. Doktor Maria Teresa Nowakowska właśnie z myślą o Drzewicy i ludziach w niej zakochanych zaproponowała przed laty utworzenie Towarzystwa Przyjaciół Drzewicy. Na taki pomysł wpadła za dziecięcą lekturą „Ani z Zielonego Wzgórza”. Doktor od lat wspiera także miejscową OSP i ludzi chorych na cukrzycę.

Kilka lat temu Doktor Nowakowska przeszła na zasłużoną emeryturę, ale gdy ktoś potrzebuje pomocy – nigdy jej nie odmawia, podobnie zresztą jak jej mąż, także emerytowany medyk. Małżonkowie dochowali się trójki dzieci, spośród których jeden z synów jest lekarzem w Opocznie, drugi zaś informatykiem, córka zaś – filozofem. Wiadć tradycje rodzinne są u Nowakowskich kultywowane, bo i wnuk także jest już medykiem.

– Co uważam za swój największy życiowy sukces? Chyba to, że mimo tylu przeciwności losu zostałam lekarzem. A przecież w czasach, gdy rozpoczynałam pracę zawodową, wszystko było zupełnie inne, nie było przecież takiej aparatury diagnostycznej jak dziś, nowoczesnych metod leczenia, komputerów. Wszystko się pozmieniało. Choć wówczas żyło się skromniej i niejednokrotnie do pacjenta wędrowałam połą drogą w gumowcach, bo przecież nie było takich samochodów jak dziś i telefonów komórkowych – to jednak nie brakowało nam entuzjazmu i serdeczności w pracy.

Doktor M.T. Nowakowska uhonorowana została wieloma odznaczeniami, m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem „Za Zasługi dla Służby Zdrowia” i Złotym Medalem „Za Zasługi dla Pożarnictwa”, ale chyba największą satysfakcję sprawia jej tytuł Honorowego Obywatela Miasta i Gminy Drzewica, przyznany w roku 2015. ●

Ryszard Poradowski

portrety
niepospolitych
medyków



Kolekcjoner to szczęśliwy szaleniec

Kolekcjonerzy to ludzie szczęśliwi – mawiał Goethe. Doktor Piotr Anuszczyk z Rawy Mazowieckiej, którego wspaniałe zbiory starych monet, medali, grafik i książek eksponowane są od niedawna w Muzeum Ziemi Rawskiej, dodaje, że kolekcjoner to szczęśliwy szaleniec.

wystawa

Dlaczego zatem prowokacyjny szaleniec w nazwie tej pięknej ekspozycji? Ponieważ zbieranie przez ponad pół wieku różnorodnych staroci, tropienie ich właściwie na całym świecie i wydawanie na nie sporych pieniędzy – przez wielu traktowane jest jako szaleństwo. Doktor, oczywiście, nie zgadza się z takim poglądem, bo dla niego kolekcjonerstwo stało się piękną przygodą życia.

A zaczęło się wszystko niewinnie. Miał chyba 9 czy 10 lat, gdy wybrał się na jagody do lasu w okolicy Zgierza. W pewnej chwili na ścieżce znalazł monetę. Jak się później okazało, było to 10 groszy z 1842 r., z czasów Królestwa Polskiego. Ta moneta do dzisiaj jest w jego zbiorach.

– Do tego, by poznać dzieje monet, potrzebne są książki i zacząłem je zbierać. A że stare książki wypełnione były pięknymi grafikami, zafascynowały mnie te wspaniałe dzieła sztuki i zacząłem je także kolekcjonować – mówi P. Anuszczyk.

Miedzioryty, książki i numizmaty – to trzy działy kolekcjonerstwa Doktora. A wszystko z XVII–XVIII wieku lub związane z tym okresem. Czasy szwedzkiego potopu i późniejsze wojny to okres bardzo ważny w dziejach Polski, pełen tragizmu. Nie dość, że zginęło wielu Polaków, bo Szwedzi najwyczajniej mordowali naszych rodaków,

to jeszcze dokonali jednego z największych rabunków w dziejach Polski. Potężnymi wozami bojowymi wywozili nasze skarby narodowe. To między innymi pod Rawą doszło do bitwy i pokonania kilku tysięcy Szwedów, którzy eskortowali wozy wypełnione zrabowanymi łupami.

Z królem szwedzkim w zdobywaniu polskich miast uczestniczyli też inżynierowie i rysownicy, którzy rysowali Warszawę, Piotrków czy Łowicz, a często i toczono bitwy. To rodzaj dzisiejszych znakomitych fotografii i reportaży wojennych. Doktor zgromadził np. piękne miedzioryty wykonane według szkiców Eryka Dahlberga, zadziwiające do dziś wielką precyzją i oryginalnością. Niektóre z nich, np. przedstawiające miasto Nyborg na duńskiej wyspie Fionii urzekają wspaniałymi kolorami. Podobnie fascynuje widok Gdańska z roku 1617 – miedzioryt kolorowany w epocze, wykonany przez Petera van de Aa w Lejdzie ok. 1700 r.

O każdym z tych cudownych miedziorytów Doktor może opowiadać godzinami, snując opowieść nie tylko o autorze miedziorytu, ale i o epocze. Tak samo opowiada o serii miedziorytów przedstawiających portrety, królów czy ówczesnych wodzów Europy, np. naszego króla Sobieskiego.

Wśród bibliofilskich eksponatów ze zbiorów Doktora znajdują się też cenne wydania „Pamiętników” z czasów Jana Kazimierza, Michała Korybuta i Jana III Chryzostoma Paska, związanego z regionem rawskim. W gablocie można zobaczyć bardzo rzadki egzemplarz pierwszego wydania z 1836 r., a także egzemplarz z późniejszego wydania tzw. wileńskiego (1843), z pieczęcią informującą, że książka znajdowała się w bibliotece szkolnej Państwowego Gimnazjum im. Marcina Wadowity w Wadowicach. Tę właśnie

wspomnianą szkołę w 1938 r. ukończył jako prymus sam późniejszy święty Jan Paweł II. – Wszystko wskazuje na to, że książkę czytał młody Karol Wojtyła.

Jak przystało na rawianina (przez kilkadziesiąt lat pracował jako chirurg m.in. w Rawie, tutaj też mieszka), kolekcjoner prezentuje przy okazji oryginalne monety tutejszych książąt, m.in. Siemowita III Mazowieckiego czy Siemowita IV Mazowieckiego (XIV–XV w.), o których można poczytać w znakomicie wydanym katalogu do wystawy. Na wystawie są też eksponaty związane z historią medycyny, m.in. ręcznie napisany kaligraficznym pismem modelitewnik egzorcyisty z konwentu rawskiego reformatów.

Jak dziś zdobywa się takie kolekcjonerskie okazy? P. Anuszczyk od lat śledzi najważniejsze giełdy w Polsce i za granicą, w czym niezwykle pomocny jest Internet. Na jednej z akcji wystawiono monetę z czasów Zygmunta Starożytnego, którą sprzedano za prawie 370 tysięcy złotych. – To obnaża swoiste szaleństwo! – kwituje P. Anuszczyk.

– Co sprawiło mi największą satysfakcję? Zawsze, gdy udaje się zdobyć coś, na co poluje się latami – jest radość i olbrzymia satysfakcja. Tak było na przykład z pięknymi miedziorytami utalentowanego litografa Jana Nepomucena Lewickiego wykonanymi do „Pamiętników” Paska wydanych w Paryżu. Tych miedziorytów jest dziś w Polsce zaledwie kilka.

Doktor od niedawna jest już na emeryturze. Wystawę w rawskim muzeum przygotowywał kilka lat. Choć wzbudza ona duże zainteresowanie, co potwierdza dyrektor Muzeum dr Marcin Broniarczyk, P. Anuszczyk żyje raczej swoimi sprawami, nadal tropiąc kolejne artefakty do swojej kolekcji. ●

Ryszard Poradowski

Zbiory dr. P. Anuszczyka są imponujące



Gdy „katary” szaleją, doktorzy obwieszczenia piszą. Odcinek 1.

Choroba epidemiczna nie tylko w mieście Warszawie, ale i w całej prawie Polsce od początku miesiąca marca panować zaczęła i dotąd coraz bardziej szerzyć się zdaje, powodując baczność troskliwego Rządu o ocalenie zdrowia Ludu.

COVID? – myślicie. Nie, nie o COVID tu chodzi, ale o – jak ją w XVIII w. nazywano – *chorobę kataralną epidemiczną*, w XIX w. zwaną z włoska influencją, a w XX w. po prostu grypą.

Ale jak ją zwał, tak zwał, faktem jest, że gdy 5 kwietnia 1788 r. w „Gazecie Warszawskiej” ukazało się Obwieszczenie Rządu na temat szalejącej od marca epidemii „katarów”, wzbudziło to wielki popłoch i lęk. Oczywiście u tych, co czytać potrafili i w ogóle po gazety sięgali. Reszta natomiast ludu pracującego miast i wsi zwyczajnie wycierała w rękaw zamaskowane nosy, kastała na prawo i lewo, a jak choróbsko bardziej zmoęło, kładła się do łóżka w gorączkowej malignie, posilkując się, co natura dała.

Na początku objawów kataralnych (czyli infekcyjnych) rzadko doktorów pospółstwo wzywało, mimo że – jak straszyla prasa – *zaniedbanie w początkach może w śmiertelną wprawić chorobę, owszem wielu już o śmierć przypawiło*. Bliższych jednak szczegółów, co do śmiertelności, publicznie nie podawano. No cóż, zupełnie inaczej niż dziś, więc widać, że statystyka i komunikacja od tamtego czasu zrobiły postęp.

Widocznie jednak spostrzeżenie światłych doktorów, leczących co najmniej warstwy ludności, że przy zaniedbaniu odpowiedniego leczenia *choroba kataralna epidemiczna* może być śmiertelną i szybko się szerzy, wzbudziło niepokój Rządu Rzeczypospolitej – króla oraz Rady Nieustającej, skoro zdecydowano się opublikować w prasie rzeczne Obwieszczenie.

Jego autorami byli, znani wówczas szerzej w Warszawie, trzej lekarze: Jan Boeckler, Walenty Gagatkiewicz i Jan Paweł Rewel, związani z czynnikami rządowymi. Idea, jaka im przyswiecała

w ułożeniu treści Obwieszczenia, była skądinąd słuszna. Chodziło im o to, by nie tylko wskazać na problem epidemiologiczny, ale też podać ludowi właściwe reguły zachowania i sposoby leczenia. Podanie do publicznej wiadomości porad profilaktyczno-leczniczych stanowiło więc substytut opieki lekarskiej, podobnie jak licznie wówczas wydawane domowe poradniki medyczne.

Autorzy Obwieszczenia skoncentrowali się więc w nim przede wszystkim na objawach choroby – by można było dokonać samodiagnozy oraz leczenia. Choć podali uspokajająco, iż *choroba po większej części niebezpieczną nie jest*, to – jak podkreślili – *wymagała właściwego sobie starania i przyzwoitego w niejże zachowania się*. Celem tych właściwych starań miało być skrócenie czasu trwania choroby oraz zapobieganie powikłaniom, *ażby się niebezpieczną nie stała, co się częstokroć przytrafia*.

Biorąc pod uwagę objawy, rozróżnili lekki i ciężki przebieg choroby i stosownie do tego zaproponowali postępowanie. Lekka postać charakteryzowała się występowaniem objawów ogólnych: złego samopoczucia, bólu głowy, bólu mięśni oraz ze strony dróg oddechowych: kataru, bólu gardła, suchego kaszlu. Ciężka postać miała się objawiać wysoką gorączką, dusznością, znacznym osłabieniem i wiktacją zapaleniem płuc.

Prostym sposobem pozbycia się objawów w postaci lekkiej miało być pozostanie przez kilka dni w domu, przebywanie w umiarkowanej temperaturze otoczenia, niespożywanie mięsa i alkoholu. Zakaz ten wiązał się z panującym wówczas przekonaniem, że prowadzą one do szkodliwego nadmiaru krwi w organizmie, który to stan

wymagał dokonania jej upustu. Jako leczenie zaproponowano herbaty sporządzone z kwiatu Bzowego, Lipowego, Makowego, Dziewanny, ziela bluszczu, ślazu lub Weroniki (czyli przetacznika), *śłodząc te napoje zamiast cukru miodem, lub białym lub żółtym*. Celem leczenia wymienionymi roślinami było *prędkie humorów rozwolnienie*, usunięcie flegmy oraz wypocenie się, *co między trzecim i piątym dniem, tym sposobem się zachowując, nastąpi i koniec choroby uczyni*. Jak widać, u podłoża tych zaleceń leżała wciąż wówczas aktualna humoralna teoria patogenezy chorób.

W przypadku występowania bólów głowy i gorączki lekarze zalecili też moczenie codziennie wieczorem nóg, aż do kolan, w *wodzie miernie ciepłej* i zażywanie kilka razy na dzień po tyżeczce od kawy lub *na spory koniec noża* specjalnie przyrządzonego konfektu. Przepis na konfekt podano następująco: *Wziąć powideł Bzowych łótów osiem, soli polychrestowej albo Glaubera łót jeden, saletry oczyszczonej ćwierć łota, razem to wszystko dobrze zmieszać i używać, jakośmy namienili. Jeżeli przy bliskości Apteki można dostać Miodku Oximel Simplex nazwanego, dobrze będzie tegoż miodku przymieszać cztery łoty do pomienionego konfektu. Tym sposobem choroba w kilku dniach się zakończy, zostawiając jeszcze po sobie nieco kataru w stopniu coraz lżejszym*.

Potężenie napotnych i moczopędnych właściwości bzu z przeczyszczającymi właściwościami soli miało na celu usunięcie z organizmu szkodliwej materii, której nagromadzenie – jak uważano – było przyczyną choroby.

Cdn. ●

Bogumiła Kempieńska-Mirostawska

podróże
w czasie
i przestrzeni

Doktor medycyny Mabiki Mong – chirurg z Głowna



Mabiki Mong przyjechał z Kongo do Polski w roku 1970. Stało się to dzięki pomocy polskiego lekarza, który zaprzyjaźnił się w Afryce z jego ojcem. Początki swego pobytu w naszym kraju wspominał jako trudne. Pierwszy rok to nauka w Studium Języka Polskiego. Po roku nauki w łódzkim Studium, Mabiki Mong podjął naukę w Akademii Medycznej w Łodzi na Wydziale Lekarskim.

Po uzyskaniu dyplomu lekarza rozpoczął staż w Szpitalu Wojewódzkim w Płocku, a po jego zakończeniu wyjechał do Berlina Zachodniego, gdzie ukończył studia doktoranckie i uzyskał specjalizację z chirurgii. Pomimo licznych propozycji pracy w Niemczech, jak również w Stanach Zjednoczonych, powrócił do Łodzi.

W połowie lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku Mabiki przeczytał w gazecie ogłoszenie, że szpital w Głownie zatrudni lekarza chirurga. Niewiele zastanawiając się, wszedł do autobusu i przyjechał do Głowna.

Spodobało mu się to niewielkie miasto. Zatrudnił się w szpitalu, który był świeżo po rozbudowie i remoncie.

Tak się rozpoczęła, trwająca trzydzieści pięć lat, jego przygoda z głowieńską chirurgią.

Polskie obywatelstwo, z którego był bardzo dumny, otrzymał w roku 2004. Uroczystość zorganizowano w Urzędzie Miasta Łodzi.

W roku 2005, w jednym z wywiadów dla łódzkiego „Expressu Ilustrowanego” powiedział:

Przez te wszystkie lata nasiąkłem polską kulturą i tradycjami do tego stopnia, że nie wyobrażałem sobie życia gdzie indziej niż w Polsce. Kocham ten kraj i nie zamieniłbym go na żaden inny. Tęsknię za swoją rodziną z Afryki, jedyne co mi pozostaje, to zdjęcia, listy i moje rzadkie odowiedziny w Kongo.

Ze swojej trzydziestopięcioletniej pracy lekarskiej w Głownie, dr Mabiki wspominał różne sytuacje, niektóre śmieją się do dziś, ale są i takie które świadczą o tym, że jego praca była

doceniana przez środowisko miejscowych lekarzy, jak również przez jego pacjentów.

W Polsce doczekał się dzieci i wnuków.

Doktor Dariusz Sobierajczyk, który znał Mabikiego od kilkudziesięciu lat, mówi o nim:

To był bardzo dobry człowiek, inteligentny, biegle władający kilkoma językami, ciepły w podejściu do wszystkich. Był od lat wrośnięty w pejzaż Głowna. Płynnie mówił i pisał po polsku, w języku suahili, francusku i niemiecku, nieco słabiej po angielsku.

Doktor Mabiki Mong zmarł 19 sierpnia 2020 r., dwa miesiące przed siedemdziesiątą rocznicą urodzin. Pokonała go choroba nowotworowa. Został pochowany na cmentarzu parafialnym w Głownie. ●

W imieniu wszystkich współpracowników Szpitala w Głownie Grupa Zdrowie Sp. z o.o.,

dr n. med. Karol Koszada



W dniu 4 września br. dotarła do nas smutna wiadomość o śmierci w wieku 98 lat dr n. med. **Zofii Gundlach-Pszenickiej**, lekarza pediatry, organizatora służby zdrowia i nauczyciela wielu pokoleń lekarzy – pediatrów na terenie Łodzi. W swojej długiej karierze zawodowej dr Z. Gundlach-Pszenicka była sekretarzem, a następnie przewodniczącą Oddziału Łódzkiego Towarzystwa Pediatrycznego, a w latach późniejszych członkiem Komisji Rewizyjnej Zarządu Głównego PTP w Warszawie.

Zofia Pszenicka urodziła się 24 listopada 1922 r. w Warszawie, gdzie ukończyła szkołę powszechną (podstawową) i Gimnazjum Państwowe im. Królowej Jadwigi, gdzie w przeddzień wybuchu II wojny światowej zdała małą maturę. Po wybuchu wojny kontynuowała naukę w okupowanej stolicy na tajnych kompletach, uzyskując w roku 1941 świadectwo dojrzałości

w liceum matematyczno-przyrodniczym im. Królowej Jadwigi. Po uzyskaniu matury, jesienią w roku 1941 rozpoczęła studia medyczne na tajnych kompletach Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Od lutego 1942 r. kontynuowała studia w Szkole Pomocniczego Personelu Medycznego docenta Jana Zaorskiego. Równolegle kształciła się na tajnych kompletach Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego.

W trakcie Powstania Warszawskiego była sanitariuszką Armii Krajowej o pseudonimie „Zoja”. Samodzielnie zorganizowała punkt medyczny na Mokotowie. Po upadku Powstania wyszła wraz z grupą rannych do Milanówka. Następnie przeniosła się do Krakowa, gdzie kontynuowała studia na Uniwersytecie Ziemi Zachodnich. W marcu 1945 r. przeniosła się do Poznania, gdzie ukończyła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Adama

Mickiewicza. W kwietniu 1946 r. uzyskała tam dyplom lekarza medycyny.

Po ukończeniu studiów przeprowadziła się do Łodzi i podjęła pracę w Instytucie Medycyny Sądowej, równolegle pracując jako wolontariusz w Klinice Pediatrycznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Łódzkiego w Szpitalu Anny Marii (obecnie im. Janusza Korczaka). Dzięki temu rozpoczęła specjalizację pediatryczną. Po trzech latach wolontariatu uzyskała etat starszego asystenta. W 1951 r. obroniła pracę doktorską pod tytułem *Badanie zjawisk nasilania i „gaszenia” odczynów tuberkulinowych za pomocą sulfathiazolu i witaminy B1*, uzyskując tytuł doktora medycyny. Jednocześnie zdała egzamin i uzyskała drugi stopień specjalizacji w zakresie pediatrii.

W 1952 r. wyszła za mąż za Władysława Gundlacha, profesora Politechniki Łódzkiej, z którym przeżyła 55 lat, stanowiąc szczęśliwe i wzajemnie

Katarzyna Wołosz-Stanisławska

10 lipca 2020 r. w wypadku samochodowym zginęła tragicznie wraz z mężem nasza Koleżanka Katarzyna Wołosz-Stanisławska, lekarz Pododdziału Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu. Ich nagła śmierć pogрузzyła nas w ból i smutku po stracie, której nigdy nie będziemy w stanie wypełnić. Kasia urodziła się 2 sierpnia 1985 r. W 2010 r. skończyła Wydział Wojskowo-Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Całe swoje dalsze życie zawodowe związała ze szpitalem w Zgierzu – najpierw staż podyplomowy, następnie rezydentura w dziedzinie chorób wewnętrznych, w końcu etat starszego asystenta w Pododdziale Kardiologicznym. W kwietniu 2017 r., po zdaniu egzaminu uzyskała stopień specjalisty chorób wewnętrznych. W tym samym roku rozpoczęła specjalizację z kardiologii, której, ze względu na tragiczne okoliczności, nie udało jej się ukończyć. A zabrakło tylko zdanego egzaminu... W czasie

swojej pracy Kasia dała się poznać jako osoba otwarta, wesoła i koleżeńską. Wszyscy pamiętamy i wspominamy Jej radosny śmiech w pokoju lekarskim. Zawsze można było na Nią liczyć w różnych sytuacjach życiowych. Była wrażliwa na cierpienie drugiego człowieka, cierpliwa, zawsze pomocna. Nauka sprawiała jej wielką przyjemność. Chętnie poszerzała swoją wiedzę, uczestnicząc w zjazdach, konferencjach, sympozjach i kursach oraz korzystając z doświadczeń swoich starszych koleżanek i kolegów. Swoją wiedzę i doświadczeniem zawsze chętnie dzieliła się z młodszymi lekarzami. Szczególnie zainteresowana była echokardiografią, zwłaszcza przezprętykową. Jej zainteresowania to również organizacja ochrony zdrowia, stąd skończone w 2011 r. studia podyplomowe z zarządzania służbą zdrowia i technik medycznych.

Większość z nas utrzymywała z Kasią bliskie kontakty towarzyskie. Niedawno wyszła za mąż za Bartka,

byliśmy na Ich ślubie w październiku 2018 r. Wszyscy bardzo się cieszyliśmy gdy w marcu tego roku na świat przyszła Ich ukochana córeczka Aurelia, która zawsze będzie nam, o Tobie, Kasiu, przypominać. Poznaliśmy Jej rodziców i już wiedzieliśmy, po kim była tak wspaniałym człowiekiem. Wydawało się, że wszystko tak dobrze się układa, Kasia z Bartkiem mieli praktycznie wszystko, a jednocześnie byli dopiero na początku swojego wspólnego życia... Tak wiele jeszcze mogli osiągnąć; Ty, Kasiu, na pewno wiele osiągnęła-byś w medycynie, zwłaszcza w kardiologii. Niestety okrutny los zakpił sobie z nas wszystkich w ten straszny wieczór 10 lipca 2020 r., dzień ten zapamiętamy na zawsze... Pozostaje tylko smutek i ból, który po sobie zostawił oraz wspomnienia wspólnie spędzonych chwil. Było zaszczytem znać Cię, Kasiu i z Tobą pracować. Żegnaj.

Koleżanki i koledzy z Pododdziału
Kardiologicznego



wspierające się małżeństwo. W 1954 r. urodziła syna Marcina.

W trakcie dalszej pracy zawodowej była kolejno dyrektorem ordynatorem Szpitala im. St. Popowskiego (1953–1958), dyrektorem ordynatorem Szpitala im. J. Korczaka (1959–1965), adiunktem w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia Akademii Medycznej w Łodzi (1966–1967), dyrektorem Przychodni Wielospecjalistycznej m. Łodzi (1968), dyrektorem Ośrodka Matki i Dziecka m. Łodzi (1969–1975), a po jego likwidacji ordynatorem i naczelnym lekarzem Szpitala im. J. Korczaka (1976–1978).

W roku 1978 przeszła na emeryturę. Nie zrezygnowała jednak z aktywności zawodowej i społecznej. Prowadziła wykłady z zakresu higieny i rozwoju dziecka na trzech wydziałach Uniwersytetu Łódzkiego. Była również współorganizatorem Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łodzi, pełniąc funkcję sekretarza Zarządu i współdziałając

w prowadzeniu Sekcji Biologicznej. W latach osiemdziesiątych została zaangażowana jako konsultant przy organizacji pediatrii w nowo budującym się szpitalu Centrum Zdrowia Matki Polki.

Była członkiem wielu towarzystw naukowych i organizacji społecznych, jak Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Towarzystwo Medycyny Społecznej, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci, gdzie w Oddziale Łódzkim pełniła funkcję przewodniczącej Komisji Zdrowia Dziecka oraz członka Komisji Kwalifikacyjnej w Ośrodku Adopcji. Pełniła funkcje zastępcy Rzecznika Dobra Służby Zdrowia, Specjalisty Wojewódzkiego ds. pediatrii, członka Rady Naukowej Instytutu Pediatrii AM w Łodzi i Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

Za dokonania zawodowe i pracę społeczną została odznaczona m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, medalem Zasłużony Nauczyciel

Lekarzy oraz Warszawskim Krzyżem Powstańcym.

Dr Zofię Gundlach-Pszenicką pożegnali syn Marcin z żoną Krystyną, dwóch wnuków – Michał z żoną Magdaleną oraz Jan z żoną Martą oraz trójka prawnucząt – Robert, Alicja i Hubert oraz liczne grono znajomych.

Marcin Gundlach

Składamy najszczerze wyrazy współczucia
wieloletniej działaczce samorządu lekarskiego,

dr Elżbiecie Figas-Kubicy

z powodu śmierci brata

Prezes ORL *Paweł Czekalski*
wraz z Okręgową Radą Lekarską

Małgorzata Lindorf
wraz z Komisją Stomatologiczną oraz Komisją ds. Parktyk

Zbigniew Kijas z Komisją Budżetową
Irena Elerowska z Komisją ds. Rejestru

Maseczki i nosy

drobne
przyjemności



Wpółtrwamy z pandemią już ponad pół roku. Otoczeni dezinformacją na wszystkich szczeblach. Nie wiemy, co dzieje się na oddziałach covidowych, gdyż pracownicy mają zakaz rozmowy z mediami pod groźbą zwolnienia z pracy.

Paweł Reszka, wybitny reporter posługujący się dziennikarstwem wcieleńniowym, na obwołucie swojej książki pt. „Stan krytyczny; za kulisami walki z zarazą” zamieścił następujący tekst: *Wszystko działało na zasadzie pospolitego ruszenia. Społeczeństwo szyjące maseczki, knajpy podrzucające jedzenie do szpitali. Kombinezony lakiernicze, które podarował warsztat. Maski gazowe typu „słoń”, dostarczone przez wojsko. Zygmunt, młody lekarz, mówi: z czym my, k... na tę wojnę idziemy?!*

Tak było wiosną. W październiku wszystkie powyższe stwierdzenia są już nieaktualne. Dezinformacja przy indywidualnym zakupie maseczek. Najczęściej (głównie przy tych tańszych) nie ma instrukcji, czy „sprzęt” jest jedno-, dwu- czy więcej-razowy. Biorąc pod uwagę tandetny maseczkowy materiał – może zero-razowy?

Brak informacji na klatkach schodowych bloków (gdzie mieszka większość seniorów), na jakie numery należy telefonować do sanepidu „w razie czego”. No i co z tego, że ta wiedza warta jest tu i ówdzie (rzadko) w gazecie i Internecie?!

Pełna dezinformacja dotycząca możliwości zdobycia szczepionki przeciw grypie towarzysząca uprzedniej głosnej akcji zachęcania (szczególnie seniorów) do szczepień.

Natomiast doskonale znana jest informacja, że gdy „zabierają” kogoś z zaważanym peselem oraz kłopotami z ciśnieniem i poziomem cukru we krwi, to ów ktoś „na bank” nie spotka się już z nikim z bliskich po tej stronie życia i w samotności odejdzie. Odejście nazajutrz zostanie dodane arytmetycznie do innych odejść. Tak śmierć w czasie pandemii zmienia się w statystykę.

Paweł Reszka, we wspomnianej wyżej książce, stwierdza: [...] wszyscy byli przekonani, że trzeba dokumentować to, co działo się za zamkniętymi drzwiami szpitali.

– *Musisz to opisać. Ludzie pomyślą, że było tak fajnie, jak opowiadał minister w telewizji,*

– *A jak było?*

– *System trzyma się na ofiarności zwykłych ludzi, poświęceniu medyków,*

– *A państwo?*

– *Nie ma żadnego państwa.*

No, ale przecież to nieprawda. Właśnie państwo na świeżo wydało instrukcję, że maseczki należy nosić od chwili wyjścia z domu do chwili powrotu. I że policja będzie to kontrolować. Dlaczego dopiero teraz?! Kiedy już dziesiątki niczym nieostonowanych nosów przez tygodnie i miesiące

w autobusach i tramwajach częstowały w niepoahamowany sposób hipotetyczną zarazą współpodróżnych?

Natychmiast po wejściu do pojazdu MPK wzrok osoby podróżującej zaatakowany jest dziesiątkami równoległych lub przecinających się – na poziomie miejsc siedzących lub stojących – linii grzbietowych gołych nosów, tworzących nieapetyczne profile. I choćby się tego czy innego „nosacza” poprosiło o wsunięcie organu węchowego w maseczkę – i tak ostatecznie człowiek pozostaje w lęku bezradny.

Jak ongiś Gombrowicz na bałtyckiej plaży, który chciał mnóstwo żuczki, przewróconych przez fale na grzbiet i machających rozpaczliwie odnóżami, odwrócić na brzuszki, umożliwiając owadom chodzenie, ale uznał niestety, że tysiące to zbyt dużo.

Nosy osób noszących maseczki tylko na otworach gębowych (a więc bez sensu lub z sensem przypisanym antycovidowcom, antyszczepionkowcom lub płaskoziemcom) tworzą w środkach lokomocji antypatyczną, idiotyczną wręcz „instalację” będącą rezerwuaem materiału zakaźnego. Trwające go (na krótki okres!) przy właścicielach. Póki co.

Tak więc wszystkie (drobne?) przyjemności pozostają udziałem podróżujących własnymi samochodami... ●

Krystyna Borysewicz-Charzyńska

Kulturalna jesień w OIL

Pandemia wyłącza nas z życia kulturalnego, ale mamy dobre wieści! Komisja Kultury OIL zorganizuje ważne wydarzenia z kalendarza OIL. W listopadzie zaplanowano koncert zaduszkowy Pro Memoriam, wspominający lekarzy, którzy odeszli na wieczny dyżur w tym roku. Forma koncertu będzie niespodzianką, a o szczegółach poinformujemy niebawem na stronie www.oil.lodz.pl oraz na izbowym Facebooku.

Nowy wymiar zyska również Wieczór Nalewek, który w tym roku będzie Konkursem Nalepek – tak, to nie „literówka”. Lekarze biorący udział co roku w konkursie nalewek, zwracają szczególną uwagę na autorskie etykiety, Komisja Kultury zatem postanowiła w tym roku pochylić się nad tym rodzajem twórczości. Szczegóły również będziemy publikować w mediach elektronicznych.

Wieczór andrzejkowy póki co zostanie niespodzianką, ale warto pamiętać o tym wydarzeniu, oczywiście zgodnie z tradycją, pod koniec listopada.

Przypominamy, że trwa nabór zgłoszeń konkursowych do Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego, opartego hasłem „Wiatrem pisane”, organizowanego przez Literacką Grupę Nieformalną. Na prace czekamy do 15 marca 2021. ● ADT

Natura pomaga wydobyć piękno

Laureatem tegorocznej wystawy fotograficznej został dr n. med. Michał Seneczko. Jury doceniło nie tylko kunszt fotograficzny, ale także nietypową formę zdjęć, które prezentowane są na naturalnych materiałach, m.in. na korze, liściach i ptasich piórach.

„PANACEUM”: Serdecznie gratuluję zwycięstwa w tegorocznej wystawie. Sukces jest tym większy, że po raz pierwszy zgłosił się Pan do konkursu.

DR N. MED. MICHAŁ SENECKO: – Bardzo dziękuję. Wiem, że to może zabrzmieć banalnie, ale ja się naprawdę nie spodziewałem wygranej. Oczywiście, każdy kto zgłasza się do jakiegokolwiek konkursu, po cichu liczy choćby na wyróżnienie, ale widziałem inne nagrodzone prace i uważam, że konkurencja była silna. Jestem zauroczony serią zdjęć pelikanów.

– Kiedy zaczęła się Pana przygoda z fotografią?

– Interesuję się fotografią „od zawsze”, już w szkole podstawowej eksperymentowałem ze zdjęciami, oczywiście na innym sprzęcie i mając inne możliwości. W dorosłym życiu do pewnego momentu robiłem zdjęcia „do szuflady”, aż w końcu żona zmotywowała mnie do organizacji pierwszej wystawy. To był rok 2015 i od tego czasu co roku udaje mi się prezentować moje prace szerszej publiczności.

– Na wystawę „Mój świat...” zgłosił Pan zdjęcia przyrodnicze – to główny obszar Pańskich zainteresowań?

– Przyroda rzeczywiście jest mi najbliższa, bo gwarantuje odskocznnię od codziennych problemów. Ale nie ograniczam się wyłącznie do zdjęć flory i fauny, robię portrety, reportaże.

– Gdzie „ucieka” Pan w poszukiwaniu najlepszych kadrów?

– W Polsce lubię fotografować w Puszczy Białowieskiej i Knyszyńskiej, przy Stawach Milickich, pięknie jest też przy rozlewisku Warty w Słońsku i tak, jak inni fotografowie nie omijam tam tzw. Rzeczypospolitej Ptasiej. Aktualnie

podróżowanie poza granice jest utrudnione, ale Wyspy Kanaryjskie i cała Afryka to bardzo interesujące plenery.

– Jest Pan związany ze środowiskiem fotografów?

– By rozwijać umiejętności, uczestniczę w licznych kursach, m.in. organizowanych przez „National Geographic”. Moimi ulubionymi fotografami są Piotr Chara i Krystian Bielatowicz. Jednak ja nie jestem zawodowym fotografem, jestem lekarzem, więc zdjęcia pozostają moim hobby.

– Jury doceniło nie tylko artystyczne kadry, ale też nietypową formę. Zaprezentował Pan swoje prace na korze. Skąd ten pomysł i jak wygląda proces przygotowania takich zdjęć?

– Przeniesienie zdjęć na materiały naturalne: pióra, liście, przekroje kamieni czy korę niesie dla mnie element zaskoczenia. To materiał nieprzewidywalny, czasem efekt przechodzi moje najśmielsze oczekiwania, czasem jest niezadowolający. Nie chciałbym zdradzać samego sposobu przenoszenia zdjęć. Wnikliwie obserwuję materiał, na który planuję przełożyć zdjęcie, cały proces sprawia mi sporo satysfakcji i rzeczywiście natura potrafi wydobyć z tych zdjęć więcej artyzmu.

– Co fotografia wnosi do Pańskiego życia zawodowego?

– Uważam, że każdy człowiek powinien mieć hobby. Lekarze szczególnie, bo mają bardzo stresujący zawód, a posiadanie pozapracowych zainteresowań gwarantuje psychiczne wyciszenie, którego potrzebuje każdy człowiek.

– Dziękuję za rozmowę. ●

Rozmawiała

Agnieszka Danowska-Tomczyk

Jury w składzie:

- Przewodniczący: **Sławomir Grzaneck**, Prezes Zarządu Łódzkiego Towarzystwa Fotograficznego, Członek Związku Polskich Artystów Fotografików
- Członkowie: **Dominika Cybuch**, Członek Zarządu Łódzkiego Towarzystwa Fotograficznego; **Tymoteusz Lekler**, Członek Związku Polskich Artystów Fotografików
- **Michał Ludwiczak**, Prezes Okręgu Łódzkiego Związku Polskich Fotografów Przyrody po zapoznaniu się z nadesłanymi pracami przyznało następujące nagrody:
- Złoty Obiektyw otrzymał dr **Michał Seneczko** z Łodzi,
- Srebrny Obiektyw otrzymała dr **Magdalena Skierska-Bieg** z Łodzi,
- Brązowy Obiektyw otrzymał dr **Wojciech Dyk** z Radzimina i siedem równorzędnych wyróżnień:
- dr **Łukasz Max Kania** z Kielc,
- dr **Rosalba Bustamante** z Oaxaca, Meksyk,
- dr **Andrzej Kajetanowicz** z Nova Scotia, Kanada,
- dr **Krzysztof Kordowski** ze Szczecina,
- dr **Paweł Kośliński** z Bolesławca,
- dr **Mateusz Kowalski** z Koszalina,
- dr **Wanda Rybak** z Łodzi.

wystawa fotograficzna „mój świat...”



Jedna z nagrodzonych prac doktora M. Seneczko

Nikt nie zaraził się w kinie

Wiosenny lockdown odczuły zarówno instytucje kultury, jak i ich odbiorcy. Zamknięcie kin, teatrów i muzeów odbiło się wyraźnie na ich kondycji finansowej. „Panaceum” rozmawia ze Sławomirem Fijałkowskim, założycielem i właścicielem najważniejszego w Łodzi kina studyjnego, kina Charlie.

życie
artystyczne

„PANACEUM”: Jak udało się wam przetrwać wiosenny lockdown?

SŁAWOMIR FIJAŁKOWSKI: – Przetrwaliśmy dzięki widzom, którzy kupowali cegiełki. Te pieniądze wystarczyły nam na półtora miesiąca. Zdajemy sobie jednak sprawę, że nie możemy wciąż prosić widzów o pomoc, tym bardziej że nie wiemy, co dalej będzie z kinem. Dostaliśmy też subwencję, która pozwoliła nam utrzymać miejsca pracy, ale mamy świadomość, że część tych pieniędzy trzeba będzie oddać. Z biznesowego punktu widzenia rozsądniejsze wydaje się nieotwieranie kina w czerwcu i zwolnienie wszystkich pracowników na początku pandemii.

– Ciężko jest przetrwać przy 25-procentowej widowni?

– Te restrykcje najbardziej dotyczą właśnie kulturę: kina, teatry, branżę koncertową. Dla mnie to jest niezrozumiałe. Od początku pandemii żadne zakażenie nie pochodziło z kina ani teatru. Kina błyskawicznie dostosowały się do zasad reżimu sanitarnego, mimo że są one dla nas bardzo dotkliwe – 25 proc. widowni to bardzo mało. W naszym kinie mamy małą salę, w której jest 18 miejsc, czyli możemy tam wpuścić 4 osoby. To nawet nie gwarantuje zwrotu kosztów projekcji filmu. Dla naszej branży to najtrudniejszy okres od czasu II wojny światowej.

– Jest aż tak źle?

– Walczymy o przetrwanie. A jednocześnie na weselach w żółtej strefie może się bawić 150 osób. Jako środowisko chcielibyśmy być traktowani na równi z innymi, a tymczasem wiele kin w Polsce stoi teraz przez wizją bankructwa i upadłości.

– W Stanach Zjednoczonych zamykają się nawet duże sieci kin.

– Nie tylko tam, tak dzieje się także w Wielkiej Brytanii. Trzeba jednak pamiętać, że w tych krajach system

pomocy przedsiębiorcom i subsydiowania kultury jest na zupełnie innym poziomie niż w Polsce. Tu w ogóle nie ma takiego systemu. Ostatnia tarcza w ogóle pomija kina...

– W kinematografii też nie dzieje się najlepiej.

– Nadal mamy świetny repertuar. Chociaż line-up niektórych filmów znacznie się przesunął. Niektóre duże produkcje jak „Park Jurajski” czy produkcje Disneya przełożyły premiery na 2022 rok. Dotyczy to także filmów festiwalowych.

– No tak, ale do Charliego nie chodzi się przecież na Bonda.

– Racja, to kino skierowane do ambitnego widza o wrażliwym charakterze. Prowadzimy działalność nienastawioną na zysk. To przez wiele lat był nasz atut. Zrezygnowaliśmy ze sprzedaży popcornu czy wyświetlania 40-minutowych bloków reklamowych. Kina studyjne w Polsce często działają opierając się na komercyjnym najmie i nie zbudowały sobie kapitału żelaznego, który pozwoliłby im przetrwać załamanie branży. Często prowadzą je pasjonaci kina, nie myślący o aspekcie biznesowym. Teraz jednak bardzo odczuwamy skutki niektórych decyzji. Wyjątek oczywiście stanowią kina samorządowe, które nie muszą w tym momencie martwić się o byt.

– Czy w tej sytuacji można liczyć, że polskie kino uratuje repertuar?

– To bardzo ciekawe zjawisko. Zwykle mieliśmy kilka polskich tytułów w ciągu roku, od kilku lat jest ich kilkanaście. Teraz ta oferta będzie również trochę skromniejsza, ale nadal bardzo interesująca. Tu pojawia się inny problem, Multipleksy wchodzą „na nasz teren”. Do tej pory było tak, że duże kina grały głównie duże produkcje, teraz chcąc się ratować, sięgają także po filmy, które zwyczajowo były naszym repertuarem.

Wiąże się to z mniejszą liczbą premier. To jest oczywiście z korzyścią dla widzów, którzy mają większy wybór seansów, ale dla nas niekoniecznie.

– Podczas lockdownu triumfy święciły platformy filmowe. Ich rozwój też pewnie zatrzyma część widzów w domu?

– Również obserwuję to zjawisko, ale tutaj jestem spokojny. Ludzie potrzebują współodczuwania w kinie i tego nie da im nawet największy telewizor, a już na pewno nie ekran laptopa czy telefonu. Sam byłem w takiej sytuacji. Jako juror festiwalu w Łagowie nie zdążyłem zobaczyć jednego z nominowanych filmów i musiałem go obejrzeć na platformie. [Mowa o filmie „Hejter. Sala Samobójców”, który miał mieć kinową premierę 13 marca, czyli w dniu ogłoszenia pandemii – przyp. red.]. Niedawno chciałem sobie ten film odświeżyć i obejrzałem go w sali kinowej. Odbiór jest zupełnie inny.

– I choćby dlatego kino musi przetrwać.

– Staramy się, ale potrzebujemy pomocy. Jako kino społecznościowe działamy trochę jak dom kultury, działamy na rzecz społeczności lokalnej. Przynosimy też miastu ogromne ekwiwalenty reklamowe przy okazji organizowanych przez nas wydarzeń filmowych. Oczekujemy więc pomocy ze strony samorządu, ale także liczymy na pomoc z budżetu państwa. Inaczej nie przetrwamy.

– Czy jako widzowie możemy pomóc?

– Chodźmy do kina. Róbmy to w sposób odpowiedzialny, przestrzegajmy zasad reżimu sanitarnego, ale nie rezygnujmy z seansów. Jeszcze raz podkreślę: od początku pandemii nikt nie zaraził się w kinie. My będziemy grać, jak długo się da.

– Dziękuję za rozmowę i widzimy się w kinie.

– Widzimy się w kinie! ●

Rozmawiała Justyna Kowalewska

Doktorze, uciekaj w las!

Epidemia zawładnęła naszą codziennością. Zachorowania, hospitalizacje i zgony rosną, za to my się kurczymy. Indywidualnie, gdyż zżera nas zmęczenie i stres, oraz w całej masie, bo ogrom pracy nas przytłacza, a końca nie widać. I jak tu nie nabawić się lęków i depresji? Jak nie ulec frustracji? Po prostu, uciekajmy w las!

Gdy w średniowieczu epidemie dziesiątkowały ludność, popularne było zalecenie: *Cito, longe fugeas et tarde redeas*, co oznacza: *Prędko i daleko uciekaj i nierychło wracaj*. I ludzie z miejsc objętych epidemią rzeczywiście uciekali, zwykle na oślep, roznosząc zarazę jeszcze bardziej.

Jednak nie o takiej ucieczce „na oślep” dziś piszę, lecz o „ucieczce w las” przed zmęczeniem, depresją, lękami, frustracją i stresem, czyli o terapeutycznym zanurzeniu się w lesie na porządnym i niejednym spacerze, by przetrwać ten trudny czas. I nie jest to żadna fanaberia, szamanizm czy metoda z kręgu medycyny alternatywnej, gdyż o pozytywnych dla zdrowia skutkach leśnych spacerów wiele dziś mówi nauka.

Lasoterapia, czyli terapia leśna lub tzw. kąpiel leśna to odwiedzanie lasu lub wykonywanie różnych działań w środowisku leśnym w celu poprawy zdrowia i samopoczucia fizycznego i psychicznego. Zaczniemy od tego drugiego, tak nam dziś potrzebnego.

I tu dobra wiadomość. Jak pokazuje badania, u osób korzystających z leśnych spacerów znacząco zmniejsza się poziom depresji, lęku, stresu i złości. Dla nas – jak znalazł.

O takim korzystnym wpływie lasu na depresję mówi m.in. praca będąca systematycznym badaniem przeglądowym pt. *Effects of Forest Therapy on Depressive Symptoms among Adults: A Systematic Review*. Objęło ono 28 badań interwencyjnych, z co najmniej jedną grupą porównawczą, które ukazały się w ciągu ostatnich kilku lat, potwierdzając tym samym, że terapia leśna staje się jednym z ważnych podejść terapeutycznych i zyskuje na popularności.

Co wykazali badacze? Mianowicie to, że lasoterapia jest skuteczna

w łagodzeniu depresji, szczególnie u osób dorosłych. Podzielili też terapię leśną na trzy poziomy kontakt. Pierwszy – oglądanie przyrody, drugi – przebywanie w bliskości przyrody oraz trzeci – aktywne uczestnictwo i zaangażowanie w przyrodę.

Choć wszystkie działania przyniosły korzyści zdrowotne w postaci poprawy samopoczucia, to jednak w niektórych sytuacjach samo „oglądanie przyrody” lub „przebywanie w pobliżu natury” okazało się niewystarczające, aby mieć znaczący wpływ na poziom depresji.

Dlatego też – jak podkreślają badacze – przyszłe badania testujące efekty „leśnej terapii” muszą uwzględnić swego rodzaju „dawkę terapeutyczną lasu”, a także zobiektywizowane metody pomiaru natężenia depresji, nie tylko oparte na kwestionariuszach psychologicznych, ale też mierzalne parametry fizjologiczne.

Jednym z nich może być np. ocena zmienności rytmu serca (HRV), będąca markerem funkcjonowania współczulnego i przywspółczulnego układu nerwowego, a także wskaźnikiem stresu i depresji. Oczywiście HVR nie jest jedyną miarą fizjologiczną tych stanów. Są jeszcze inne, jak np. aktywność amylazy ślinowej czy poziom kortyzolu w ślinie i surowicy. Dlatego też, jak zaznaczają badacze, przyszłe prace oceniające wpływ terapii leśnej na depresję i stres powinny uwzględniać wiele miar fizjologicznych, aby uchwycić pełny obraz terapeutycznych skutków terapii leśnej.

Na szczęście las dobry jest nie tylko na depresję, ale także na lęki i o tym mówi m.in. praca pt. *Psychological Benefits of Walking through Forest Areas*. Opisuje ona badanie, w którym udział wzięło 585 uczestników. Każdy z nich miał w ciągu 15 minut przejść wyznaczone trasy: przez obszary leśne

(testowe) i miejskie (kontrolne). Przed spacerem i po nim u każdego dokonano pomiaru nastroju i poziomu lęku jako cechy, z użyciem odpowiednich kwestionariuszy (Kwestionariusz Profilu Stanu Nastroju i Inwentarz Stanu-Cechy Lęku).

Co ujawniły wyniki? Mianowicie, że chodzenie po terenach leśnych zmniejszyło negatywne nastroje w zakresie „depresji-przygnębienia”, „lęku przed napięciem”, „złości-wrogości”, „zmęczenia” i „zabubienia” oraz poprawiło pozytywny nastrój w zakresie „wigor”, w porównaniu z chodzeniem po obszarach miejskich. Co ciekawe, bardziej efektywne zmniejszenie poczucia „depresji-przygnębienia” po przejściu przez tereny leśne zaobserwowano u uczestników z wysokim poziomem lęku jako cechy, niż u osób z normalnym i niskim poziomem lęku jako cechy.

Ale i to nie wszystko, gdyż las wciąż nas zaskakuje. Pozytywnie oczywiście, jak się bowiem okazuje, terapia lasem działa korzystnie nie tylko na psychikę, ale też na ciało. I tak leśne spacerery poprawiają odporność, łagodzą nadciśnienie, ułatwiają kontrolowanie cukru i pracy serca, zwiększają pojemność płuc i elastyczność tętnic. Wytwarzane przez las fitoncydy mają też działanie antynowotworowe i przeciwbólowe.

Czy las powiedział ostatnie słowo? Zdecydowanie nie! Badania naukowe na ten temat dopiero się rozkręcają, ale my nie musimy czekać na ich wyniki. O dobroczynnym wpływie lasu możemy przekonać się sami na własnym ciele i własnej psychice. I to już teraz, spędzając jak najwięcej resztek czasu na leśnych spacerach. Doktorze, epidemia przygniata? Uciekaj w las! ●

Bogumiła Kempieńska-Mirostawska

rekreacja

Jak nie zgubić się w biegowych dystansach i dyscyplinach

biegać
każdy może

Bieganie to trudna miłość. Choć każdy z nas znajdzie wśród swoich znajomych sporo biegaczy, to ze świecą szukać tych, którzy z ręką na sercu przyznają, że bieganie sprawia im przyjemność. Cały sekret polega bowiem na tym, że większością biegaczy kieruje raczej chłodna kalkulacja, coś w stylu skomplikowanego równania, w którym rolę zmiennych pełnią: zdrowie, forma, kondycja, przyszłe sukcesy i obecne poniesione koszty. A więc argument „ja to nie lubię biegać” nie do końca tutaj działa, bo choć wiele rzeczy w życiu można robić dla przyjemności, niektóre robi się jednak dla osiągnięcia konkretnych efektów. I choć ja także w sumie biegać nie lubię, postanowiłam napisać o tym, dlaczego biegać warto.

Biegiem przez miasto

Organizowane w miastach imprezy biegowe to doskonała okazja, by po raz pierwszy ruszyć się z kanapy. Do przygotowania się na swój pierwszy, krótki dystans (np. 5 km) nie potrzeba wiele czasu i zwykle już po kilku tygodniach treningów można spróbować swoich sił i zasmakować radości przebiegania przez metę i ciężaru medalu zawieszzonego na szyi. Na łatwo dostępne biegi miejskie nietrudno jest namówić

znajomych czy nawet wystartować jako jedna drużyna, wspierając się na trasie. I jakkolwiek ciężko by się biegło i ilu przekleństw pod adresem biegania nie rzuciło się po drodze, trudno oprzeć się decyzji o kolejnym starcie. No ale wiadomo, tym razem dobrze byłoby pobiec albo więcej, albo szybciej. I tu zaczyna się cała zabawa.

Wśród biegów miejskich standardowe dystanse to 5 km, 10 km, 21 km i mityczne 42 km, ale dostępne są także liczne wariacje dotyczące nie tylko kilometrażu, ale też atrakcji towarzyszących imprezie, jak np. jedzenie pączków, bieg w przebraniach czy zawody w kłapkach. Nie trudno też przekształcić biegową pasję w turystykę, zawody biegowe znajdziemy bowiem niemal w każdym zakątku Polski, a niektóre z nich naprawdę zachwycają poprowadzoną trasą (jak choćby Nocny Półmaraton we Wrocławiu). Wielu biegaczy sięga zresztą dalej, wytyczając szlaki swoich podróży po Europie czy nawet Świecie przez pryzmat organizowanych tam biegów. Warto jednak pamiętać, że twarda asfaltowa nawierzchnia i zanieczyszczone smogiem powietrze mogą stanowić niewielką niedogodność przy jednorazowych zawodach, ale przy regularnym treningu kilka razy w tygodniu stają się już dyskusyjnym zagadnieniem i nie można przymykać oczu na ich wpływ na zdrowie. Zdaniem niektórych biegi miejskie mają także jeszcze jedną podstawową wadę – są dosyć nudne, szczególnie przy dłuższych dystansach. Czy są jakieś inne opcje dla żądnych przygód?

W błocie i przez ścianki

Oj, tutaj się człowiek na pewno nie znuży! OCR, czyli Obstacle Course Racing to biegi przeszkodowe, w których trasa, poza określonym dystansem, niesie ze sobą także wyzwania w postaci różnego rodzaju przeszkód. Kilkumetrowe

ścianki, liny, drabinki, opony, a niejednokrotnie także druty kolczaste, rowy czy zbiorniki wodne sprawiają, że nawet część biegowa męczy i nuży jakoś mniej niż zwykle, bo w gruncie rzeczy daje wytchnienie pomiędzy emocjonującymi przeszkodami. Biegi OCR zdobyły w ostatnich latach sporą popularność w Polsce, kradnąc serca nie tylko biegaczy, ale stając się także hitem wyjazdów integracyjnych pracowników korporacji czy wieczorów kawalerskich. To doskonała opcja na wszechstronny ruch na świeżym powietrzu, szczególnie dla osób, którym samo bieganie przychodzi dosyć opornie, ale za to zawsze marzyli o sprawdzeniu się jako koman-dosi. Warto jednak zaznaczyć, że biegi te wymagają przygotowania nie tylko na płaszczyźnie biegowej, ale także siłowej i ogólnosprawnościowej, przy różnorodnych bowiem zadaniach wykonywanych przy sporym zmęczeniu o kontuzję szczególnie łatwo.

Biegi trailowe, czyli wycieczka w góry

Biegi górskie to zwykle ostatni etap, na który decydują się biegacze. Jak bardzo niesłusznie! W końcu bieg we wspaniałych okolicznościach przyrody, po zróżnicowanym terenie (najczęściej nieutwardzonym), trasą prowadzącą przez szczyty, doliny, lasy i połoniny, a niejednokrotnie nawet Parki Narodowe, to przecież najlepsze co może być! Choć zawody te mogą wydawać się karłowatym zadaniem, a proponowane dystanse wprawiać w osłupienie, warto zdać sobie sprawę, że dynamika biegu terenowego jest nieco inna niż biegu miejskiego. Mianowicie, o ile nie należy się do nielicznego odsetka zawodników walczących o podium, większe „podbiegi” pokonuje się zwykle wcale nie biegiem, a mozolną wspinaczką, niewiele różniącą się od wakacyjnej wycieczki na dowolny szczyt. Z niego natomiast



Są badania, które łączą bieganie z o 30% niższą umieralnością z powodu chorób sercowo-naczyniowych

najczęściej faktycznie się zbiega, i jest to rzeczywiście umiejętność tyleż niezbędna, co dla wielu jednocześnie niezwykle radosna i w pełni wynagradzająca trud podejścia. Dystanse biegów terenowych zaczynają się od kilkunastu, a kończą na... kilkuset kilometrach. I tak, nie pozostawia wątpliwości konstatacja, że wysiłek tak ekstremalny jest nie tylko daleki od zdrowego i wycieńczający dla całego organizmu, ale również niezwykle obciążający zarówno układ ruchu, jak i układ sercowo-naczyniowy (w tym sprzyjający arytmiiom i nasiloniej miażdżycy naczyń).

Jak żyć, jak biegać?

Tak w bieganiu, jak i w niemal wszystkim innym, optymalna zdrowotnie ścieżka wyborów prowadzi gdzieś pomiędzy spędzaniem wolnego czasu na kanapie a ultramaratonami. Warto poświęcić chwilę wnioskom sporej metaanalizy opublikowanej w „British Journal of Sports Medicine” w 2019 r., która na podstawie 14 badań obejmujących w sumie 232 149 uczestników łączy biegaczy z o 27 proc. mniejszą umieralnością ze wszystkich przyczyn, o 30 proc. niższą z powodu chorób sercowo-naczyniowych i o 23 proc. z powodu nowotworów! Badacze konkludują

przy tym, że każda ilość treningu biegowego w tygodniu jest lepsza niż jego brak, ale jego „większe dawki” wcale nie muszą wiązać się z większymi benefitami.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca z kolei wykonywanie co najmniej 150 minut umiarkowanej lub 75 minut intensywnej aktywności aerobowej tygodniowo bądź równoważną kombinację tych obu. Metaanaliza przedstawiająca efekt regularnego biegania na wskaźniki zdrowotne dotychczas nieaktywnych fizycznie osób („Sports Medicine” 2015) wskazuje na średnią redukcję masy ciała o 3,3kg, tkanki tłuszczowej o 2,7%, spoczynkowego tętna o 6,7 uderzenia/minutę i poziomu triglicerydów o 16,9mg/dl, wpływając też na zwiększenie pułapu tlenowego (VO₂max) o 7,1ml/min i poziomu HDL o 3,3mg/dl. Wyniki te dotyczą efektów po roku od wprowadzenia aktywności o intensywności 60-90% maksymalnego tętna 3-4 razy w tygodniu (2-3 godziny tygodniowo). Trening biegowy w otoczeniu przyrody niesie za sobą także psychologiczne korzyści, pozytywnie wpływając na nastrój i samoocenę biegaczy (wg analizy 10 badań dotyczących 1252 uczestników opublikowanej

w „Environmental science & technology”, w 2010r.). Co ciekawe, obecność w otoczeniu zbiorników wodnych zdaje się dodatkowo zwiększać efekt, w związku z czym mój głos w plebiscycie na najlepsze miejsce do biegania w Łodzi zdobywa zdecydowanie Arturówek i las Łągiewnicki!

Słowem zakończenia: sama jestem zupełnie typowym przykładem biegacza „od święta”, który mimo wyjściowego braku sympatii do tejże aktywności, wspinał się cierpliwie po drabinie biegowej kariery, najpierw tryskając dumą po przebiegnięciu swoich pierwszych 5 km (i obiecując sobie, że już nigdy więcej), by w końcu zdecydować się na 52-kilometrowy bieg ultra po górach (i obiecując sobie to samo, tym razem póki co skutecznie!). I choć czas społecznej izolacji nie jest może najlepszym momentem na budowanie biegowej formy (o ile nie mamy pod domem lasu), to na pewno jest dobrym czasem na snucie planów na temat tego, czym zajmiemy się, gdy wszystko wróci do normy. Nie trzeba od razu wygrywać maratonów, ale skorzystać z dobrodziejstw biegania i ruszyć się z kanapy na pewno warto! ●

Katarzyna Zydek

Bibliografia:
Is running associated with a lower risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and is the more the better? A systematic review and meta-analysis
Zeljko Pedisic, Nipun Shrestha et al.

Ekspert od serca i wołyżerki

Chciałbym przedstawić Czytelnikom „Panaceum” ciekawą postać, biorącą udział w Ogólnopolskich Rajdach Konnych im. Majora Hubala. Dr Mariusz Komorowski ur. 26 kwietnia 1951 r. ukończył w 1976 r. Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Łodzi i zaraz po tym rozpoczął pracę lekarza w miejscu zamieszkania, w Białej Rawskiej. Po zdobyciu wysokich kwalifikacji jako znany kardiolog nadal pracuje tamże.

Jego drugą pasją jest sport, a szczególnie jeździectwo i stąd jego czynny udział w wyżej wymienionych imprezach. Od kilku lat Doktor Mariusz Komorowski wraz kolegami ze Stowarzyszenia Ułanów Oddziału Wydzielonego

Wojska Polskiego im. Majora Hubala na specjalnych pokazach demonstruje techniki walki i wołyżerkę. Jeźdźcy, ubrani w repliki historycznych mundurów ułańskich, na koniach w oryginalnych rzędach, uzbrojeni w szable, lance i karabinki kawaleryjskie, wzbudzają podziw uczestników naszego rajdu.

Ponadto kolega Mariusz prezentuje własne zbiory z okresu obu wojen światowych i ze znanostw omawia szczegóły dotyczące tych ekspozycji, a więc w sposób niekonwencjonalny popularyzuje historyczną prawdę dotyczącą ogromnego udziału kawalerii w wywalczeniu Niepodległego Państwa Polskiego.

Liczmy, że na kolejnym Rajdzie również się spotkamy. ●

Wojciech Sędzicki
Prezes Klubu Jeździeckiego

KOMUNIKAT

W związku ze stanem epidemii, termin tegorocznego Rajdu Konnego im. Majora Hubala przenosimy na grudzień 2020 r.

Jednocześnie przekazuję smutną informację, że w lipcu zmarła córka Majora Hubala, Pani Krystyna Dobrzańska-Sobierajska, która aktywnie uczestniczyła w naszych imprezach. Cześć Jej Pamięci!

W obronie telemedycyny z pediatrii

z listów
do redakcji

Jestem specjalistą pediatrii, posiadam tytuł doktora nauk medycznych, pracuję obecnie w POZ (przyjmuję dzieci i dorosłych, złożyłem wniosek do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny rodzinnej). Z uwagi na pojawiające się komentarze pediatrów oraz lekarzy rodzinnych dotyczących rezygnacji z teleporad i przyjmowania w większości wypadków osobiście, chciałbym szerzej przytoczyć swoje argumenty (w podobnym tonie wypowiada się sporo lekarzy).

Teleporada powinna być pierwszą formą kontaktu rodziców/opiekunów dziecka z lekarzem. Rodzice powinni szczegółowo opisać, co ich niepokoi w zachowaniu dziecka i lekarz powinien zweryfikować, czy zasadna będzie wizyta osobista. Zlikwiduje to wizyty roszczeniowych rodziców, którzy „chcą osłuchać dziecko, czy nie zeszło na oskrzela”, gdy ma tylko katar. Takich wizyt przed pandemią było mnóstwo, to patologia i nadużywanie świadczeń zdrowotnych w myśl zasady: „płace składki i moje dziecko MUSI być natchmiasz zbadane”. Trzeba z takimi zachowaniami skończyć raz na zawsze i teraz jest ku temu dobra okazja. Pacjent jak wzywa pogotowie, a nie ma do tego uzasadnienia, może zapłacić. Dlaczego miałby nie płacić za takie nieuzasadnione wizyty w POZ? [...]

Rodzic, który nie umie kompletnie opisać objawów u dziecka, myli wszystkie pojęcia, powinien zweryfikować swoje postępowanie, bo może to się źle dla dziecka skończyć. To rodzic widzi dziecko całą dobę, lekarz powinien mu pomóc, ale badanie trwa kilka/kilkaście minut i nie zastąpi opieki rodzica.

Nieprawdziwy jest argument, że teleporada wydłuża czas pracy, choć akurat tu rozumiem nieco krytyków (bo tak jest w całej Polsce), że problemem jest odległość terminów wizyt na za 2–3 dni. To nie powinno tak wyglądać – jeśli w danym POZ najbliższe terminy wizyt są na za kilka dni lub tygodni świadczy to o dwóch sytuacjach:

1. Pracuje za mało lekarzy i trzeba zatrudnić kolejnego, 2. Temu lekarzowi, który jest, należy zapłacić więcej i będzie pracował kilka godzin więcej i „obsłuży” ponad 99 proc. pacjentów, którzy sobie tego życzą. To, że pracodawcy oszczędzają, jak mogą, na personelu albo nawet chcą zatrudnić, a nie ma kogo, to nie wina lekarzy. W stanie nagłym pacjent powinien skorzystać z pomocy medycznej niezwłocznie i powinny być na takie stany dostępne wizyty, a takie miejsca często są blokowane przez „katarki od kilku godzin”.

Pediatra, interna, medycyna rodzinna, ogólnie POZ, to miejsce, gdzie w pierwszej kolejności zgłaszają się osoby z infekcjami dróg oddechowych. Część z nich będzie miało koronawirus. Dlatego tak ważne jest „sterowanie ruchem”, zapisywaniem pacjentów na określoną godzinę, rezygnacja z bezsensownych wizyt, zaopatrzenie w środki ochrony indywidualnej, dezynfekcja gabinetu. Nie rozumiem za bardzo hejtu lekarzy innych specjalności, że „POZ zamknięte”. Przepraszam bardzo, ale w wielu poradniach AOS i prywatnych pacjent wypełnia na początku ankietę, że nie ma gorączki, kaszlu itp. i z takimi objawami nie może wejść, do ortopedy, neurologa, kardiologa [...]

„Primum non nocere” – oczywiście, że tak. Ale pod warunkiem właściwej współpracy na linii lekarz–pacjent. A nie na zasadzie, że „non nocere” jest tylko wtedy, jak się spełni każde zachcianki pacjenta. To, że ktoś leczył teleporadą sepsę, świadczy o bagatelizowaniu objawów przez rodziców/opiekunów albo lekarza. Lekarz wezwałby na wizytę osobistą dziecko, gdyby objawy były niepokojące, przynajmniej powinien to zrobić, więc teleporady nie mogą stanowić 100 proc. świadczeń POZ (takie zjawisko też piętnuję), realne jest jakieś 60–70 proc.

Nie widzę naprawdę w wielu sytuacjach przewagi wizyty osobistej nad teleporadą, są naprawdę minusy – pacjenci będą czekać w poczekalni, więc będzie

siedzieć jedno dziecko bez chorób przewlekłych z kaszlem i drugie z kaszlem z wywiadem astmy. Jeden potem okaże się COVID, a drugi zaostrzeniem astmy i w związku z tym u dziecka z astmą może się znacznie pogorszyć i może ono trafić do szpitala, a wystarczyłoby dziecko z kaszlem bez chorób towarzyszących i w dobrym stanie leczyć teleporadą Levoprontem, a nie wizytą osobistą, bo rodzice nie wiedzą i tak chcą. Jak ktoś złożył skargę, że przyszedł z niepokojem dziecka, a drugie obok niego kaszłało i miało gorączkę i biegotało po korytarzu, to lekarz przyjmujący wszystkich pacjentów będzie się tłumaczył, a nie ten, który „triażuje i steruje wizytami”.

Już pod koniec 2019 r. weszła ustawa dotycząca teleporad i już przed pandemią POZ miał obowiązek udzielania takich świadczeń przynajmniej 2 godziny tygodniowo. Telemedycyna to przyszłość. Oczywiście, nie zapominajmy, że nie we wszystkich stanach się sprawdzi i badanie fizykalne nadal będzie obecne. Jednak o tym decyduje lekarz, nie pacjent. To nie pacjent sobie wybiera, jaką formę wizyty odbędzie, jakie badania będą zlecone, jakie leki zostaną wypisane. Oczywiście idźmy w kierunku relacji partnerskich, nie paternalistycznych i starajmy się słuchać pacjenta i jeśli nie kłóci to się z bezpieczeństwem, wiedzą i innymi uwarunkowaniami, pójdźmy im w pewnych sytuacjach na rękę. Niewiele to da, bo jak coś pójdzie nie tak, to i tak zaskarżą, a lekarzy w ramach tarczy 4.0 wsadzi się do więzienia. To czy mogli się kiedyś z 5-letnim dzieckiem zapisać z katarzem na wizytę osobistą, nie będzie miało znaczenia, a tylko zwiększy liczbę pozwów, bo społeczeństwo będzie jeszcze mniej szanować personel ochrony (ochrony, nie służby) zdrowia, bo uzna, że zawsze i wszędzie wszystko im się należy i każda jakakolwiek odmowa będzie nagłaśniania wszędzie, gdzie się da (co już obserwujemy). ●

dr n. med. Maciej Pawłowski
specjalista pediatrii, Łódź

Koronkowa robota

Szanowni Wszyscy!

„A więc wojna. Od dzisiaj wszelkie sprawy i zagadnienia schodzą na plan dalszy. Całe nasze życie publiczne i prywatne przestawiamy na specjalne tory. Weszliśmy w okres wojny. Cały wysiłek narodu musi iść w jednym kierunku. Wszyscy jesteśmy żołnierzami”.

Nie, no żartuję trochę. Nie jest tak źle. Panna Świątek wygrała turniej Roland-Garros i wszyscy się cieszą. Jako dyżurny malkontent martwię się tylko, że na trybunach tenisowych słabo rezonuje pieśń pod tytułem „Hola, hola, strzelcie k... gola”, co nieco ogranicza proces świętowania narodowego. Panna Iga słucha podobno Red Hot Chili Peppers, czyli dwa parseki od Zenona. Sędzia tenisowy wierzy w koronawirusa bardziej niż w Ojca Redemptozaura, i nie wpuszczają bez maski. Ale pierwsze kroki na drodze zgody narodowej już postawione. Ciekawe, że znów na francuskiej ziemi, ale w dzisiejszych czasach to tylko skok tygryska. Ale tu też przesadzam, bo na polskiej skibie tłustego czaroziemu również wyciągają się ręce do zgody.

Z czego wnoszę? Mianowicie – musiałem, choć naprawdę nie chciałem, obejrzeć wywiad z Panem Profesorem Wojciechem Maksymowiczem. Cały był ciekawy, ale po kilku słowach musiałem wstać po tabletkę coştamzepamu i popić szybko herbatką. Przełknąłem, ale tylko fizycznie, mentalnie nie wyszło, jednakowoż dotrwałem do końca, powoli tracąc przytomność. Po pierwsze dowiedziałem się, że Pan Profesor Maksymowicz też jest Lekarzem i nikt mu kitu wciskał nie będzie. Chodziło głównie o to, że minister *in spe* (o którym już pisałem, ale teraz nie mogę wprost, bo pójdę na pięć lat do więzienia za nienawiść – chyba że zdążę prysnąć do Norwegii, już dają azyl, nie mówiłem?) miał kontakt covidowy w czwartek, więc w sobotę nie mógł nikogo zarazić, i choć pół oddziału się zaraziło, to z pewnością

nie od niego, i nie wiadomo, od kogo. Od razu podsuwam myśl – na pewno od Kierownika Oddziału, który zresztą wydał decyzję o możliwości odwiedzin – tak, to On, On jest winny, w dodatku to płotka, więc można Mu dokopać.

Jestem bardzo ciekawy, jakie wnioski wyciągnie Pan Kierownik z tej sytuacji. Jeśli ma wątpliwości, proponuję prostą konstatację, starą jak świat chrześcijańskiej miłości bliźniego – lepiej z mądrym zgubić, niż z głupim znaleźć. Ale chyba już wybrałeś, Kierowniku Oddziału, Twoja sprawa. I proszę mi nie kwilić, że babcia chora.

Pracowałem już w wielu miejscach, także z obowiązkami kwalifikacji pacjentów do zabiegów, przenosin i przeprosin, i z całą odpowiedzialnością mogę stwierdzić, że w oddziałach rehabilitacji z zasady nie hospitalizuje się pacjentów w stanach terminalnych. Choć – wiadomo – całkiem zdrowych tam raczej nie ma. Oczywiście, zapomniałbym być – chyba że Kierownik wyda inne, własne polecenie. Względność, względność, wszystko to względność i względność nad względnościami, czyli, jak mówią biskupi, relatywizacja podstawowych wartości przez ideologicznych zbrojeńców.

Ale odbiegłem od naszego głównego bohatera, już wracam w podskokach. Otóż Pan Lekarz Profesor Wojciech Maksymowicz zaapelował, abyśmy nie zajmowali się głupotami w postaci ministra odwiedzającego rodzinę, a zajęli się ważnymi dla Całego Kraju rzeczami i RAZEM, WSPÓLNIE zaczęli walczyć, bo czas jest ciężki i ku temu skłania. Wojna...

I teraz zawisłem – nie wiem, w jakiej estetyce poprowadzić dalszą opowieść. Natura skłania mnie do skatologii i turpizmu, a nawet do uboju rytualnego. Nie wiem jednak, czy kulturalnemu lekarzowi wolno popuścić w towarzystwie. Ale chyba można, bo w mojej opinii inni już dawno

popuścili i właśnie teraz proszą, żeby pomóc sprzątać, bo śmierdzi w całym domu. Ale przecież mówili Wam, Lekarzu Profesorze *et consortes*, co trzeba, tylko Wy wiedzieliście lepiej. Pobawiliście się, popiliście, pojedliście, a teraz kto ma sprzątać toaletę? A sprzątajta sobie. Trza być mężczyzną, porozrabiało się trochę, trzeba płacić alimenty. Teraz wam przyszło do głowy, że warto być jednym narodem w ciężkich czasach? Czy może szukacie jakiegoś kierownika oddziału, żeby poniosł za was? Wiem, że Pan Jezus mówił, aby jeden drugiemu ciężary nosił, ale Pan przodem, Profesorze, cesarzowi, co cesarskie. Oo, żeż... i tu nareszcie zasnąłem.

Obudziła mnie szarpanina – przeżona żona próbowała mnie occucić. Poszarzałymi ustami wyszeptane formułkę resuscytacyjną: puść-ze-no-na, puść-ze-no-na... Już pierwsze takty, jak wstrząs defibrylatora, przywróciły mnie do przytomności. Otwierając oczy i uszy, nagle ujrzałem Księcia R., ale też usłyszałem o „brzęczeniu much” i „sypaniu piasku w tryby”. Znów straciłem przytomność i nie wiem, czy chodziło o starą, socjalistyczną ojczyznę, czy o inny kraj. Gdzie ja byłem? Nagle... wiem, gdzie byłem. Unosiłem się nad ukształtowaną na płasko Ziemią, gdzie ciemność i światło oddzieliły się od siebie już sześć dni temu. Brodaty Staruszek siedział i odpoczywał, patrzył na swoje dzieło. Powoli wstał. Z przepastnych fałdów płaszcza wyciągnął szydełko i zaczął kleić coś w mocarnych dłoniach. Spod palców sypią się kolorowe drobinki i jak konfetti spadają na świat – ebola, zika, denga, koronawirus, zachodni nil... Lekka, koronkowa kreacja pokryła lądy i morza cudownym spłotem. Tatusiu, co robisz? ●

Marcin Wojtczuk

z listów
do redakcji

Babie lato

z listów
do redakcji

Najstarsi górale chyba tego nie pamiętają (jestem akurat na Podtatrzu) – 22 października, godz. 10.00, a na stożku góry, kontemplując piękny widok na Tatry, można siedzieć na leżaku i się opalać. Czuć gorące słońce i zapominać się o wprowadzonych ograniczeniach. Mnie to nie wadzi, nawet lepiej, mniej płonnych wyjazdów „diskopolowców” utrudniających innym życie. Turystyka zamarta zupełnie. W pensjonacie, gdzie jest 30 miejsc, jesteśmy sami.

Z nikim kontaktu z zewnątrz, tylko dwoje gospodarzy. Ruch na trasach dojazdowych niewielki. Pojedyncze samochody przy pensjonatach z miejscową rejestracją. Nawet wzięte schroniska górskie – teraz puste, koją uszy ciszą i oczy brakiem kręcących się bez celu „pseudoturystów”. Tam, gdzie latem nie można było dojechać z powodu wielkiej liczby samochodów, dzisiaj pustki i komfort samotności. Przecież to, co się działo w wakacje, przeżarło i spowodowało aktualną sytuację. Twarda zasada, lepiej zapobiegać, niż leczyć, podobnie się sprawdziła, ale nic nie zmieni drugiej, że Polak przed szkodą i po szkodzie... Na rządzenie losu nie ma mądrych, szkoda, że młodzi w przestrogi nie wierzą, a starzy często zapominają i niestety nikt nie słucha tych niewielu, co dobrze pamiętają. Na szczęście do tych należą i staram się korzystać z doświadczeń.

Gdybyśmy wszyscy zachowywali się podobnie, byłibyśmy w innym „miejscu” od tego, co się dzieje. Nieodpowiedzialność „diskopolowców” powoduje cierpienie niewinnych, a co gorsza czasem i ich śmierć. Lekarze wiedzą, co robić, gdzie i kiedy, w przypadkach wątpliwych pytają specjalistów, a nie osób z „łapanki” mających duże mniemanie o sobie, bez właściwej wiedzy. Część działań funta kłaków niewarta jest zmieniana co chwila, w zależności od poklasku, a nie od potrzeby. A los nie dla każdego łaskawy mści się za to i tak jest, jak jest. Zachowując ostrożność, korzystam z bonusu, jakim jest babie lato, potrwa jeszcze kilka dni. Następne zdarzyć się może dopiero za rok, oby dla wszystkich, którzy na to zasługują. ●

Krzysztof Papuziński
senior optymisty



podziękowania

Najszersze podziękowania dla Pana doktora **Stawomira Majewskiego** ze Szpitala WAM-Stoki, Oddział Wewnętrzny, za niespotykaną wrażliwość, życzliwość i wiedzę medyczną zastosowaną w ratowaniu zdrowia i życia pacjentki Urszuli Łakomiak – mojej mamy, składa córka wraz z całą rodziną. Taka postawa daje nadzieję, że świat będzie lepszy. Wielkie podziękowania również dla Dyrekcji Szpitala i całego Personelu Medycznego.

Z szacunkiem,

Małgorzata Łakomiak

Podziękowanie dla **Lekarzy i Personelu Oddziału Chirurgii Ogólnej Miejskiego Centrum Medycznego im. dr. Karola Jonschera** w Łodzi, ul. Milionowa 14 za wrażliwość i troskliwą opiekę w ostatnich dniach życia mojego Męża, dr. n. med. Janusza Wejgerta,

wdzięczna żona Regina Wejgert,
syn Robert wraz z rodziną.

Najserdeczniejsze podziękowania dla Pani dr **Moniki Rynkowskiej-Kidawy** oraz całego Personelu Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łodzi przy ul. Przyrodniczej 7/9, Miejskiego Centrum Medycznego im. dr. Karola Jonschera w Łodzi, ul. Milionowa 14 za profesjonalną pomoc, wsparcie, wrażliwość i wyjątkowe zaangażowanie w leczenie i rehabilitację mojego Męża, dr. n. med. Janusza Wejgerta,

wdzięczna żona Regina Wejgert,
syn Robert wraz z rodziną

Za pośrednictwem „Panaceum” pragnę wyrazić ogromną wdzięczność Lekarzom zaangażowanym w leczenie śp. lek. dent. Krystyny Kejny-Duś:

Panu dr. hab. n. med **Piotrowi Hogendorfowi** za przywrócenie nadziei w krytycznym momencie,

Pani dr hab. n. med **Aleksandrze Ciałkowskiej-Rysz** oraz

Pani dr n. med **Annie Zasowskiej-Nowak** z Oddziału Medycyny

Paliatywnej Szpitala im. WAM w Łodzi za podtrzymanie nadziei, odzyskanie wiary w medycynę, okazane serce i czynienie niemożliwego możliwym;

Panu dr. n. med. **Markowi Kuneckiemu** z Zespołem Centrum Leczenia Żywnościowego przy WSS im. Pirogowa w Łodzi za dodanie Babci pięciu lat życia w dobrej jakości;

Pani dr **Beacie Ulatowskiej** wraz z Zespołem Hospicjum Domowego w Wieruszowie za profesjonalną opiekę aż do końca.

Niech Państwa praca, zaangażowanie i oddanie pacjentom zawsze przynosi satysfakcję i poczucie zawodowego spełnienia. Jednocześnie dziękuję Koleżankom i Kolegom ze Szpitala Bonifratrów św. Jana Bożego za pomoc, cierpliwość, wyrozumiałość i okazane wsparcie w wyjątkowo trudnym dla mnie czasie.

Adam Miller z Rodziną

Z redakcją można skontaktować się drogą e-mailową: panaceum@oil.lodz.pl lub listownie: „Panaceum”, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź.

Poziomo

- A1 lek przeciwwirusowy stosowany w leczeniu COVID-19
- A12 część twarzy
- B10 najlepszy
- C1 środek zwiotczający mięśnie szkieletowe
- C12 niewysokie miasto
- D9 samorząd lekarski
- E1 zapał twórczy
- E6 zespół Artura Gadowskiego
- E12 prestidigitator
- F10 patetyczny wiersz
- G1 bard Leonard
- G7 dramat Wyspiańskiego
- H5 płaszcz Beduina
- H9 zagon zboża
- I1 chorobowa powłoka
- I7 mruga nad wystawą
- I12 mierzone w nadgarstku
- J10 imię zwyciężczyni Roland Garros 2020
- K1 pętla bakteriologiczna
- K5 słabnięcie
- K12 narząd z miedniczkami

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A						25				30		10			1	
B					31					15		17				
C						9				18					28	
D						24				7						
E						6									4	26
F											13			29		23
G																
H																
I						22									12	
J																11
K																5

	1	2	3	4	5	6		7	8	9	10	11	12		13	14	15		
16	17	18	19		20	21		22	23	24	25	26	27		28	29	30	31	32

Rozwiązanie krzyżówki w postaci hasła prosimy przesać na nasz adres pocztowy lub e-mailowy z dopiskiem: **KRZYŻÓWKA NR 11/2020** do 4 grudnia 2020 r. Prosimy o podawanie swoich adresów pocztowych.

krzyżówka
11/2020

Spośród rozwiązań zostaną wylosowane trzy prawidłowe. Nazwiska osób nagrodzonych podamy w „Panaceum” nr 12/2020. Nagrodami będą książki – niespodzianki.

Życzymy miłej zabawy!

BIURO OIL „PANACEUM”
UL. CZERWONA 3
93-005 ŁÓDŹ
E-MAIL:
PANACEUM@OIL.LODZ.PL

Pionowo

- 1A keratynizacja
- 3A depresja
- 5A metoda pozaustrojowego utlenowania krwi
- 5F specjalista od budowy narządów
- 7A lekceważenie
- 9G bywa konieczne
- 10A poprzedza samodzielne chodzenie
- 11F cichy u Szołochowa
- 12A aldehyd w olejku cytrynowym
- 12I ruch do muzyki
- 14A sztuczne płucoserce
- 16A choroba kosteczek ucha środkowego

ROZWIĄZANIE KRZYŻÓWKI Z NR 9/2020: WAKACYJNE FOTKI UCIEKNĄ OD ZAPOMNIENIA
 Z grona Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązania, wylosowani zostali: **Aleksandra Pach** z Łodzi, **Danuta Kwiecień-Mastocha** z Łagiewnik Nowych oraz **Maria Matyjasik** ze Skierniewic. Wylosowanym lekarzom serdecznie gratulujemy wygranej! Nagrodę książkową wyślemy pocztą.



	1	5	6				4	
			4	5		6	1	
				9		2		5
				2	9			1
		1	8	4		9	2	
2				6	1	4		
6		4		7		1	9	
		2	9	8	4	5		
		9		1		3		4

sudoku

Zasady gry Sudoku są niezwykle proste. Kwadratowa plansza jest podzielona na dziewięć identycznych kwadratów 3 x 3 – w każdym z nich znajduje się dziewięć komórek. Zadaniem jest wypełnienie wszystkich komórek planszy cyframi od 1 do 9. W każdym wierszu i każdej kolumnie dana cyfra może występować jedynie raz.

Z prac Prezydium

29 września 2020 r.

Posiedzenie Prezydium prowadził prezes Paweł Czekalski, który w pierwszym punkcie obrad przedstawił zebrany korespondencję bieżącą:

- apel prezesa NRL do Ministerstwa Zdrowia o zwolnienie lekarzy przystępujących w sesji jesiennej do PES z części ustnej tego egzaminu. Głównym argumentem jest tutaj gwałtowny wzrost zachorowań;
- list Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów w zakresie takiej organizacji pracy podmiotów leczniczych, która przewiduje obowiązek po stronie lekarzy do poniesienia (całości lub części) kosztów zleczanych przez nich pacjentom badań diagnostycznych, w tym laboratoryjnych. Rzecznik Bartłomiej Chmielowiec zwrócił się do wszystkich okręgowych izb lekarskich z prośbą o współpracę w tej sprawie;
- wniosek firmy Consor Brokers Sp. z o.o. Warszawa o zmianę stawki za jedną roboczo-godzinę pracy do kwoty 23,30 zł od 1 stycznia 2021 r.; decyzją Prezydium, negocjowaniem stawek zajmie się skarbnik OIL, Grzegorz Krzyżanowski;
- pismo doktor Joanny Bilskiej, która zwraca się z prośbą do wszystkich lekarzy, aby w ramach solidarności zawodowej wsparli nawet symboliczną kwotą rodziców chorej na białaczkę Diany Tarasiuk. Dziewczynka jest leczona w oddziale VI Hematologii i Onkologii w Szpitalu im. M. Konopnickiej na ul. Spornej w Łodzi z rozpoznaniem białaczki limfoblastycznej. Rodzice dziewczynki (mama jest lekarką na Ukrainie) znaleźli się w bardzo trudnej sytuacji finansowej. Decyzją Prezydium list został opublikowany na wszystkich nośnikach informacji, którymi dysponuje OIL.
- Justyna Kowalewska, rzeczniczka prasowa OIL przedstawiła zgromadzonym ofertę Press-Service Monitoring Mediów Sp. z o.o. dotyczącą wykupienia monitoringu mediów. Po dyskusji zdecydowano o wykupieniu usługi na okres próbny (pół roku).

W kolejnym punkcie obrad sekretarz ORL, Mateusz Kowalczyk przedstawił projekty uchwał merytorycznych Komisji ds. Rejestru Praw Wykonywania Zawodu dotyczącą wydania praw wykonywania zawodu oraz Komisji ds. Praktyk Lekarskich dotyczącą wykreślenia z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Głosowano również uchwały Komisji Kształcenia Funduszu Kształcenia.

W kolejnym punkcie obrad prezes P. Czekalski przedstawił zgromadzonym projekty uchwał Prezydium ORL w Łodzi w sprawie:

- przyznania pomocy finansowej dla lekarzy, przeciwko którym wszczęte zostało postępowanie karne w związku z wykonywaniem zawodu. Prezydium zdecydowało o przyznaniu pomocy. Jednocześnie dyskutowano na temat zmiany regulaminu przyznawania środków w podobnych sytuacjach, a także ewentualnej zmiany budżetu Komisji Praw Lekarza. Po głosowaniu uchwałę podjęto;
- składow komisji problemowych Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi. Dwóch lekarzy (Tomasz Karauda i Jacek Pypec) wyraziło chęć dołączenia do Komisji Kultury. Po głosowaniu uchwałę podjęto;
- zgody na skreślenie z ewidencji i złomowanie środków trwałych. Dotyczy sprzętu komputerowego i telefonów komórkowych. Po głosowaniu uchwałę przyjęto. Jednocześnie zobowiązano dział informatyczny do przedstawienia informacji dotyczącej sprzętu na następne posiedzenie Prezydium. Po głosowaniu uchwałę podjęto.

W kolejnym punkcie obrad zgromadzeni dyskutowali o aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia. Prezes ORL poinformował o rozmowach z Ministerstwem Zdrowia na temat art. 37a k.k. oraz możliwości zdalnego obdarowania. Powstała grupa ekspertów związanych z ochroną zdrowia, w grupie znalazł się łódzki lekarz Filip Płużański.

Następnie Prezes rozpoczął dyskusję dotyczącą braku na rynku szczepionek przeciwko grypie. Prezydium wystosowało apel do Ministra Zdrowia, w którym Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi domaga się od ministra zdrowia realizacji obietnic dotyczących zapewnienia pracownikom ochrony zdrowia bezpłatnych szczepień przeciw grypie. Działania Ministerstwa należy uznać za niewystarczające, czego efektem jest brak dostępności szczepionek. Ponadto Prezydium zwróciło uwagę, że obiecana refundacją nie został objęty personel medyczny zatrudniony w podmiotach, które nie mają kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, a ciężar zakupu szczepionek został przerzucony na placówki medyczne. Po głosowaniu apel podjęto.

Kolejny problem rozpatrywany na posiedzeniu Prezydium to problem studentów i lekarzy stażystów, którzy nie są badani w kierunku wirusa SARS-CoV2. Prezes przypomniał, że 26 maja tego roku NFZ zadeklarował, że sfinansuje badania na obecność wirusa wszystkim studentom kierunków medycznych. Tymczasem w najnowszym komunikacie sekretarza stanu Józefy Szczurek-Żelazko można przeczytać, że nie ma podstawy prawnej, która wymaga od tych osób wykonywania badań na obecność wirusa SARS, z czego wynika, że ani studenci, ani lekarze stażyści nie będą mieli wykonywanych badań.

W kolejnym punkcie dyskutowano o trudnej sytuacji pacjentów z COVID-19 w województwie łódzkim. W wyniku tej dyskusji Prezydium wystosowało apel, w którym stanowczo domaga się stworzenia na terenie województwa szpitala o III stopniu referencyjności. Małgorzata Lindorf wróciła do sprawy poruszonej podczas poprzedniego posiedzenia Prezydium, dotyczącej skargi lekarki-stażystki, z której wynika, że utrudnia się jej odbywanie stażu w wyznaczonym miejscu. Wówczas Prezydium podjęło decyzję o niekierowaniu stażystów do tego podmiotu aż do czasu wyjaśnienia sprawy. Sprawą zajęły się Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia. Po wysłuchaniu wyjaśnień obu stron konfliktu, komisje wnioskuje o przywrócenie podmiotowi możliwości prowadzenia stażów. Prezydium przychyliło się do tego wniosku.

W kolejnym punkcie obrad zgromadzeni omówili sprawę delegatur i Komisji Stomatologicznej. Przewodnicząca tej ostatniej, Małgorzata Lindorf mówiła o umowach dotyczących szczepień. Komisja zdecydowała, że lekarze stomatolodzy nie będą podpisywać umów z NFZ dotyczących szczepień przeciwko grypie, ponieważ są one niedostępne na rynku.

Przewodniczący Delegatury Łódzkiej Łukasz Jasek poinformował, że delegatura nadal pracuje bez spotkań, ze względu na pandemię.

Przewodniczący Delegatury Piotrkowskiej Grzegorz Mazur poinformował, że delegaci kontaktują się e-mailowo i telefonicznie.

Delegatura Sieradzka – przedstawiciel był nieobecny.

Przewodniczący Delegatury Skierniewickiej Robert Filipczak poinformował, że spotkania się nie odbywają, ale działalność przebiega bez zmian.

W kolejnym punkcie obrad zgromadzeni omówili sprawy różne:

Prezes P. Czekalski:

- przedstawił zgromadzonym podsumowanie XXXVIII OZL – tegoroczny zjazd z powodu epidemii nie mógł odbyć się w tradycyjny sposób. Okręgowa Rada Lekarska zdecydowała więc przeprowadzić zjazd w trybie

korrespondencyjnym oraz w formie osobistego głosowania w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi oraz siedzibach delegatur w Piotrkowie Trybunalskim, Sieradzu i Skierniewicach. Głosowanie trwało do 11 września 2020 r. włącznie;

- podsumował także wręczenia PWZ – ze względu na pandemię w tym roku zrezygnowano z uroczystego wręczenia praw wykonywania zawodu, które tradycyjnie odbywało się w Filharmonii Łódzkiej;
- ponowił prośbę o udział w szkoleniach online organizowanych przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL z zakresu doskonalenia: leczenia i profilaktyki w zakresie chorób i zaburzeń psychiatrycznych, depresji; w zakresie nowotworów i profilaktyki chorób nowotworowych głowy i szyi; z komunikacji i budowania relacji między lekarzami pierwszego kontaktu a lekarzami specjalistami. Poinformował o wydłużeniu terminów szkoleń do końca roku. Szczegółowe informacje na temat kursów znajdują się pod adresem: <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia>;
- zgłosił potrzebę zakupu fumigatorów i stojaków dezynfekcyjnych. Po dyskusji o możliwości wynajmu lub kupna takiego sprzętu zdecydowano o zakupie fumigatorów i stworzeniu odpowiedniej procedury wewnętrznej.

Kierownik administracyjny OIL, Wojciech Łukomski przedstawił także informacje dotyczące koniecznych prac konserwatorskich w budynku przy Czerwonej 3. Omówiono temat zmiany wykonawcy przeglądów i konserwacji instalacji elektrycznej i odgromowej. Podczas przeglądu instalacji elektrycznej stwierdzono nieprawidłowości. Zdecydowano więc o zmianie firmy zajmującej się konserwacją instalacji elektrycznej.

W ostatnim punkcie obrad, przedstawiciele Prezydium dyskutowali nad wolnymi wnioskami. Wiceprezes Łukasz Jasek przedstawił propozycje:

- regulaminu udzielania patronatu przez Prezydium ORL w Łodzi, zobowiązał się również przestać drogą e-mailową do przedstawicieli Prezydium: regulaminu ogłoszeń dla strony www, regulaminu ogłoszeń szkoleń dla strony www, cennik ogłoszeń szkoleń dla strony www, cennik rabatów ogłoszeń dla strony www. Ponadto: aktualny cennik ogłoszeń dla strony www, aktualny cennik ogłoszeń w „Panaceum”.

Decyzja dotycząca nowych regulaminów zostanie podjęta podczas kolejnego posiedzenia Prezydium;

- regulaminu zamieszczania ogłoszeń przez podmioty zewnętrzne organizujące szkolenia. Szczegółowe materiały również trafią do przedstawicieli Prezydium drogą e-mailową. Decyzja ma zostać podjęta podczas kolejnego posiedzenia Prezydium.

Przedmiotem dyskusji członków Prezydium była sprawa łódzkiego lekarza, który – po tym jak został zaatakowany przez pacjenta – zgłosił sprawę do prokuratury. Sprawa została umorzona. Dyskutanci uznali, że może to być przełomowa sprawa w kwestii zgłaszania przypadków agresji i w związku z tym należy wesprzeć poszkodowanego lekarza we wszystkich możliwych zakresach, zarówno prawnych, jak i finansowych, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Dr G. Krzyżanowski zgłosił wniosek, aby materiały przygotowywane na obrady Prezydium były przysyłane jego przedstawicielom z odpowiednim wyprzedzeniem. Podjął także temat przedłużenia umowy z firmą Interbankiet, świadczącej usługi cateringowe w siedzibie OIL w Łodzi. Po długiej dyskusji Prezydium podjęło uchwałę, na mocy której do podpisania umowy w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały zostali upoważnieni prezes ORL oraz skarbnik ORL.

Justyna Kowalewska

Z prac Prezydium

1 października 2020 r. (telefoniczne)

(podstawa prawna uchwała nr 8 XXXIV OZL z 9 kwietnia 2016 r.)

Posiedzenie zwołał prezes ORL w Łodzi Paweł Czekalski w celu podjęcia stanowiska w sprawie aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia, w tym braku szpitala o III stopniu referencyjności na terenie województwa łódzkiego. Stanowisko zostało podjęte.

Marta Kowalczyk:

Z posiedzeń Rady

20 października 2020 r.

Posiedzenie Rady odbywało się w sposób hybrydowy, na miejscu, w siedzibie OIL w Łodzi byli obecni członkowie Prezydium oraz dwie przedstawicielki ORL. Pozostali delegaci kontaktowali się online za pomocą programu GoToMeeting.

Przed rozpoczęciem obrad prezes Paweł Czekalski, a także wiceprezes Grzegorz Mazur, członek Prezydium Ryszard Golański i skarbnik Grzegorz Krzyżanowski, podziękowali Alinie Paradowskiej, która przeszła na emeryturę po wieloletniej pracy w Sekretariacie Biura i Redakcji „Panaceum”.

W pierwszym punkcie obrad przyjęto protokoły z posiedzenia nr 16/VIII/2020 i nr 17/VIII/2020 Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi.

Następnie przyjęto protokoły z siedmiu posiedzeń Prezydium ORL w Łodzi.

W kolejnym punkcie przedstawiono sprawozdania z odbytych spotkań.

- Jako pierwsza sprawozdawała przewodnicząca OZZL Regionu Łódzkiego Małgorzata Zatke-Witkowska. Od poprzedniego posiedzenia ORL odbyły się trzy spotkania OZZL w Ministerstwie Zdrowia. Dwa z nich z udziałem ministra Adama Niedzielskiego i jedno z wiceminister Józefą Szczurek-Żelazko. Działania OZZL koncentrowały się na kwestii płac dla lekarzy specjalistów, ponieważ z końcem roku wygasa ustawa gwarantująca lekarzom wywalczone wcześniej wynagrodzenia. W rozmowie z wiceministerem Szczurek-Żelazko związkowcy otrzymali zapewnienie, że nabyte wcześniej prawa pozostaną w mocy. Na 18 listopada br. zaplanowano kolejne spotkanie w Ministerstwie, podczas którego zostaną przedstawione nowe współczynniki, na podstawie których obliczane są płace.
- Prezes P. Czekalski przedstawił sprawozdanie z Posiedzenia Konwentu Prezesów, podczas którego doprecyzowano decyzje podjęte na spotkaniu prezesów w Zamościu. Podobne tematy podjęto podczas posiedzenia NRL.

Na spotkaniu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich w Zamościu mówiono między innymi o nowych wytycznych Krajowej Komisji Wyborczej. Konwent zajmował się także tematem windykacji zaległych składek. Prezes P. Czekalski podkreślił, że łódzka Izba pozytywnie wyróżnia się tej kwestii na tle innych izb. Prezesi będą wnioskować o ujednoczenie metod windykacji w całym kraju. Ponadto omawiano: sprawy bieżące związane z epidemią COVID-19, w tym także decyzje wojewodów związane z kierowaniem lekarzy do pracy; projekt modernizacji Centralnego Rejestru Lekarzy i programu FINN i współpracy z firmą LTC w tym zakresie. Ma to na celu wypełnienie dyspozycji ustawowych dotyczących rejestru lekarzy.

- LTC – Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę upoważniającą prezesa i skarbnika NRL do negocjacji z firmą LTC. Do tej pory udało się

ustalić, że istnieje możliwość poszerzenia funkcjonalności programu. Każda izba będzie płacić 1230 zł miesięcznie za te usługi.

- Prezes P. Czekalski zrelacjonował dwie wideokonferencje z Wojewodą Łódzkim, które odbyły się 9 i 19 października. Podczas tych rozmów Wojewoda podtrzymał swoją decyzję o tym, że kierując lekarzy do pracy przy epidemii, będzie najpierw konsultował taką możliwość z lekarzem w rozmowie telefonicznej, żeby upewnić się, że nic nie stoi na przeszkodzie, aby dokonać takiego skierowania. Mówiono także o braku miejsc w szpitalach dla chorych na COVID-19 cierpiących także na inne choroby. Wojewoda zapewnił, że takie miejsca powstaną w szpitalach w Tomaszowie Mazowieckim i Zgierzu i obiecał też dodatkowe łóżka dla pacjentów z COVID-19 w innych szpitalach województwa.

- Wiceprezes Grzegorz Mazur poinformował zebranych, że 19 października w trybie pilnym odbyło się spotkanie Prezydium NRL, w sprawie ustaw, które 20 października mają być procedowane w Sejmie. Prezydium jest zaskoczony treścią tych ustaw, ponieważ nie spełniają postulatu dotyczącego ubezpieczenia dla lekarzy walczących z COVID-19. Kolejnym zaskakującym punktem jest zapis dotyczący skróconej ścieżki przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarzom spoza Unii Europejskiej, co jednocześnie ogranicza prawa izb lekarskich. Dodatkowo zobowiązuje się izby lekarskie do przekazywania wojewodom list lekarzy, którzy mają być kierowani do walki z COVID-19. G. Mazur zwrócił uwagę na absurdalność wymogu, bo przecież izby nie posiadają wiedzy na temat tego, czy lekarz może pracować z pacjentami covidowymi, czy na przykład lekarka jest w ciąży lub ma małe dziecko, albo znajduje się w innej sytuacji, która wyklucza ją z możliwości walki z pandemią. Projekt ustawy znosi też okres ochronny dla lekarek, które mają dzieci do 14 roku życia, a także wydłuża możliwość pracy z pacjentami covidowymi lekarzom do 60 roku życia. Lekarzy rozczarował przepis dotyczący odpowiedzialności karnej za nieumyślne spowodowanie śmierci pacjenta. Środowisko oczekiwało, że w warunkach pandemii personel medyczny będzie dodatkowo chroniony, tymczasem przepisy biorą pod uwagę tylko odpowiedzialność karną, jeśli lekarz udowodni, że wystąpiły „szczególne warunki”.

Istnieje wiele uwag środowiska lekarskiego do tych uchwał, które procedowane są w trybie pilnym, bez jakichkolwiek konsultacji z lekarzami. Jeszcze w dniu posiedzenia NRL prezes wystąpił z bardzo ostrym stanowiskiem w tej sprawie.

W kolejnym punkcie obrad omówiono sprawy Komisji Stomatologicznej i delegatur:

- Jako pierwsza wystąpiła przewodnicząca Komisji Stomatologicznej, Małgorzata Lindorf. Komisja nie odbywa spotkań, ale cały czas działa. Najważniejsze tematy to sygnały o zarażonych lekarzach, a także o zamknięciach kolejnych gabinetów ze względu na zgłoszenia pacjentów chorych na COVID-19. Do końca października należy rozliczyć BDO. Zmienił się termin obowiązkowego wprowadzenia kas fiskalnych do gabinetów dentystycznych. Kasy będą obowiązkowe od lipca 2021, a nie od stycznia.
- O działaniach Delegatury Łódzkiej mówił jej przewodniczący Łukasz Jasek, który poinformował, że nadal nie odbywają się spotkania, bieżące sprawy Delegatury załatwiane są zdalnie. Ł. Jasek zachęcił też lekarzy do kontaktu i zgłaszania nieprawidłowości, jeśli z takimi się spotykają.
- O działaniach Delegatury Piotrkowskiej opowiedział Grzegorz Mazur. W tej Delegaturze również nie są organizowane spotkania, ale przewodniczący kontaktuje się z delegatami telefonicznie i e-mailowo.

Najważniejszym tematem wydaje się w tej chwili stan zdrowia lekarzy. Najgorzej wygląda sytuacja w Szpitalu Wojewódzkim w Tomaszowie Mazowieckim, gdzie w dniu posiedzenia Rady było 10 zakażonych lekarzy, w tym 2 przechodzi zakażenie ciężko. Również w Szpitalu w Radomsku było 10 osób chorych, w Bełchatowie – 2. Zamykane są kolejne oddziały. Dotychczas z powodu zarażenia COVID-19 w Delegaturze Piotrkowskiej zmarł jeden lekarz.

- Delegatura Sieradzka – przewodniczący Włodzimierz Kardas poinformował, że decyzją Wojewody trzy szpitale na terenie Delegatury zostały przekształcone w covidowe (Zduńska Wola, Wieruszów i Pajęczno), dodatkowo w szpitalu w Sieradzu stworzono oddział zakaźny. Szpitale ościenne mają przejąć pozostałych pacjentów.
- Delegatura Skierniewicka – Waldemar Grabowski opowiedział o sytuacji szpitala w Łowiczu.

W kolejnym punkcie obrad projekty uchwał merytorycznych wynikających z zadań ustawowych przedstawił zastępca sekretarza ORL Zbigniew Kijas i przedstawił informacje Komisji ds. Rejestru i Praw Wykonywania Zawodu oraz Komisji ds. Kształcenia i Funduszu Kształcenia Podyplomowego.

W kolejnym punkcie Zbigniew Kijas przedstawił sprawy Komisji ds. Konkursów, do której należy m.in. wskazanie przedstawicieli do komisji konkursowych na stanowiska kierownicze:

- w konkursie na stanowisko ordynatora Oddziału Neurologicznego i Udarowego w Miejskim Centrum Medycznym im. Jonschera. Wskazano: Łukasza Jaska, Beatę Wyrwas-Mackier i Bożenę Adamkiewicz,
- w konkursie na ordynatora oddziału Rehabilitacyjnego i Rehabilitacji Neurologicznej w Miejskim Centrum medycznym im. Jonschera. Wskazano: Ewę Lasotę, Zdzisława Surmacza i Ewę Pabisia-Matuszczyk.

Po głosowaniu uchwały podjęto.

Przedstawiciel Komisji ds. Praktyk przekazał wniosek o wykreślenie z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Dotyczy 3 podmiotów. Po głosowaniu uchwały podjęto.

W następnym punkcie obrad prezes P. Czekalski przedstawił projekty uchwał Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi w sprawie zasad korzystania z wszelkich form pomocy finansowej dla lekarzy i lekarzy dentystów, członków OIL w Łodzi. Uchwała ma na celu zabezpieczenie finansów OIL w ten sposób, aby osoby korzystające z pomocy finansowej musiały zwrócić tę pomoc, jeżeli zostaną skreślone z listy członków Izby w okresie krótszym niż dwa lata od czasu pobrania tej pomocy. Takie rozwiązanie pozwoli uniknąć sytuacji, kiedy beneficjent pobiera pomoc finansową w jednej Izbie, po czym przenosi się do innej i tam również wnioskuje o pomoc.

Po głosowaniu uchwałę podjęto.

Druga uchwała dotyczyła powołania przewodniczącego i wiceprzewodniczącego Komisji Kultury ORL w Łodzi VIII kadencji, ponieważ dotychczasowy przewodniczący Komisji Mateusz Kowalczyk zrezygnował z pełnionej funkcji. Na stanowisko przewodniczącego Komisji nominowano Jacka Pypcia, na stanowisko zaś wiceprzewodniczącego Tomasa Karaudę. Po głosowaniu uchwałę podjęto.

Kolejny projekt uchwały dotyczył zwiększenia budżetu Rzecznika Praw Lekarza. Postanowiono udzielić zgodę na przekroczenie wydatków Komisji Rzecznika Praw Lekarzy w roku budżetowym 2020 o kwotę 12 tys. zł. Ponadto do budżetu Komisji mają być doliczane zwroty kwot kosztów zastępstwa procesowego wpłacone przez prokuratury lub strony w przypadku rozstrzygnięcia sprawy na korzyść lekarza.

W kolejnym punkcie obrad omówiono sprawę komisji problemowych:

- Komisja Finansowo-Budżetowa – przewodniczący Zbigniew Kijas poinformował, że ostatnie spotkanie odbyło się w czerwcu, stan finansów Izby określono wówczas jako zadowolający. Kolejne spotkanie ma się odbyć w listopadzie.
 - Komisja Bytowa – przewodniczący Zbigniew Kijas poinformował, że ostatnie spotkanie odbyło się w lipcu. W tym roku na różnego rodzaju zasiłki dla członków Izby wydano 25 tys. zł.
 - Komisja Etyki Lekarskiej – z powodu braku przedstawiciela działań Komisji nie przedstawiono.
 - Komisja Informacyjno-Wydawnicza – przewodniczący Grzegorz Krzyżanowski opowiedział o działaniach związanych z wydawaniem gazety „Panaceum”, a także o pracach związanych z wydaniem nowego kalendarza na 2021 rok.
 - Komisja ds. Legislacji, Uchwał i Wniosków – Komisja działa zdalnie, przewodnicząca Komisji dr Ewa Kralkowska jest w stałym kontakcie z Działem Prawnym OIL.
 - Komisja Rzecznika Praw Lekarzy – z powodu braku przedstawiciela działań Komisji nie przedstawiono.
 - Komisja Kultury – po zmianie przewodniczącego i zastępcy jest w trakcie zmian organizacyjnych – realizacja wcześniej podjętych planów.
 - Komisja Sportu i Rekreacji – przewodniczący Ryszard Golański poinformował, że z powodu pandemii wszystkie zaplanowane na ten rok zawody i mistrzostwa zostały odwołane. Nie wiadomo, jak będzie wyglądać sytuacja w przyszłym roku. Jedyne wydarzenie, jakie udało się w tym roku zorganizować, to 25-lecie DoctorRiders. Tegoroczny budżet Komisji nie zostanie więc wykorzystany. Przewodniczący wspomniał również o problemie kart OK System i Multisport dla lekarzy w obliczu zamknięcia klubów fitness, przewodniczący poprosił o wskazanie osoby w Biurze OIL, która będzie mogła zająć się tą sprawą.
 - Komisja ds. Współpracy Zagranicznej – z powodu braku przedstawiciela działań Komisji nie przedstawiono.
 - Koło Lekarzy Seniorów – z powodu braku przedstawiciela działań Koła nie przedstawiono.
 - Koło Młodych Lekarzy i Lekarzy Dentystów – z powodu braku przedstawiciela działań Koła nie przedstawiono.
 - Okręgowa Komisja Rewizyjna – przewodnicząca Komisji Izabela Banaś poinformowała, że członkowie Komisji kontaktują się ze sobą e-mailowo i telefonicznie. Poinformowała, że co prawda wydatki są znacznie mniejsze niż planowane w budżecie, ale mniejsze są również wpływy, w tym te planowane ze składek. Rezerwa budżetowa jest w tej chwili bardzo niewielka. Uwagę zwracają wydatki na rzecz firm zewnętrznych, związanych z obsługą nowego portalu internetowego OIL. Komisja przeanalizowała również koszty utrzymania siedziby, a wnioski zostaną przekazane prezesowi.
- Głos zabrał prezes P. Czekalski, który wyjaśnił, że koszty związane z obsługą strony są konieczne, ponieważ nadal trwa współpraca z firmą, która na bieżąco wprowadza nowe rozwiązania, takie jak np. kolejkowanie interesantów. Prezes poinformował też o redukowaniu kosztów: rezygnacji z prenumeraty gazet papierowych, zmiany firmy zajmującej się serwisem elektrycznym w siedzibie OIL.
- Okręgowa Komisja Wyborcza – z powodu braku przedstawiciela działań nie przedstawiono. Prezes P. Czekalski poinformował, że termin utworzenia rejonów wyborczych mija 28 lutego 2021 r.

- Ośrodek Kształcenia Medycznego – Łukasz Jasek poinformował, że nadal z powodu pandemii nie jest możliwe prowadzenie szkoleń w tradycyjnej formie, dlatego organizowane są szkolenia online i webinary.
- Informacje o działaniach Zespołu IT i Działu Medialnego – Łukasz Jasek poinformował o działaniach zarówno na nowym portalu OIL, jak i na Facebooku, w tym o spotkaniach na żywo z prawnikami Izby, które cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem. Działania te przyniosły znaczne zwiększenie zasięgów, co pozwala na dotarcie z informacjami dotyczącymi OIL do większej grupy odbiorców.

W kolejnym punkcie spotkania zgromadzeni dyskutowali i aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia, m.in. o:

- braku szpitala jednoimiennego – prezes P. Czekalski przypomniał rozmowę z Wojewodą Łódzkim, który zapewnił, że miejsca dla chorych z COVID-19 cierpiących również na inne schorzenia, powstaną w szpitalach w Zgierzu i Tomaszowie Mazowieckim;
 - nowych oddziałach dla chorych na COVID-19 – we wspomnianej wyżej rozmowie, Wojewoda zapewnił również, że dodatkowe miejsca powstaną też w innych szpitalach województwa;
 - zarządzeniu NFZ dotyczącego ograniczenia zabiegów planowych do niezbędnego minimum;
 - sytuacji w lecznictwie otwartym – Izabela Banaś zwróciła uwagę na trudną sytuację lekarzy POZ. W związku z obowiązującą strategią rządu, walka z COVID-19 opiera się głównie na lekarzach Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Lekarze ci są odpowiedzialni nie tylko za teleporady, ale także za skierowanie pacjenta z podejrzeniem COVID-19 na test, sprawdzenie wyników tego testu i poinformowanie pacjenta, zlecenie kwarantanny, wezwanie karetki wymazowej, jeśli jest to konieczne, dalsze obserwowanie pacjenta, który został w domu, w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, również wizyta domowa. Zdaniem dr I. Banaś pacjenci covidowi wypierają innych pacjentów, w tej chwili 8 na 10 chorych zgłaszających się do POZ zgłasza się z podejrzeniem zarażenia koronawirusem. Lekarze POZ potrzebują więc dodatkowego wsparcia, w tym ubezpieczenia na wypadek zarażenia.
- Członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej zgodzili się, że w tej sprawie powinno powstać Stanowisko ORL. Dr I. Banaś ma przygotować projekt dokumentu, który zostanie rozesłany do członków Rady i który będzie głosowany w trybie zdalnym.

- Zasugerowano, żeby odbywały się kontrole w szpitalach w zakresie dostępności PPE lekarzy pracujących w bezpośrednim kontakcie z chorymi covidowymi.

- Dr Elżbieta Jaszczuk zwróciła uwagę, że przenoszenie zarażeń pomiędzy szpitalami wynika z wcześniejszych zmian w sposobie zatrudniania lekarzy z etatowego na inne formy zatrudnienia.

W kolejnym punkcie obrad zgromadzeni omówili korespondencję bieżącą:

- pismo prezesa NRL do wiceprezesa Rady Ministrów Jacka Sasina w sprawie jego oburzającej wypowiedzi w programie radiowym.
- W piśmie prezes NRL wyraża oburzenie słowami wiceministra, jak również w imieniu całego środowiska medycznego domaga się przeprosin.
- Pismo do dziś pozostało bez odpowiedzi;
- apel Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich do mediów i osób publicznych o zaniechanie zamieszczania i wygłaszania fałszywych i obraźliwych informacji na temat lekarzy w obliczu walki z COVID-19. Apel odnosi się do depeszy Polskiej Agencji Prasowej: „Izby lekarskie niechętnie kierują personel medyczny do walki z epidemią”, publikowanej

w wielu mediach. Konwent zwraca się z prośbą do mediów o nierozpowszechnianie zawartych w niej fałszywych informacji;

- apele Prezydium ORL w Bydgoszczy do lekarzy i Konferencji Episkopatu Polski w sprawie sytuacji osób LGBT;

W liście do Episkopatu czytamy: „Prezydium ORL w Bydgoszczy apeluje o powstrzymanie się od formułowania zaleceń sprzecznych z faktami i nauką, w szczególności zaś dotyczących tworzenia poradni będącej źródłem dodatkowego cierpienia dla osób nieakceptowanych społecznie ze względu na swoją orientację seksualną”. W drugim piśmie, Prezydium ORL Bydgoszczy zwraca się z kolei do lekarzy „o kierowanie się w postępowaniu i formułowaniu wypowiedzi aktualną wiedzą medyczną i szacunkiem do drugiego człowieka, bez względu na jego płeć, wiarę, orientację seksualną, rasę czy pochodzenie”.

- apele Prezydium ORL w Szczecinie do ministra zdrowia w sprawie odstąpienia od przeprowadzenia w sesji jesiennej egzaminów ustnych PES z zachowaniem wyłącznie formy pisemnej. Prezydium argumentuje apel koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa lekarzom zdającym Państwowy Egzamin Specjalizacyjny;
- Prezydium ORL w Szczecinie apeluje do ministra zdrowia o zmianę przepisów dotyczących testowania osób, u których stwierdzono COVID-19, a które wykonują zawody medyczne. Chodzi o taką zmianę przepisów, która pozwoli szybciej uzyskać dwa wyniki negatywne, a tym samym umożliwi wcześniejszy powrót do wykonywania obowiązków zawodowych;
- pismo Rzecznika Praw Pacjenta do prezesów ORL w sprawie kosztów badań diagnostycznych i stosowanych praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów w zakresie takiej organizacji pracy podmiotów leczniczych, która przewiduje obowiązek po stronie lekarzy do poniesienia (całości lub części) kosztów zleczanych przez nich pacjentom badań diagnostycznych, w tym laboratoryjnych. Rzecznik Praw Pacjenta, Bartłomiej Chmielowiec zwrócił się do wszystkich okręgowych izb lekarskich z prośbą o współpracę w tej sprawie.

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi zwróciła się do lekarzy o zgłaszanie sygnałów o stosowaniu przez podmioty lecznicze postanowień umownych, z których wynika, że lekarz jest obciążany kosztami zleczanych badań. Co istotne, Rzecznikowi nie są potrzebne dane zgłaszającego lekarza, wymagana jest natomiast nazwa podmiotu leczniczego, pożądane jest także, jeśli OIL będzie dysponowała takim materiałem, przesłanie kopii umowy z ww. postanowieniami z pozostawieniem oznaczenia podmiotu leczniczego jako strony zawierającej umowę;

- pismo z apelem prezesa NRL do ministra zdrowia w sprawie włączenia do projektu ustawy dotyczącej odpowiedzialności za naruszenie obowiązków służbowych przy przeciwdziałaniu COVID-19 rozwiązań zaproponowanych przez samorząd lekarski.

W piśmie czytamy: „Wprowadzenie regulacji ustawowych modyfikujących ogólnie obowiązujące zasady odpowiedzialności prawnej przedstawicieli zawodów medycznych, zarówno w sferze prawa karnego, cywilnego, jak i odpowiedzialności zawodowej pracowników służby zdrowia i jednostek opieki zdrowotnej udzielających świadczeń medycznych w okresie obowiązywania stanu epidemii, jest w pełni uzasadnione i konieczne”.

W kolejnym punkcie obrad prezes P. Czekalski przedstawił swoje kalendarium.

W ostatnim punkcie spotkania zgromadzeni omówili sprawy różne i wolne wnioski:

- Podsumowanie XXXVIII OZL.

Prezes P. Czekalski poinformował, że tegoroczny Okręgowy Zjazd Lekarzy z powodu epidemii nie mógł odbyć się w tradycyjny sposób. Okręgowa Rada Lekarska zdecydowała więc przeprowadzić zjazd w trybie korespondencyjnym oraz w formie osobistego głosowania w siedzibie ORL w Łodzi, a także w siedzibach delegatur w Piotrkowie Trybunalskim, Sieradzu i Skierniewicach. Głosowanie trwało do 11 września 2020 r. włącznie. Komisja Mandatowo-Skrutacyjna poinformowała, że: uprawnionych do głosowania było 221 delegatów. Każdy z delegatów otrzymał przesyłkę zawierającą karty do głosowania nadaną listem ekonomicznym za pośrednictwem Poczty Polskiej 31 lipca 2020 r. Łącznie głos oddało 154 delegatów, z czego: 116 głosów oddanych zostało za pośrednictwem poczty, 38 głosów złożonych zostało w siedzibie OIL w Łodzi oraz w siedzibach delegatur w Piotrkowie Trybunalskim, Sieradzu i Skierniewicach.

- Podsumowanie wręczenia PWZ.

Ze względu na pandemię w tym roku zrezygnowano z uroczystego wręczenia Praw Wykonywania Zawodu, które tradycyjnie odbywało się w Filharmonii Łódzkiej. Młodzi lekarze odbierali dokumenty w siedzibie OIL przy ulicy Czerwonej, po wcześniejszym umówieniu się na wyznaczoną godzinę za pośrednictwem specjalnego formularza elektronicznego na stronie www.oil.lodz.pl. Wydawanie dokumentów trwało 3 dni (14, 15 i 16 września). Lekarze odbierali komplet dokumentów a także podpisywali przyrzeczenie lekarskie. Dokumenty odebrało 466 lekarzy.

- Szkolenia online – Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL.

Prezes P. Czekalski:

- ponowił prośbę o udział w szkoleniach online organizowanych przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL z zakresu doskonalenia:

leczenia i profilaktyki w zakresie chorób i zaburzeń psychiatrycznych, depresji; w zakresie nowotworów i profilaktyki chorób nowotworowych głowy i szyi; w zakresie komunikacji i budowania relacji między lekarzami pierwszego kontaktu a lekarzami specjalistami;

- poinformował, że wydłużono terminy szkoleń do końca roku – szczegółowe informacje na temat kursów znajdują się pod adresem: <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia>;

- poinformował o zakupie: sprzętu, który pomoże zapewnić bezpieczeństwo zarówno pracownikom, jak i interesantom OIL w Łodzi; termometru elektronicznego i półprzyłbic dla pracowników oraz o czterech nowych stacjach dezynfekcyjnych ustawionych w wejściu: głównym, do sekretariatu, do gabinetu Sądu Lekarskiego i w restauracji.

Od poniedziałku, 19 października 2020 r. do odwołania, wprowadzono w Biurze Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi obsługę z ograniczeniem kontaktu osobistego. Załatwianie spraw będzie możliwe elektronicznie, korespondencyjnie i telefonicznie w godzinach pracy biura.

W pilnych sprawach możliwa będzie wizyta w Biurze OIL po wcześniejszym umówieniu się na konkretny dzień i godzinę za pomocą zamieszczonego na naszym portalu formularza: <http://oil.lodz.pl/formularze/umow-wizyte>.

Restauracja będzie czynna w godzinach pracy Biura wraz z zachowaniem reżimu sanitarnego 4 m kw./1 osobę oraz osobnym wejściem.

Justyna Kowalewska

Termin kolejnego posiedzenia ORL – 1 grudnia 2020 r. o godz. 10:00.



Medycyna Grabieniec Sp. z o.o.
 Łódź, ul. Grabieniec 13
 Łódź, ul. Zachodnia 12A/12C

Zatrudnimy pilnie
 specjalistów w ramach umowy z NFZ:

laryngologa do poradni laryngologicznej
psychiatrę lub lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii
do poradni zdrowia psychicznego
psychiatrę lub lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii
do zespołu leczenia środowiskowego
neurologa lub anesteziologa
do poradni leczenia bólu
neurologa do poradni neurologicznej
kardiologa lub lekarza w trakcie specjalizacji z kardiologii
do poradni kardiologicznej
ginekologa do poradni ginekologicznej

Proponujemy:

- harmonogram pracy do uzgodnienia
- korzystne warunki finansowe

Zapewniamy środki ochrony osobistej.

Kontakt: tel. 600 012 351, e-mail: iwona@grabieniec.pl



Centrum Medyczne Szpital św. Rodziny zatrudni:

- lekarzy endokrynologów
- lekarzy z uprawnieniami do wykonywania badań USG
- lekarzy rodzinnych
- lekarzy internistów
- lekarzy pediatriów
- lekarzy kardiologów
- lekarzy neurologów
- lekarzy laryngologów
- lekarzy medycyny sportowej
- lekarzy mających doświadczenie w prowadzeniu badań ergospirometrycznych
- lekarzy psychiatrów
- koordynatora badań klinicznych
- pielęgniarki lub analityków medycznych do Punktu Pobrań – pobieranie krwi (z aktualnym prawem wykonywania zawodu)
- pielęgniarki do Punktu Szczepień (z aktualnym prawem wykonywania zawodu i kursem szczepień)
- pielęgniarki z kursem kwalifikacyjnym pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania

POSZUKUJEMY RÓWNIEŻ LEKARZY O SPECJALIZACJI Z ZAKRESU:

alergologii, diabetologii, dermatologii, okulistyki (do realizacji świadczeń w ramach Medycyny Pracy oraz NFZ), reumatologii, gastroenterologii, rehabilitacji medycznej, absolwentów Wydziału Nauk o Zdrowiu UM – kierunek Zdrowie Publiczne.

ZAPEWNIAMY PRACĘ Z ASYSTENTEM LEKARZA
w gabinecie lekarskim (eWUŚ, e-recepty, e-zwolnienia).

Proponujemy bardzo korzystne warunki pracy.

TEL. 691 221 200 LUB 42 254 96 81, E-MAIL: SEKRETARIAT@SWIETARODZINA.COM.PL



Prywatna Poradnia w Łodzi nawiąże współpracę
z lekarzem specjalistą lub w trakcie specjalizacji.

- Ginekologiem
- Gastrologiem
- Laryngologiem
- Radiologiem (badania USG)
- Endokrynologiem
- Kardiologiem
- Dermatologiem
- Neurologiem
- Pulmonologiem
- i innymi.

Dlaczego warto u nas pracować?



Nowoczesne Centrum
Medyczne

La Vida to przychodnia mieszcząca się w nowoczesnym budynku, przyjaznym osobom niepełnosprawnym oraz rodzicom z dziećmi.



Profesjonalna obsługa
rejestracyjna

Zadbamy o to, aby Państwa grafik wizyt był pełen. Zadowolone naszych pacjentów jest najlepszą gwarancją satysfakcjonującej pracy w Centrum Medycznym La Vida.



Komfortowe gabinety
medyczne

Praca w naszych gabinetach to czyska przyjemność. Nowoczesne wyposażenie, miły dla oka wystrój, wygodne, przestronne wnętrza i rodzinna atmosfera.



Elastyczna forma
współpracy

To Państwo decydują o tym, ile dni i ile godzin w tygodniu chcą u nas pracować. Szanujemy czas naszych lekarzy, zarządzając nim w najlepszy możliwy sposób.

"Nie jesteśmy dużą placówką, dlatego staramy się bardziej."

Wejdź na stronę www, zobacz co oferujemy, sprawdź opinie lekarzy już z nami współpracujących i dołącz do nas.

www.lavidalodz.pl/praca tel:725-275-359



MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE
JONSCHER
 IM. DR. KAROLA JONSCHERA W ŁODZI

Dyrektor Miejskiego Centrum Medycznego im. dr. Karola Jonschera w Łodzi, ul. Milionowa 14 zatrudni

lekarza do pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Szczegółowe warunki zatrudnienia można poznać w Dziale Zarządzania Zasobami Ludzkimi w Miejskim Centrum Medycznym im. dr. Karola Jonschera w Łodzi przy ulicy Milionowej 14.

Dodatkowe informacje udzielane są pod numerem telefonu:

42 676 17 74, 42 676 17 74 (WEWN. 166) lub AWENERSKA@JONSCHER.PL



Przychodnie zdrowia
MegaMed
 GRUPA LUXMED

MegaMed sp. z o.o. zatrudni

- w Bełchatowie **lekarza POZ dla dorosłych, lekarza POZ dla dzieci oraz laryngologa i ortopedę;**
- w Piotrkowie Trybunalskim **lekarza diabetologa.**

Oferujemy dobre warunki pracy i płacy.

Zainteresowane osoby prosimy o kontakt telefoniczny **695 351 701** lub wysyłanie CV na adres: JSZTYGLIC@MEGAMED.PL



Medycyna Grabieniec Sp. z o.o. w Łodzi
poszukuje

lekarza rodzinnego lub lekarza z zaświadczeniem z OIL
o lekarzu POZ – świadczenia dla dzieci i dorosłych
internistę lub lekarza po stażu podyplomowym
– świadczenia dla dorosłych

do pracy w ramach kontraktu z NFZ do pracy w Podstawowej
Opiece Zdrowotnej w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu

Bardzo dobre warunki pracy. Prowadzimy e-dokumentację.
Zabezpieczamy środki ochrony osobistej.

Kontakt: tel. 600 012 351, e-mail: iwona@grabieniec.pl

Nowoczesne Przychodnie Stomatologiczne
nawiążą współpracę
z **DENTYSTAMI**

Łódź, Zduńska Wola

WWW.DENTICACLINIC.PL

E-MAIL: AREK.CH@INTERIA.EU

TEL. 502 612 990

NZOZ ESKULAP w Tomaszowie Mazowieckim

zatrudni

LEKARZA MEDYCYNY RODZINNEJ
lub LEKARZA INTERNISTĘ.

Zatrudnienie – umowa o pracę lub umowa cywilnoprawna.
Warunki pracy i płacy do uzgodnienia.

TEL. 600 586 472

E-MAIL: JANUSZEDU@OP.PL

Centra Medyczne Medyceusz

zatrudnią lekarzy w poradniach:

**neurologicznej, ginekologicznej, laryngologicznej, okulistycznej,
metabolicznej, pulmonologicznej i rehabilitacyjnej,**

lekarza w **podstawowej opiece zdrowotnej** oraz **pediatrę,**
lekarzy na **dyżury w nocnej opiece zdrowotnej.**

Zainteresowanych prosimy o kontakt:

SEKRETARIAT@MEDYCEUSZ.COM

TEL. 509 656 732

ZOZ w Łęczycy

pilnie zatrudni

lekarzy na dyżury w:

- Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,
- Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej.

TEL. 24 3882601 w. 107, TEL. KOM. 693 107 604

Szpital Powiatowy w Radomsku zatrudni:

1. Kierownika Oddziału Dziecięcego z Izłą Przyjęć;
2. Lekarzy specjalistów z zakresu pediatrii do pracy dyżurowej
w Oddziale Dziecięcym z Izłą Przyjęć;
3. Lekarzy radiologów do pracy dyżurowej w Zakładzie
Diagnostyki Obrazowej.

Forma zatrudnienia i warunki płacowe do uzgodnienia
z Dyrekcją Szpitala.

TEL. 44 685 47 16

W związku z dynamicznym rozwojem Kliniki Stomatologicznej Adent
szukamy lekarzy dentystów w dziedzinach:

- endodoncja mikroskopowa,
- stomatologia zachowawcza, dziecięca,
- periodontologia,
- protetyka,
- chirurgia,
- ortodoncja,
- implantologia

Praca z nowoczesnym sprzętem: mikroskop, CBCT, OPG, RVG.
Przyjmujemy pacjentów tylko prywatnie.

Znajdziesz nas: Warta koło Sieradza

TEL. 697 921 632 • Strona naszego gabinetu: STOMATOLOGWARTA.PL

Miejskie Centrum Medyczne „Górna” w Łodzi, ul. Felińskiego 7
zatrudni lekarzy specjalistów w zakresie

medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych, neurologii

Forma zatrudnienia (umowa o pracę lub umowa cywilnoprawna) oraz
warunki pracy i płacy do uzgodnienia.

E-MAIL: SEKRETARIAT@MCMGORNA.PL TEL. 42 689 20 81

Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie
Trybunalskim zatrudni **lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych**
na stanowisko Kierownika Oddziału Wewnętrznego
oraz lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych
do pracy w Oddziale Wewnętrznym.

Warunki pracy i płacy do uzgodnienia.

Wszelkie informacje TEL. 44 648 03 00 – Sekretariat Szpitala

Praca

Lekarz dentysta, specjalizacja z protetyki, szuka pracy w ramach NFZ w Rawie Mazowieckiej i okolicy, TEL. 607 601 292

Centrum medyczne FoxMed w Tomaszowie Maz. podejmie współpracę z **lekarzem dentystą**, TEL. 500 189 768

NZOZ w centrum Zduńskiej Woli podejmie współpracę z **lekarzem ortodontą i endodontą** pracującym z mikroskopem, TEL. 502 207 197

MCM Widzew zatrudni **chirurga ogólnego**, praca z laserem chirurgicznym, TEL. 42 674 86 36

Przychodnia MEDICO w Strykowie zatrudni na etat **lekarza rodzinnego** lub w trakcie specjalizacji. Warunki pracy do uzgodnienia, TEL. 602 453 328

Zatrudnię **lekarza dentystę** w nowym gabinecie w Widawie powiat łaski (nowa lokalizacja). Pacjenci prywatni, TEL. 500 414 146

Brzeziny k. Łodzi – zatrudnię **lekarza dentystę** celem leczenia endodontycznego, posiadam mikroskop endo, RTG, urządzenie do wypełniania ciekłą gutaperką. Młody zespół, dobra atmosfera. Zapraszam do współpracy, TEL. 603 547 438

Poradnia Zdrowia Psychicznego w okolicy Łodzi zaprasza do współpracy **lekarzy – specjalistów psychiatrii**, TEL. 780 288 570

Centrum Medyczne Sonomedika w Łodzi podejmie współpracę z **lekarzami różnych specjalizacji**. Również z lekarzami wykonującymi badania USG – dysponujemy aparatami GE VOLUSON E8 EXPERT, TEL. 663 247 221, 514 650 032, 42 672 30 12, E-MAIL: BIURO@SONOMEDIKA.PL

Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim zatrudni **lekarza medycyny rodzinnej**. Umowa o pracę lub kontrakt, TEL. 44 645 11 23

SPZOZ w Stąporkowie (świętokrzyskie, 15 km od Końskich) zatrudni **LEKARZA POZ i PEDIATRĘ** – atrakcyjne warunki, forma zatrudnienia dowolna, TEL. 518 993 514

Praca w doświadczonym, prężnym zespole w nowoczesnym szpitalu poza Łodzią, **dla chirurgów ze specjalizacją** lub w trakcie kończenia specjalizacji, TEL. 504 085 587

Zatrudnię **lekarza rehabilitacji medycznej, specjalistę ortopedii i traumatologii** lub **specjalistę reumatologii** do pracy w poradni rehabilitacyjnej. Praca w Częstochowie i/lub Kłobucku. Atrakcyjne warunki pracy, E-MAIL: KLUSZCZTRONINY@GMAIL.COM, TEL. 782 373 535

Centrum Stomatologii Klinika Uśmiechu poszukuje **ortodonty** (lekarza zajmującego się ortodoncją) do współpracy, TEL. 699 713 657 E-MAIL: KONTAKT@KLINIKA-USMIECHU.COM

SPZOZ w Kobieliach Wielkich, powiat radomszczański, zatrudni **lekarza pediatrę** lub **lekarza medycyny rodzinnej**, dobre warunki pracy, możliwość zakwaterowania, TEL. 604 075 571

Lokale

Wynajmę wielospecjalistyczne gabinety lekarskie w centrum Zduńskiej Woli, TEL. 535 989 383

WYNAJMĘ GABINET STOMATOLOGICZNY ŁÓDŹ - RETKINIA gotowy do pracy od zaraz, wyposażony, TEL. 693 199 690

Sprzedam

Wyposażenie gabinetu stomatologicznego, TEL. 508 139 744

Różne

Rozliczenia księgowo Indywidualnych Praktyk Lekarskich. Łódź, Beata Rożnowska, TEL. 604 876 675, E-MAIL: ROZNOWSKA.BEATA@WP.PL



NZOZ PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH VITAPLUS ROŚCISZEWSKY
JEST ZAINTERESOWANA

KUPNEM PORADNI POZ W ŁODZI I OKOLICACH.

- ✓ Jesteśmy **rodzinną firmą**, którą **wspólnie prowadzimy od 20 lat**. Zaufało nam w tym czasie ponad 10 tysięcy pacjentów.
- ✓ Widzimy potrzebę rozbudowy firmy, **aby sprostać rosnącym wymaganiom** finansowym, kadrowym, informatycznym, sprawozdawczym i innym.
- ✓ Zależy nam na **wysokiej jakości świadczeń i dobrej dalszej współpracy z aktualnymi właścicielami**.
- ✓ Dla osób zainteresowanych **zapewnimy zatrudnienie z wynagrodzeniem takim samym lub lepszym jak aktualne**. Jednocześnie bierzemy na siebie wszystkie obowiązki administracyjne i organizacyjne.

Osoby zainteresowane zapraszamy do kontaktu:

☎ 500 199 530

✉ andrzej.roszczewski@vitaplus.pl

Publikacja ogłoszeń na łamach pisma „Panaceum”
i portalu internetowego oil.lodz.pl

OGŁOSZENIA BEZPŁATNE

Zlecają wyłącznie członkowie OIL w Łodzi; jako drobne w działach: **szukam pracy / różne** (np. sprzęt odstąpię bezpłatnie), maksymalna liczba słów do 80 znaków ze spacjami. Ogłoszenia można przesyłać na adres e-mail PANACEUM@OIL.LODZ.PL bezpośrednio w tekście e-maila, podając wymagane informacje, takie jak:

- 1) rodzaj publikacji: papierowa w piśmie „Panaceum” – wskazując liczbę edycji (maks. 3), numer/numery pisma (obowiązuje harmonogram wydawniczy),
- 2) dział, jakiego dotyczy ogłoszenie: praca/różne,
- 3) treść do publikacji z kontaktem,
- 4) dane zlecającego ogłoszenie: imię i nazwisko, numer PWZ, kontakt bezpośredni: telefon, e-mail, adres do korespondencji.

OGŁOSZENIA PŁATNE – informacje na stronie www.oil.lodz.pl

Publikowane są w piśmie Panaceum: jako drobne (wytluszczone) w działach: PRACA DAM/LOKAL/SPRZEDAM/RÓŻNE – koszt 1 edycji 30,00 zł netto, maksymalna liczba znaków do 200 ze spacjami lub w modułach ramkowych o wymiarach:

- 1/16 [95,5 x 28,5 mm] – cena 60–100 zł netto (zależy od stopnia wyróżnienia);
- 1/8 [95,5 x 61 mm] – cena 130–220 zł netto (zależy od stopnia wyróżnienia);
- 1/4 [95,5 x 126 mm] – cena 250–450 zł netto (zależy od stopnia wyróżnienia);
- 1/2 [195 x 126 mm] – cena 500–1000 zł netto (zależy od stopnia wyróżnienia lub miejsca publikacji);
- 1/1 (cała strona) – cena 1000–2400 zł netto, zależy od stopnia wyróżnienia lub miejsca publikacji.

Do podanych cen należy doliczyć VAT 23%.

Cennik oraz szczegóły i formularze zleceń dostępne są na stronie: [HTTP://OIL.LODZ.PL/OGLOSZENIA/OGLOSZENIA-PAPIEROWE-WYDANIE-PANACEUM](http://oil.lodz.pl/ogloszenia/ogloszenia-papierowe-wydanie-panaceum) lub kontaktując się z redakcją pisma: PANACEUM@OIL.LODZ.PL

Ogłoszenia na stronie internetowej OIL zlecane są wyłącznie on-line pod adresem: [HTTP://OIL.LODZ.PL/OGLOSZENIA/DODAJ-OGLOSZENIE](http://oil.lodz.pl/ogloszenia/dodaj-ogloszenie)

PANACEUM

Pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

nr 11 (254) – listopad 2020

zapraszamy na
www.oil.lodz.pl



Wydawca

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi

93-005 Łódź, ul. Czerwona 3
www.oil.lodz.pl/kontakt – wykaz telefonów
biuro@oil.lodz.pl
www.oil.lodz.pl

Kolegium redakcyjne PANACEUM

Patrycja Proc przewodnicząca
Krystyna Borysewicz-Charzyńska
Paweł Czekalski
Włodzimierz Kardas
Bogumiła Kempnińska-Mirostawska,
Mateusz Kowalczyk
Fabian Obzejta
Barbara Szeffer-Marcinkowska
Agnieszka Danowska-Tomczyk redaktor naczelna
Justyna Kowalewska rzecznik prasowy OIL

Stale współpracują

mec. Jerzy Ciesielski
Robert Filipczak
Grzegorz Mazur
Krzysztof Papuziński
Damian Patecki
Ryszard Poradowski
Marcin Wojtczuk
r.pr. Jarosław Klimek
r.pr. Paweł Lenartowicz

Pismo redaguje zespół

Agnieszka Danowska-Tomczyk redaktor naczelna
Ewa Juszyńska-Poradecka współpraca

Sekretariat redakcji i biuro reklamy

tel. 42 683 17 10, faks 42 683 13 78
panaceum@oil.lodz.pl

Projekt graficzny

Joanna Apanowicz

Skład komputerowy

KIERC.NET Sp. z o.o.

Druk

Polska Press Sp. z o.o.,
Oddział Poligrafia Drukarnia w Sosnowcu

Numer zamknięto

27 października 2020 r.

Nakład

13 500 egz.

Copyright © OIL Łódź

Cennik ogłoszeń i reklam
oraz warunki ich przyjmowania i formularze zleceń:
<https://oil.lodz.pl/ogloszenia/>
[ogloszenia-papierowe-wydanie-panaceum](#)

Wydawca nie ponosi odpowiedzialności
za treść i formę reklam ani ogłoszeń
przedstawionych w piśmie.

Uwaga autorzy tekstów i zdjęć!

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania
oraz redagowania nadesłanych tekstów,
nie zwraca materiałów niezamówionych.
Zdjęcia prosimy przysyłać w formacie JPG,
TIF lub RAW, ich rozmiar nie powinien być
mniejszy niż ok. 1500 x 1000 pikseli.

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W ŁODZI

93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, biuro@oil.lodz.pl, www.oil.lodz.pl

Centrala: 42 683 17 91, faks 42 683 13 78

Biuro OIL czynne: wtorek 9⁰⁰-18⁰⁰, piątek 8⁰⁰-15⁰⁰, pozostałe dni 8⁰⁰-16⁰⁰

Informacje – sekretariat: 42 683 17 09, 42 683 17 10

DYŻURY

Prezes ORL

Paweł R. Czekalski codziennie, po uzgodnieniu w sekretariacie prezesa

Wiceprezisi ORL

Małgorzata Lindorf (Wiceprezes ORL, Członek ORL, Członek Prezydium ORL, Przewodnicząca Komisji ds. Praktyk Lekarskich ORL) wtorki po uzgodnieniu telefonicznym, tel. 42 683 17 14 (biuro OIL w Łodzi)

Delegatura Łódzka: **Łukasz Jasek** (Wiceprezes ORL, koordynator Ośrodka Kształcenia Medycznego) czwartki w godz. 13⁰⁰-14⁰⁰ po uzgodnieniu telefonicznym, tel. 42 683 17 10 (biuro OIL w Łodzi)

Delegatura Piotrkowska: **Grzegorz Mazur** (Wiceprezes ORL) wtorki w godz. 12⁰⁰-13⁰⁰ po uzgodnieniu telefonicznym, tel. 44 649 17 34 (biuro 97-300 Piotrków Trybunalski, ZNP, ul. Sienkiewicza 16, tel. 44 649 17 34, piotrkow@hipokrates.org poniedziałek-piątek 8⁰⁰-15⁰⁰, wtorek 9⁰⁰-16⁰⁰)

Delegatura Sieradzka: **Włodzimierz Kardas** (Wiceprezes ORL) wtorki i czwartki w godz. 11⁰⁰-12⁰⁰ po uzgodnieniu telefonicznym, tel. 43 827 57 23 (biuro 98-200 Sieradz, SP ZOZ, ul. Armii Krajowej 7, tel. 43 827 57 23, sieradz@hipokrates.org poniedziałek-piątek 7⁰⁰-14⁰⁰, wtorek bez interesantów)

Delegatura Skierniewicka: **Robert Filipczak** (Wiceprezes ORL) środy w godz. 8³⁰-10⁰⁰ po uzgodnieniu telefonicznym, tel. 46 832 31 47 (biuro 96-100 Skierniewice, ul. Rybickiego 8, tel. 46 832 31 47, skierniewice@hipokrates.org poniedziałek-piątek 8⁰⁰-16⁰⁰, wtorek 9⁰⁰-17⁰⁰, przyjmowanie interesantów: 10⁰⁰-15⁰⁰, wtorek 10⁰⁰-17⁰⁰)

Sekretarz ORL Mateusz Kowalczyk (Komisja Kultury) po uzgodnieniu telefonicznym, tel. 42 683 17 09 (biuro OIL w Łodzi)

Zastępca Sekretarza ORL Zbigniew Kijas (komisja Bytowa, Komisja Finansowo-Budżetowa) po uzgodnieniu telefonicznym, tel. 42 683 17 10 (biuro OIL w Łodzi)

Skarbnik ORL Grzegorz Krzyżanowski (Komisja Informacyjno-Wydawnicza) po uzgodnieniu telefonicznym, tel. 42 683 17 10 (biuro OIL w Łodzi)

Członkowie Prezydium ORL

Ryszard Golański po uzgodnieniu telefonicznym, tel. 42 683 17 09

Lesław Jacek Pypec po uzgodnieniu telefonicznym, tel. 42 683 17 14

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Januariusz Kaczmarek, środa 12⁰⁰-14⁰⁰

Przewodniczący OSŁ Janusz Prochaska środy 10⁰⁰-12⁰⁰

Rzecznik Praw Lekarzy Marek Nadolski po uzgodnieniu telefonicznym, tel. 664 413 077 (biuro OIL w Łodzi)

Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy Emilia Kołodziej-Kowalska po uzgodnieniu telefonicznym, tel. 668 005 348 (biuro OIL w Łodzi)

WYKAZ TELEFONÓW BEZPOŚREDNICH

Sekretariat OIL i Sekretariat Prezesa

Kierownik **Iwona Szelewa** – tel. 42 683 17 01, biuro@oil.lodz.pl lub lodz@hipokrates.org (koordynator Klubu Lekarza, Sekcja Organizacyjna, Komisja Kultury)

Barbara Czyżo tel. 42 683 17 09, barbara.czyzo@oil.lodz.pl,

Kinga Karbowska tel. 42 683 17 10, kinga.karbowska@oil.lodz.pl

Sprawy Komisji Bioetycznej i Komisji Etyki ORL Anna Marciniak – tel. 42 683 17 44

Dział księgowości, kasa, składki, ubezpieczenia oraz Komisja Bytowa, Koło Lekarzy Seniorów – faks 42 684 98 94,

Kierownik Główna Księgowość OIL **Małgorzata Lewandowska**

Wiesława Legiędź tel. 42 683 17 33 (także sprawy Komisji Bytowej); **Olga Burdon** tel. 42 683 17 32

Ewa Arlt tel. 42 683 17 35; **Ilona Wantkiewicz** tel. 42 683 17 34 (także sprawy Koła Lekarzy Seniorów)

Dział rejestru – Rejestr lekarzy i lekarzy dentyków. Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Koło Młodych Lekarzy, legitymacje lekarskie

Kierownik administracyjny OIL i koordynator działu **Wojciech Łukomski**, tel. 42 683 17 15, w.lukomski@hipokrates.org

SMK i rejestry Ewa Lenartowicz tel. 42 683 17 17, **Agnieszka Tokarska, Izabela Fornalska** tel. 42 683 17 14 (rejestr, staże podyplomowe)

RPWDL – Rejestr praktyk zawodowych

Beata Krawiec tel. 42 683 17 42, b.krawiec@hipokrates.org,

Joanna Wencel tel. 42 683 17 29 (także Komisja Sportu i Rekreacji)

Rejestr podmiotów kształcących lekarzy, Okręgowa Komisja Wyborcza, Klub DoctoRRiders, Rzecznik Praw Lekarzy

Elżbieta Sadura tel. 42 683 17 27, ela.sadura@hipokrates.org

Ewidencja punktów edukacyjnych Katarzyna Krupska tel. 42 683 17 60, k.krupska@hipokrates.org

Szkolenia – Ośrodek Kształcenia, konkursy na stanowiska kierownicze

Urszula Pruszyńska tel. 42 683 17 25, u.pruszyńska@hipokrates.org

Informatycy Bartłomiej Nowak (także legitymacje lekarskie), **Andrzej Wojda** tel. 42 683 17 21

Kancelaria Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowego Sądu Lekarskiego

czynna: wtorki 9⁰⁰-17⁰⁰, środy 10⁰⁰-18⁰⁰, pozostałe dni 8⁰⁰-16⁰⁰, tel. 42 682 11 62, 42 682 11 74

Joanna Romanowska-Krawentek kierownik kancelarii, **Anna Mikulska-Korpacka, Maja Burkot,**

Agnieszka Gasparowicz, Bożena Szymańska, Agnieszka Zych-Grzelak, Anna Madajczyk

Rzecznik prasowy, redaktor strony internetowej OIL Justyna Kowalewska tel. 503 025 415, j.kowalewska@oil.lodz.pl

Bufet w Klubie Lekarza tel. 42 682 57 30

Lekarska Kasa Pożyczkowa tel. 42 682 57 28

Dział Prawny – sekretariat Marta Kowalczyk tel. 42 683 17 23 (także Komisja ds. Legislacji, Uchwał i Wniosków), dzial.prawny@oil.lodz.pl

Dyżury prawników (pod tel. 42 683 17 36 lub osobiście) w godzinach:

Kierownik **r.pr. Jarosław Klimek** wtorki 14⁰⁰-15³⁰,

mec. Amadeusz Małolepszy poniedziałki 14⁰⁰-16⁰⁰

mec. Aleksandra Granosik-Kaczanowska czwartki 13³⁰-15³⁰,

r.pr. Paweł Lenartowicz piątki 11⁰⁰-13³⁰

RACHUNKI BANKOWE

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi PKO BP SA | Oddział w Łodzi, nr konta 98 1020 3352 0000 1602 0010 0362

Na to konto przekazują składki lekarskie zakłady pracy, zbiorczo za pracowników. Indywidualnie składki lekarskie członkowie OIL w Łodzi opłacają na otrzymane, unikatowe numery kont bankowych (informacja w dziale księgowości).

Lekarska Kasa Pożyczkowa PKO BP SA, nr konta 03 1020 3352 0000 1502 0010 6195

Mój świat...

Wystawa Fotograficzna Lekarzy

Laureaci

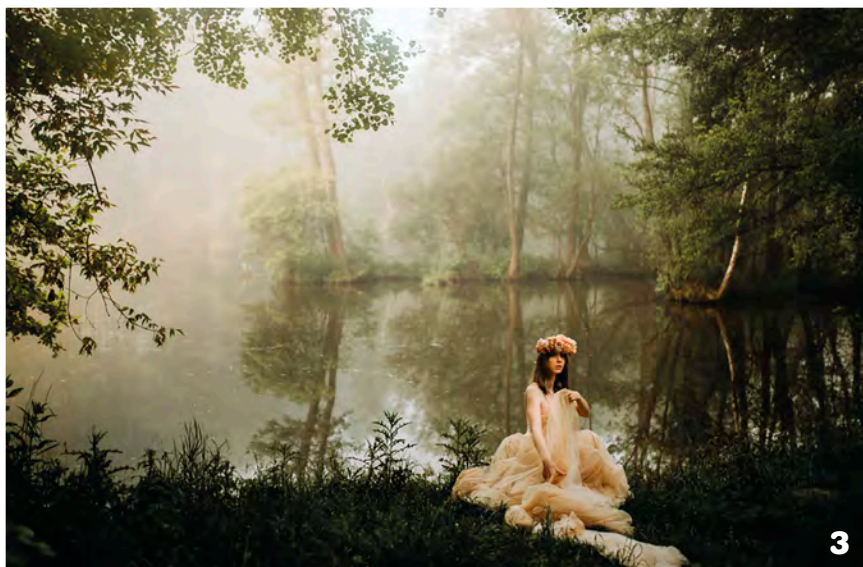
- 1, 6 – Michał Seneczko – Złoty Obiektów
- 3, 5 – Magdalena Skierska-Bieg – Srebrny Obiektów
- 2, 4 – Wojciech Dyk – Brązowy Obiektów
- 7 – Rosalba Bustamante – wyróżnienie
- 8 – Wanda Rybak – wyróżnienie



1



2



3



4



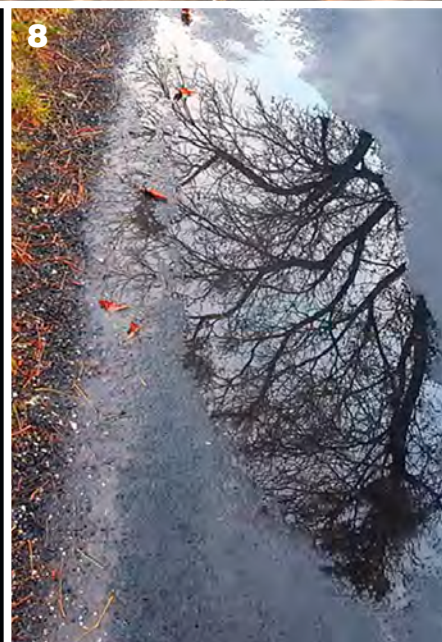
5



6



7



8

GAMA SUV-ÓW PEUGEOT

PEUGEOT ROZUMIE BIZNES. TWÓJ BIZNES.



SPRAWDŹ OFERTĘ SPECJALNĄ
DLA LEKARZY

MOTION & e-MOTION



PEUGEOT
PROFESSIONAL

PEUGEOT REKOMENDUJE TOTAL SUV Peugeot 3008 oraz 5008 – zużycie paliwa i emisja CO₂: pomiary zgodne z procedurą WLTP. Zużycie paliwa od 5,3 do 7,8 l/100 km w cyklu mieszanym zgodnie z procedurą WLTP. Emisja CO₂ (w cyklu mieszanym) WLTP: od 139 do 177 g/km. Podane wartości zużycia paliwa i emisji CO₂ są zmierzone na podstawie procedury WLTP zgodnie z przepisami prawa europejskiego, w tym rozporządzenia (UE) 2017/1151 i rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2017/1153. Wartości mogą odbiegać od rzeczywistych, ponieważ nie uwzględniają m.in. zróżnicowanego wyposażenia danego samochodu, stylu oraz warunków jazdy. Informacje dotyczące wyników pomiarów zużycia paliwa i emisji spalin w pojazdach, demontażu samochodu, przydatności do odzysku oraz recyklingu są dostępne na stronie internetowej www.peugeot.pl.
Zaprezentowane modele mogą się różnić od wersji dostępnych w ofercie, a niektóre opcje wyposażenia mogą być dodatkowo płatne. Niniejsza informacja nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. Szczegóły oferty dostępne u dealerów Peugeot oraz na stronie www.peugeot.pl.