

W numerze m.in.:

Konieczny wzrost nakładów na ochronę zdrowia – burzliwe obrady ORL relacjonuje Stefan Ciepty (5)

Tatry, 22 sierpnia – bilans dramatu (7)

O nowych zasadach leczenia uzdrowskiego z konsultant woj. Ewą Svejdą-Hutnikiewicz rozmawia Jolanta Hodor (10)

Jak oswoić sztuczną inteligencję – wyjaśnia Łukasz Malicki (13)

Konferencja „Choroby rzadkie” – relacja Filipa Ratkowskiego (15)

FASD – debata o problemach diagnostyki i terapii relacja Joanny Sieradzkiej (18)

Kolejny Piknik Rodzinny za nami – fotorelacja Katarzyny Domin (26–29)

Jak definiować zawód lekarza – wyjaśnia Dariusz Dziubina (31)

Z kart historii medycyny – przypomina Barbara Kaczkowska (35)

Sylwetkę Mistrza Polski doktora Jerzego Kękusia przedstawia Stefan Ciepty (38)

Listy do redakcji... (41)

Pożegnania: prof. Stanisław Konturek, Zygmunt Wiśniewski, dr Andrzej Kohman oraz lek. Ewa Wieteska (51–54)



A może nie leczyć polityków?

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Ten felieton będzie polityczny, choć apolityczność Izba ma wpisaną w ustawę. Ale nie ma wyjścia. O ile lekarz leczy apolitycznie bez względu na wiek, płeć, kolor skóry czy stan umysłu – i tak się rzecz toczy wszędzie od stuleci – o tyle na gruncie instytucjonalnym łatwo się natknąć na minę.

Nie będziemy tutaj postulować się zagranicznymi przykładami, mamy wystarczająco dużo własnych anomalii. Wystarczy w internecie wpisać hasło: „Narodowy Kryzys Zdrowia” albo „polskatochorykraj”, by w lakonicznym skrócie otrzymać diagnozę systemu ochrony zdrowia w Polsce. I nie ma badań sondażowych opinii publicznej w naszym kraju, które by nie wskazywały na głęboką zapaść w tym względzie. Członkowie Prawa i Sprawiedliwości nie różnią się tutaj niczym od członków Platformy Obywatelskiej czy partii Razem. A że temat przybrał na znaczeniu akurat przed wyborami, jest bez znaczenia. Zawsze będzie jakaś rocznica, a to Konstytucji, a to powstania lub wojny, itp. itd.

Problem z naszą ochroną zdrowia jest już gigantyczny. I żaden genialny pomysł reformatorski nie pomoże. Nie ma go i nie będzie. Niezależnie od skali niedofinansowania mamy do czynienia z jedną piątą budżetu dużego państwa, czyli zarządzaniem kilkuset miliardami złotych. A więc z setkami makro- i mikro-powiązkań, zasad proceduralnych, uzależnień, zawiłości legislacyjnych, przenikających się kompetencji urzędów i instytucji – wymagających nie tyle skalpela czy ekstrakcji, co misternej umiejętności scalenia interesów, wynegocjowania procedur i wynagrodzeń, przyjęcia strategii poprawy, a więc konstrukcji, a nie destrukcji (!). W dodatku cierpliwość społeczeństwa jest na wyczerpaniu, zaś chaos nie jest rozwiązaniem.

A piszę ten tekst, bo odezwali się lekarze. Nie o płace! Nie o jakiekolwiek ulgi czy przywileje! Odezwali się jako eksperci – nie bójmy się tego określenia – w imieniu milionów obywateli, zatrwożeni bezwładnością polityków. Mnożenie na naszych łamach przykładów nonsensownych terminów badań i przyjęć u specjalistów, oszczędzania nawet na leczeniu nowotworów, chorób sercowo-naczyniowych i wielu innych stanowiących bezpośrednie zagrożenie dla życia, absurdalnych procedur dodatkowo pogarszających sytuację jest bez sensu. Wszyscy je znamy. Dramat dla nas, lekarzy, zaczyna się w chwili, gdy wiadomo, co trzeba i można zrobić, a nie można, bo dramatycznie brakuje środków. Każdy lekarz naszej Izby i całego polskiego samorządu ma w polu widzenia sytuację własnych pacjentów, którym potrafiłby pomóc, gdyby nie...

No właśnie. Podwyższenie tego 4,6% PKB na zdrowie jest w rękach polityków. Nie jednej partii, a wszystkich partii. I nie kiedyś, a dzisiaj. Bodaj w 2008 roku padł pomysł okrągłego stołu ds. służby zdrowia, autorstwa Marka Balickiego. Padł i przepadł.

Jeśli w pierwszym zdaniu napisałem, że felieton będzie polityczny, to dlatego że nic tu już nie da się odłożyć na później. Dlatego termin tej publikacji jest bez znaczenia. I ktokolwiek wygra wybory, będzie musiał z przegranym sięść do stołu. A nam pozostaje chyba jedno, by przyspieszyć ten proces. Może odstąpić od reguł i rządzących pominąć w leczeniu? Oczywiście, rozważam ten pomysł w kategoriach felietonowych...

Robert Stępień

Nasza okładka



Wieża widokowa, Krynica
Fot. Andrzej Klimkowski

Wybory parlamentarne

● W chwili, gdy to wydanie dotrze do rąk naszych Czytelników, zbliżyć się będą wybory do Sejmu i Senatu RP, zaplanowane na 13 października 2019 roku. Dokonamy wyboru 460 posłów i 100 senatorów. Pięć komitetów wyborczych zgłosiło swoich kandydatów we wszystkich 41 okręgach wyborczych, dziesiątki pozostałych komitetów postanowiło walczyć o mandaty w wybranych regionach.

W dyskusji politycznej było wiele emocji, których nie będziemy oceniać. Jedno natomiast odnotowujemy nie bez niepokoju. Problematyka ochrony zdrowia, mimo określania jej w sondażach przez przeszło 60 procent społeczeństwa za najważniejszą, nie znalazła odpowiedniego miejsca w programach poszczególnych partii.

Tymczasem lekarze wszczęli kampanię internetową pod hasłem #polskatochorykraj, postulując wprowadzenie ponad podziałami politycznymi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia (szczegóły w relacji z posiedzenia ORL oraz jej oficjalnym Stanowisku).

Uniwersytet Jagielloński w czwartej setce na Liście Szanghajskiej

● W ogłoszonym w sierpniu 2019 roku międzynarodowym rankingu najlepszych szkół wyższych Shanghai's Global Ranking, znanym jako Lista Szanghajska, a prowadzonym od 2003 roku z udziałem przeszło 4 tysięcy uczelni Uniwersytet Jagielloński uplasował się w czwartej setce (301-400), zajmując najwyższą pozycję polskiej uczelni w dotychczasowej rywalizacji. Wartościowano 54 dyscypliny naukowe.

Wśród nich wyróżniono na UJ – *pharmaceutical sciences* (najwyższa ocena – między 150 do 200) oraz *clinical medicine i public health* (między 201-300).

Na dalszych lokatach znalazło się w tym roku na liście jeszcze 8 innych polskich uczelni. Natomiast zwyciężył amerykański Harvard (po raz 10.) przed Stanford oraz brytyjskim Cambridge.

Limity naboru na studia medyczne 2019/2020

● Nie słabnie zainteresowanie studiami medycznymi. Limity naboru określa Ministerstwo Zdrowia, kierując się bazą dydaktyczną i kadrą. Kandydaci natomiast wybierają przede wszystkim mniejsze ośrodki, mając na względzie koszty utrzymania oraz niższe kryteria naboru, ułatwiające przyjęcie.

Limity naboru na studia medyczne na wybranych uczelniach:

Śląski Uniwersytet Medyczny	– 690
Warszawski Uniwersytet Medyczny	– 550
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	– 340
Uniwersytet Medyczny w Gdańsku	– 316
Uniwersytet Medyczny w Lublinie	– 310
Uniw. Piastów Śląskich we Wrocławiu	– 266
Uniwersytet Jagielloński (CM)	– 240
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	– 184
Uniw. Warmińsko-Mazurski w Olsztynie	– 120
Uniwersytet Opolski	– 120
Uniwersytet im. kard. S. Wyszyńskiego	– 100

Ta ostatnia uczelnia przyjmuje na studia medyczne po raz pierwszy. Ogółem liczba miejsc wzrosła o 344 (do 8331).

Poratują nas Ukraińcy?

● Defcyt lekarzy jest oczywisty, wg niektórych statystyk w Europie mamy ich najmniej na 1000 mieszkańców (2,4). Wnosząc z kolejek, brakuje ich w każdej specjalizacji. W dodatku rośnie odsetek lekarzy w wieku powyżej 55 lat, a przepracowanie staje się główną bolączką. Porozumienie Rezydentów planuje ponowną akcję wypowiedzeń klauzuli opt-out.

To prawda, że kształcimy już więcej lekarzy, na kilku uczelniach dotąd się tym niezajmujących, wzrosły też limity naboru, ale na efekty, zwłaszcza na specjalistów, przyjdzie poczekać 8–10 lat.

Dla poprawy sytuacji MZ uciekło się do znanej nam doskonale metody podkupowania naszych lekarzy przez bogatsze państwa Zachodu. Wynalazkiem własnym resortu jest „szybka ścieżka” uznawania dyplomów lekarzy spoza Unii Europejskiej z czego skorzystają głównie lekarze z Ukrainy. Projekt nowelizacji prawa w tej kwestii

został złożony w Sejmie przed wakacjami. Problemem może być kwestia znacznych różnic w programach kształcenia.

Rośnie zadłużenie szpitali

● Ministerstwo Zdrowia ma obowiązek publikowania kwartalnych informacji o zadłużeniu SPZOZ-ów, jednak po raz ostatni dopełniło go w marcu br., podając dane za IV kwartał roku ubiegłego. W połowie września resort tłumaczył się korektami, problemami z aktualizacją danych itp. Tymczasem z raportu przygotowanego przez Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych i SGH wynika, że długi szpitali rosną w przerażającym tempie. Wg danych przesłanych przez ponad 100 szpitali powiatowych, od 2015 roku ich łączne zadłużenie wzrosło o ok. 40 procent – z 1,2 mld zł do 1,7 mld zł obecnie, a przychody wzrosły o niecałe 30 proc. Główny powód – ustawowe podwyżki wynagrodzeń, których NFZ nie zrefundował. Na koniec 2015 roku stratę wykazało 52,21 proc. placówek, w połowie 2019 r. – 92,24 proc. lecznic.

A będzie jeszcze gorzej...

Uniwersyteckie Centrum Radioterapii

● Dyrektorzy Szpitala Uniwersyteckiego i Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie podpisali 19 września list intencyjny o utworzeniu wspólnego Centrum Radioterapii. Centrum ma rozpocząć działalność już w przyszłym roku, a dzięki połączeniu sił może powstać najnowocześniejsza tego typu placówka w południowej Polsce. Umożliwi ona także poszerzenie diagnostyki i terapii nowotworów zarówno u dorosłych, jak i u dzieci.

Przeprowadzka Szpitala Uniwersyteckiego

● Trwa przeprowadzka pierwszych dziesięciu oddziałów klinicznych Szpitala Uniwersyteckiego z ul. Kopernika do nowej siedziby w Prokocimiu. Zbyt wcześnie na jakiegokolwiek opinie.

Natomiast dwie ważne kwestie natury, nazwijmy je „komunalno-kapitałowej” wró-

ciły przy okazji na plan pierwszy, związany z funkcjonowaniem miasta. Pierwszą z nich jest los postawionego niedawno za 90 mln zł nowoczesnego, świetnie wyposażonego obiektu Centrum Urazowego (CUMRIK), gdyż SOR przenosi się do Prokocimia (musi być powiązany z zapleczem klinicznym). W dyskusji publicznej pojawił się pomysł przejęcia (czy wręcz przeprowadzki tutaj) Szpitala im. J. Dietla.

Natomiast drugi problem wiąże się z losami całego kompleksu przy ul. Kopernika, którego gotowość zakupu (z przeznaczeniem na park śródmiejski) zadeklarowało miasto, asygnując odpowiednie środki finansowe potrzebne UJ na dokończenie inwestycji w Prokocimiu. Na przeszkodzie podpisania umowy stoi jednak brak opinii Prokuratury Generalnej RP (reprezentuje Skarb Państwa), na którą czeka miasto. Znowu więc odżywają apetyty deweloperskie...

Światowy Kongres Chirurgów

● W dniach 11-15 sierpnia w ICE Kraków odbył się 48. Światowy Kongres Chirurgii (WCS) zorganizowany przez The International Society of Surgery. Jego obrady połączone zostały z 69. Zjazdem Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Kongres zgromadził ok. 2500 uczestników i wielu wykładowców – ekspertów w swoich dziedzinach. W programie znalazły się kursy i warsztaty oraz ponad 60 sesji naukowych. Tematyka kongresu była różnorodna, jednak wyjątkowo dużo uwagi poświęcono chorobom tarczycy, trzustki, przewodu pokarmowego, urazom i nowotworom.

Czy Kraków dofinansuje in vitro?

● Taką właśnie uchwałę – w sprawie przyjęcia „Gminnego programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozauustrojowego”, przegłosowała 11 września br. Rada Miasta Krakowa.

Podobną decyzję podjęły wcześniej władze Warszawy, Gdańska, Poznania, Łodzi i kilku innych miast, a także samorząd

województwa łódzkiego. Prezydent Krakowa opowiedział się „za”, choć wołałby, aby koszty ponosił NFZ. Natomiast wprowadzenie programu wymaga jeszcze akceptacji wojewody małopolskiego, który może uchwałę krakowskich radnych uchylić.

Sześcioraczki już w komplecie w domu!

● 10 września 2019 roku, po 113 dniach od chwili narodzin (20 maja br.), małeńka Malwinka jako ostatnia z sześcioraczek państwa Klaudii i Szymona Marców z Tymonowej dołączyła do swego rodzeństwa Kai, Neli, Zosi, Filipa i Tymona oraz 2,5-letniego brata Oliwierka. W chwili przyjścia na świat ważyła ok. 1 kg, w dniu opuszczenia Szpitala Uniwersyteckiego osiągnęła już wagę 4,1 kg.

Sukces rodziców ma wymiar światowy, trafi do wielu statystyk. Nie mniejszy jest zespół Oddziału Klinicznego Neonatologii SU, kierowanego przez prof. Ryszarda Lauterbacha. Media poświęciły narodzinom sześcioraczek niemało miejsca, więc nie będziemy się tu rozwodzić. Natomiast niewątpliwie, jak wszyscy, z zainteresowaniem będziemy śledzić dalsze losy rodzeństwa.

Sukcesy Wydziału Lekarskiego CM UJ w Rankingu „Perspektywy”

● 13 czerwca 2019 roku odbyła się w Warszawie, już po raz dwudziesty, uroczystość wręczenia dyplomów przedstawicielom najlepszych uczelni i kierunków studiów w rankingu Fundacji „Perspektywy”. Wydział Lekarski UJ Collegium Medicum otrzymał trzy wyróżnienia dla najlepszych kierunków studiów w Polsce – lekarskiego, lekarsko-dentystycznego oraz dietetyki.

Dyplomy w imieniu uczelni odebrali dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Maciej Małecki, prodziekan ds. kierunku lekarsko-dentystycznego prof. Jolanta Pytko-Polończyk oraz pełnomocnik dziekana ds. kierunku dietetyka dr hab. prof. UJ Małgorzata Zwolińska-Wcisło.

Prof. Jolanta Pytko-Polończyk laureatką Nagrody im. A. Fortuny

● Tradycyjnie, w ostatni weekend października odbędzie się w Rytrze, w hotelu Perła Południa, XLVI Konferencja naukowo-szkoleniowa lekarzy dentystów. Informacja na stronie 36.

Laureatką Nagrody im. A. Fortuny wręczanej właśnie w Rytrze została w 2019 roku prof. Jolanta Pytko-Polończyk, która poprowadzi też program naukowy konferencji.

Laury dla doktora Radziszowskiego

● Jerzy Radziszowski, prezes Zarządu Przychodni Lekarskiej Diamed Sp. z o.o., członek ORL w Krakowie został jednym z laureatów konkursu Lider Ochrony Zdrowia 2019, organizowanego przez czasopismo „OSOZ Polska”. Doktor Radziszowski otrzymał tytuł Brązowego Lidera w kategorii „Skuteczne zarządzanie”. Jak podkreślano podczas uroczystości (która miała miejsce kilka miesięcy temu, lecz nie mieliśmy wcześniej okazji o tym donieść), laureat to także autor publikacji edukacyjnych dla chorych na cukrzycę, ekspert w zakresie informatyzacji w podmiotach leczniczych. Serdecznie gratulujemy!

Kronika personalna

● Dr n. med. Anna Prokop-Staszecka, po blisko dziesięciu latach kierowania Szpitalem im. Jana Pawła II, złożyła rezygnację, pozostając na stanowisku ordynatora Oddziału Chorób Płuc, do którego rozbudowy przyczyniła się szczególnie.

● Trwa exodus specjalistów z Instytutu Onkologii w Krakowie. Wypowiedzenia złożyli, bądź dostali wypowiedzenie m.in. prof. Jerzy Jakubowicz, prof. Wojciech Wysocki, prof. Paweł Blecharz, dr Marek Ziobro i dr Tomasz Walasek.

● Dr hab. Mirosław Szura, prof. UJ, kierownik Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Zakonu Bonifratrów, został wybrany na przewodniczącego Sekcji Chirurgii Endoskopowej Towarzystwa Chirurgów Polskich.



Zaszczepmy się...

Jeszcze o e-zdrowiu

Nieuchronnie zbliża się koniec roku, a z nim koniec wystawiania recept w formie papierowej. Od 1 stycznia 2020 r. obowiązywać będzie wyłącznie e-recepta, oczywiście z kilkoma wyjątkami, jak np. recepty pro auctore i pro familiae. Nie będę powtarzał przekazywanych już, choćby w ostatnim wydaniu „GGL”, informacji o sposobie nabycia możliwości korzystania z dostępnej dla praktyk lekarskich aplikacji gabinet.gov.pl. Nadal namawiam każdego, w tym lekarzy, do aktywowania Internetowego Konta Pacjenta. Zachęcam również do wyrabiania ePUAP – profilu zaufanego, wymaganego w wielu procesach. Profil Zaufany to bezpłatne narzędzie, dzięki któremu można online załatwiać sprawy urzędowe w serwisach administracji publicznej, bez wychodzenia z domu, w tym również logowania się do aplikacji gabinet czy też pacjent.gov.pl.

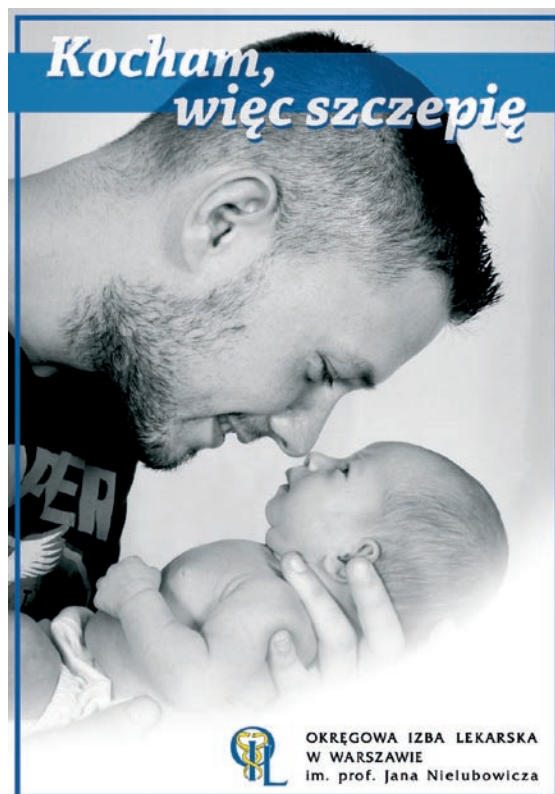
Skorzystajcie więc Państwo ze strony pz.gov.pl.

Idzie grypa

Nie dość, że zbliża się e-recepta, to na domiar złego nadciąga również okres infekcji, w tym grypy. W drugiej połowie września pojawiają się na rynku aptecznym szczepionki przeciw grypie. Dostępne będą już tylko szczepionki czterowalentne, o składzie rekomendowanym na ten sezon przez WHO.

Wyszczepialność w Polsce w ostatnich latach balansuje na granicy 4%, co plasuje nas na szarym końcu Europy. Taki stan w dużym stopniu jest zależny od postawy lekarzy. Ostatni sezon grypowy w Polsce w liczbach przedstawia się następująco: zachorowania – 4 632 114, hospitalizacje – 17 542, zgony – 150. Tyle pracy „zapewnia” nam grypa. Zróbmy więc może krok w kierunku zmiany tej sytuacji i zaszczepmy siebie, swoich bliskich i pacjentów. Chrońmy ich i siebie samego.

Przypomnę tylko **przeciwwskazania** do szczepień przeciw grypie: anafilaktyczna wrażliwość na białko



jaja kurzego, ostre choroby gorączkowe, ostre choroby o umiarkowanym lub ostrym przebiegu, zespół Guillaina-Barrego stwierdzony w okresie 6 tygodni po poprzednim szczepieniu przeciw grypie.

Wskazań natomiast jest bardzo wiele. Wspomnę tylko o osobach po transplantacjach narządów, z chorobami przewlekłymi układu oddechowego, układu krążenia – zwłaszcza po przebytych zawałach. Szczepienie przeciw grypie wskazane jest także przy niewydolności nerek, chorobach metabolicznych, u kobiety w ciąży lub planujących ciążę. W związku z przesłankami epidemiologicznymi zalecane jest szczepienie dzieci od 6. miesiąca do 18. roku życia, osób powyżej 55. roku życia oraz osób mających bliski kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi poniżej 6. miesiąca życia (w ramach strategii kokonowej szczepień). Zgodnie z tymi przesłankami wskazane są również szczepienia personelu medycznego i nauczycieli.

Mariusz Janikowski

Konieczny wzrost nakładów na ochronę zdrowia

Pierwsze powakacyjne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej odbyło się w odnowionej już siedzibie Izby przy ul. Krupniczej w Krakowie, w sali konferencyjnej na pierwszym piętrze, która wyraźnie zyskała przestrzennie. Jednak remont jeszcze trwa i nie będziemy tutaj szerzej opisywać stanu rzeczy.

Posiedzenie zaczęło się tradycyjnie od przedstawienia przez sekretarza ORL Mariusza Janikowskiego wniosków dotyczących zmiany statusu formalnego wielu lekarzy, zwolnień z obowiązku płacenia składek, nadania kilku podmiotom praw do prowadzenia szkoleń itp. Członkowie Rady zostali też poinformowani o swego rodzaju sukcesie Izby (która o to zabiegała w interesie młodych lekarzy), czyli o wygospodarowaniu przez kierownictwa krakowskich szpitali dodatkowych miejsc stażowych dla ponad 50 osób.

Rada zadecydowała również o przyznaniu swojej honorowej statuetki im. Macieja Leona Jakubowskiego Szpitalowi MSWiA, który jeszcze we wrześniu br. obchodzić będzie jubileusz 90-lecia. Nadto uczczono minutą ciszy pamięć zmarłego przed pięcioma miesiącami członka ORL, przewodniczącego Komisji Stomatologicznej Grzegorza Wawrzonia.

Przechodząc do omówienia finalizowanego remontu siedziby, prezes Robert Stępień podkreślił pojawienie się problemu ostatecznych rozliczeń z wykonawcami, którzy podejmowali się zadań przed 4 laty, gdy ceny materiałów i usług były znacznie niższe. Dziś chcą je weryfikować. Natomiast stopień wykonanych prac remontowych prezes określił na 90 procent. Najwięcej do zrobienia pozostaje w kwestii urządzenia pokoi gościnnych, klubowej kawiarni oraz podwórka (z ogrodem zimowym). W każdym razie odbiór techniczny budynku został już dokonany, co jest o tyle istotne, że w ciągu paru lat od chwili zaplanowania remontu, np. w zakresie przepisów p.poż., weszło w życie kilkadziesiąt nowych rozporządzeń.

Głównym tematem posiedzenia było zajęcie stanowiska ORL wobec Manifestu opublikowanego w internecie pn. „#pol-skatochorykraj” oraz „Narodowy Kryzys Zdrowia”, rozesłanego

do posłów i senatorów RP przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie. Nieoczekiwanie akcję przygotowano w tajemnicy przed pozostałymi strukturami samorządu. Ani konwent przewodniczących ORL, ani Naczelna Rada Lekarska z prezesem Andrzejem Matyją na czele – obradujący dosłownie w przeddzień akcji, nie zostali o niej uprzedzeni. W roli rekomendujących Manifest – złożony z sześciu głównych postulatów – wystąpili Łukasz Jankowski, prezes ORL w Warszawie, i Krzysztof Bukiel, przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL.

W największym skrócie główne tezy manifestu dotyczyły:

- 1) podwyższenia nakładów na ochronę zdrowia do 6,8% PKB do końca 2021 r. i do 9% PKB do 2030 roku;
- 2) połączenia ministerstw zdrowia i polityki społecznej w celu skoordynowania ich działalności i poprawy efektywności;
- 3) podjęcia natychmiastowych działań w kwestii podniesienia efektywności systemu w zwalczaniu chorób nowotworowych i sercowo-naczyniowych do poziomu europejskiego;
- 4) likwidacji kolejek do badań i specjalistów;
- 5) poprawy szeroko rozumianej opieki nad pokoleniem w wieku emerytalnym;
- 6) podniesienia standardu profilaktyki dziecięcej.

Streściłem ów Manifest w największym skrócie, nikt nie negował racji w nim zawartych, niemniej nie obejmuje on na pewno całokształtu problemów stojących przed ochroną zdrowia. W tym też duchu potoczyła się dyskusja na posiedzeniu ORL.

I tak przedstawicielka najmłodszego pokolenia lekarzy Agata Dynkiewicz informowała na wstępie, że zachowanie tajemnicy przed ogłoszeniem Manifestu było podyktowane obawami przed atakami hejterskimi. Przy okazji zdała relację ze skali protestu dot. wypowiadania klauzuli opt-out w środowisku rezydentów. Z kolei dr Radosław Czosnowski uznał postulaty autorów Manifestu za radykalne, nazbyt lewicowe i „życzeniowe”, wyjęte z programu partii Razem. Jego zdaniem dotychczasowe reformy systemu są bez sensu, jeśli nie nastąpi likwidacja monopolu płat-

6 nika. Potwierdził tę opinię raport NIK. Natomiast sam termin protestu uznał za wyjątkowo sensowny („bo kiedy, jak nie przed wyborami, politycy słuchają opinii publicznej”).

Z negatywną oceną reform wystąpił też Jerzy Friediger, zwracając uwagę, że nie tyle system finansowania jest najważniejszy, co wysokość nakładów. Tymczasem np. sytuacja szpitali pogarsza się dramatycznie ze względu na relatywnie niższe finansowanie. Dowodem fakt, że tylko w minionym półroczu długi szpitali osiągnęły poziom całości zadłużenia z roku poprzedniego. Zdaniem szefa Przychodni Diamed Jerzego Radziszowskiego problemem jest brak łączności środowiska lekarskiego z suwerenem, z pacjentami, którzy nie zdają sobie sprawy z sytuacji. Może należałoby staraniem Izby wydawać gazetę dla pacjentów? Z kolei dr Kazimierz Kłodziński wytknął autorom Manifestu całkowite przemilczenie prywatnej służby zdrowia, która w zakresie AOS realizuje ponad 50 procent usług. Model ekonomiczny, jego zdaniem, to kwestia polityków, natomiast lekarze powinni się zajmować leczeniem, a nie polityką społeczną.

Niemniej świadomość społeczna to ważna kwestia. Jest niewystarczająca – podkreślił sekretarz ORL Mariusz Janikowski, przytaczając dane nt. malejącej wyszczepialności nie tylko grypy, o czym mówiono niedawno na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia. Niestety, podkreślił, w całej debacie przedwyborczej kwestie ochrony zdrowia są właściwie przemilczane.

W kwestii zachowań władz OZZL oraz ORL w Warszawie, a ściślej utajnienia przed centralnymi organami samorządu, m.in. przed Konwentem Prezesów ORL i Naczelną Radą Lekarską, przygotowywanego Manifestu i akcji (m.in. ok. 140 billboardów), wypowiedział się przybyły na posiedzenie prezes NRL Andrzej Matyja. Jego zdaniem, zawarte w 6 punktach postulaty pominięły fundamentalną obok nakładów kwestię deficytu kadr medycznych. W sytuacji konkretnych działań samorządu, m.in. skierowanego ostatnio listu do premiera i prezydenta, cała akcja wskazała na podziały panujące w środowisku.

Konieczny jest Okrągły Stół, dogadanie się polityków, nie ma innych rozwiązań – podkreślił jeden z ostatnich dyskutantów, lek. dent. Tymoteusz Derebas. Zwłaszcza w świetle sytuacji demograficznej, która wielokrotnie liczbę potencjalnych pacjentów.

Czy zatem Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie ma poprzeć akcję wynikającą z Manifestu? – zapytał członków ORL prezes Robert Stępień i poddał to pytanie głosowaniu. Wyrażoną większością głosów ORL wyraziła poparcie dla Manifestu (*treść Stanowiska publikujemy obok*).

Podczas posiedzenia przyjęto też uchwały o zmianach na stanowisku sekretarza „Galicyskiej Gazety Lekarskiej”. Po 20 latach pełnienia tej funkcji redaktor Stefan Cieplý, pozostając w składzie redakcyjnym, złożył rezygnację ze stanowiska sekre-

tarza gazety. Zastąpiła go w tej roli red. Jolanta Grzelak-Hodor, przejmując trud organizacyjnego prowadzenia „Gazety” i jej edycji dentystycznej. Korzystając z przywileju sprawozdawcy życzę Jej w tym miejscu powodzenia i wielu interesujących zawodowo inicjatyw.

Podziękowano też przy okazji pracownikom Izby (p. Annie Chuchmacz i Agnieszce Żylińskiej-Fularz) za organizację tegorocznego Pikniku Rodzinnego oraz przyjęto wstępną informację prezesa NRL o programie ogólnopolskiej uroczystości z okazji 30-lecia odrodzenia samorządu lekarskiego, która odbędzie się 7 grudnia br. w Teatrze Polskim w Warszawie.

Stefan Cieplý

Stanowisko Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie z dnia 11 września 2019 r.

Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie w pełni popiera postulaty zawarte w Manifestie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie adresowanym m.in. do Posłów i Senatorów RP. Jednocześnie zwraca uwagę, że przedłożonych sześć postulatów nie wyczerpuje całokształtu koniecznych zmian w ochronie zdrowia, nie uwzględniając podstawowego elementu jakim jest rażący niedobór kadr, zwłaszcza w kontekście zmian demograficznych.

*Sekretarz
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Krakowie
Lek. Mariusz Janikowski*

*Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Krakowie
Lek. dent. Robert Stępień*

Komisja Stomatologiczna NRL

Niespełnione postulaty

6 września odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL, podczas którego poruszano – jak zawsze – problem finansowania opieki stomatologicznej (szczególnie nad dziećmi), kwestię nieuzasadnionego zwiększania naboru na kierunek lekarsko-dentystyczny, w sytuacji, gdy akurat lekarzy dentystów w Polsce nie brakuje (co wielokrotnie tłumaczono Ministerstwu Zdrowia), problemy związane z cyfryzacją i inne kwestie nurtujące obecnie środowisko.

W pracach KS NRL biorą udział prezes krakowskiej ORL Robert Stępień oraz przewodniczący Komisji Stomatologicznej w naszej Izbie Dariusz Kościelniak.

Fot. Krzysztof Zgłobiński



Tatry

To była największa i najtrudniejsza
jak dotąd akcja ratownicza w Polsce

22 sierpnia 2019 roku

Zakopane, czwartek 22 sierpnia, godzina 13.06 – TOPR otrzymuje meldunek o porażeniu piorunem turysty, który znajdował się w rejonie Chudej Przełęczki. Godzina 13.16 – TOPR powiadomiono o uderzeniu pioruna w masywie Giewontu. Rozwija się nawałnica. Z informacji wynika, że 3 osoby w tym dwoje dzieci były reanimowane przez turystów, ponadto „sporo” osób zostało porażonych. O godz. 14.30 Centrum Powiadamiania Ratunkowego w Krakowie przekazało Policji informację o kolejnym wyładowaniu atmosferycznym w rejonie szczytu Giewontu – porażeniu mogło ulec kolejnych kilkanaście osób. Do służb ratowniczych spływają następne dramatyczne meldunki...

Bilans dramatu – 4 ofiary śmiertelne, w tym dwoje dzieci, 157 rannych. 23 sierpnia o godzinie 14.00 TOPR poinformowało o zakończeniu akcji.

W największą i chyba najtrudniejszą jak dotąd w Polsce akcję ratunkową, która 22 sierpnia trwała do nocy, zaangażowały się wszystkie potrzebne służby i wielu wolontariuszy. Następnego dnia poszukiwano jeszcze osób zaginionych oraz mienia utraconego przez poszkodowanych. Na szczęście liczba ofiar nie wzrosła. Mimo trudnych warunków wszyscy ranni bardzo szybko otrzymali pomoc i trafili do szpitali. Nie było kolejki w SOR-ach.

Według raportów nadesłanych do naszej redakcji, w działaniach ratowniczych w górach 22–23 sierpnia zaangażowanych było:

- ponad 180 ratowników TOPR, GOPR, Straży Pożarnej (44 zastępy), Lotniczego Pogotowia Ratunkowego,
- 178 policjantów – głównie przy zabezpieczaniu tras przejazdu służb ratowniczych i karet, rejonu lądowisk, wejść do Szpitala Powiatowego w Zakopanem, przy identyfikacji zmarłych i rannych itd. Policjanci ustalali też miejsca pobytu osób, z którymi bliscy nie mogli się skontaktować, a mogły się znajdować w zagrożonym rejonie (takich zgłoszeń przyjęto 16 – wszyscy poszukiwani się odnaleźli),
- 9 zespołów ratownictwa medycznego z powiatów tatrzańskiego i nowotarskiego, 3 karetki transportowe Krakowskiego



Fot. Maciej Jonek

Pogotowia Ratunkowego, 4 śmigłowce Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, 1 śmigłowiec TOPR.

Poszkodowani zostali przetransportowani do szpitali w Zakopanem, Nowym Targu, Limanowej, Myślenicach, Suchej Beskidzkiej i Krakowie.

Anna Zielińska-Górka, kierownik Centrum Dyspozytorskiego Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego

Była to jedna z największych akcji ratunkowych, w jakich uczestniczyliśmy w ciągu ostatnich kilku lat. I mogę nawet powiedzieć, że chyba najtrudniejsza. Zwykle w przypadku zdarzenia masowego w dość krótkim czasie mamy podstawowe informacje na temat liczby i rozmieszczenia osób poszkodowanych. Te dane, oczywiście, mogą ulec zmianie, ale nie w jakimś dużym stopniu. W tym wypadku natomiast do końca akcji nie było wiadomo, ilu jest poszkodowanych. Bardzo dobrym rozwiązaniem okazało się stworzenie tymczasowego punktu medycznego w schronisku na Hali Kondratowej i zorganizowanie „mostu powietrznego” do transportu rannych. Jeden ze śmigłowców LPR był zaangażowany wyłącznie do lotów wahadłowych pomiędzy tym schroniskiem a lądowiskiem na dole, skąd pacjenci mogli być dalej transportowani karetkami lub pozostałymi śmigłowcami LPR. Natomiast rolę dyspozytorni KPR było koordynowanie transportu tych poszkodowanych, których po akcji górskiej przekazywał nam TOPR. Poszukiwaliśmy dla nich miejsc w szpitalach, a w przypadku części pacjentów, po wstępnym zaopatrzeniu, organizowaliśmy ich relokację do placówek bardziej oddległych.

* * *

Rozmowa z dr Aleksandrą Załustowicz, konsultant wojewódzką ds. medycyny ratunkowej, kierownik Szpitalnego Oddział Ratunkowego SU w Krakowie.

Jak Pani Doktor ocenia akcję ratunkową w Tatrach? Wydaje się, że wszystko, także przekazanie chorych do szpitali, przebiegło bardzo sprawnie. W jakim stopniu, Pani zdaniem, jest to zasługa systemu i przestrzegania przećwiczonych procedur, a na ile mobilizacji ratowników i lekarzy?

– Myślę, że bardziej tu chodzi o mobilizację. System, o czym wiemy, działa różnie. Parę razy podobne akcje też nie przebiegały źle, właśnie dlatego że przy tak dużych zdarzeniach jest pełna mobilizacja przede wszystkim ludzi. Ciągłe nie mamy sztywnych procedur dotyczących zdarzeń masowych, chociaż w każdym kolejnym przypadku jest coraz lepiej. Z czym mamy problem? Na przykład z późniejszą dezinformacją. Tak było też podczas akcji na Giewoncie. Niestety, mimo że uruchamia się numery alarmowe, to często jest kłopot z przepływem informacji. Pogotowie, TOPR czy Lotnicze Pogotowie Ratunkowe są zaangażowani bezpośrednio w udzielanie pomocy, więc nie są to w tym momencie służby, które powinny się tym zajmować. Może celowym byłoby powołanie odrębnej instytucji, która będzie rzetelnie informować. Przykładowo, przebywał u nas pacjent, który był z dziećmi na Giewoncie. Dość długo trwało ustalenie, co się dzieje z jego rodziną, bo nikt nie potrafił takich informacji udzielić.

Po akcji w Tatrach w internecie pojawiały się też krytyczne wpisy, że jak trzeba, to można udzielić szybko pomocy ponad setce osób, a jak ktoś skręci nogę w Zakopanem, to czeka na pomoc na SOR-ze kilka godzin...

– W takich zdarzeniach, zresztą nie tylko masowych, lecz także indywidulanych, biorą udział osoby, które są stricte dedykowane do SOR-ów. Natomiast wszystkie SOR-y są przeładowane pacjentami, którzy nie powinni się na nich znaleźć. W tym momencie już prawie każdy SOR ma lepiej lub gorzej prowadzony triaż, który ma służyć wyłapaniu pacjenta potrzebującego natychmiastowej pomocy. Byliśmy – jako CUMRIK – jednym z pierwszych SOR-ów w Polsce, w którym był on wprowadzony, w Krakowie chyba pierwszym. Ten system się sprawdza, ale często powoduje niezadowolenie, zwłaszcza gdy przewidywany czas oczekiwania może wynieść nawet 12 godzin. Te osoby, które trafiały z Giewontu, były ciężko poszkodowane, więc od razu je zaopatrywano. I tak jest zawsze. Zawsze też są w kolejce pacjenci, którzy rezygnują z dalszego czekania. Można się zastanowić, czy rzeczywiście potrzebowali pomocy. Na pewno tej kwestii nie zmienimy tak szybko, ponieważ Polacy traktują często SOR jako alternatywę dla lekarza rodzinnego czy specjalisty. SOR-y łątają dziurę w systemie, która powstała pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a specjalistyczną diagnostyką. Każdy pacjent, który do nas przyjeżdża w kodzie czerwonym czy pomarańczowym, jest natychmiast zaopatrywany, ale kolejka lżej chorych się wydłuża. To są problemy, na które zwracaliśmy uwagę, gdy opiniowaliśmy ustawę o TOP SOR i systemie kolejkowym.

Czy opiniowaliście ją Państwo pozytywnie?

– Nie. Nie opiniowałam jej pozytywnie i z tego, co wiem, większość środowiska ma do tego negatywny stosunek. Uważam, że stworzenie systemu kolejkowego w SOR-ach to nieporozumienie, ponieważ jest on miejscem nieprzewidywalnym. Ciężko powiedzieć, co tu się będzie działo za 10 minut czy za godzinę. Bo SOR to nie jest izba przyjęć, na której robi się tylko selekcję, kwalifikuje do zabiegu lub wypisu. Czasem obserwujemy pacjentów nawet dobę, leczymy zaburzenia rytmu serca, nastawiamy złamania, działamy w krótkim znieczuleniu ogólnym. A teraz pacjent przychodząc ma dostać numerki i poznać przewidywalny czas oczekiwania. Przy triażu też pacjenci otrzymują informację, do jakiej grupy zostali zakwalifikowani i jaki może być czas oczekiwania, jednak boimy się, że po wprowadzeniu TOP SOR oni zaczną te czasy egzekwować. Dlatego gdyby to od nas zależało, to pewnie byśmy go nie uruchamiali. Ministerstwo Zdrowia wyznaczyło datę 1 października jako czas na jego wprowadzenie. My jako duży szpital jesteśmy w pierwszej turze, ale chcielibyśmy chociaż przesunąć ten termin z uwagi na przeprowadzkę Szpitala, bo infrastruktura całego SOR-u się zmienia.

Rozmawiała: Katarzyna Domin



10 straconych lat?

Ponad 3500 uczestników, 6 sesji plenarnych, ponad 200 paneli dyskusyjnych i wykładów – w Krynicy-Zdroju już po raz 29. odbyło się w dniach 3–5 września Forum Ekonomiczne, a w jego ramach – 10. Forum Ochrony Zdrowia. W wydarzeniu wzięli udział m.in. przedstawiciele władz krakowskiej OIL – prezes Robert Stępień i szef nowosądeckiej Delegatury Krzysztof Wróblewski. Jubileuszu raczej nie obchodzono, może dlatego, że stali uczestnicy Forum mieli tylko jedną refleksję – właściwie od 10 lat mówi się w Krynicy ciągle o tym samym, zgłasza te same postulaty i wyraża te same nadzieje. To, co wyróżnia każde Forum, to stopień samozadowolenia przedstawicieli kolejnych rządów. W tym roku członkowie rządu momentami wpadali wręcz w zachwyt nad dokonanymi przez siebie zmianami. Krytyki nie słyszeli, do polemiki raczej nie dochodziło, a jeśli już pojawiało się takie zagrożenie, minister zdrowia Maciej Szumowski i inni reprezentanci najwyższych władz zwykle szybko opuszczali salę, wzywani przez inne, pilne i ważne obowiązki.

Tak się stało m.in. podczas panelu uroczystie otwierającego tegoroczną krynicką debatę o zdrowiu, pod hasłem: „Forum Ochrony Zdrowia 2010–2019: wyzwania systemowe z perspektywy 10 lat”. Minister Szumowski powitał gości i krótko poinformował (a my informujemy jeszcze krócej) o tym, jak poprawia się finansowanie ochrony zdrowia (rosnąc nawet szybciej niż założono), jak dużo rząd inwestuje w kadry medyczne, podnosząc wszystkim płace, zwiększając nabór na uczelnie medyczne, nawiązując konstruktywny dialog z przedstawicielami poszczególnych zawodów medycznych itp. Zadeklarował wzrost wydatków na badania i innowacje, troskę nie tylko o nakłady, ale też o przychody świadczeniodawców oraz wiele innych działań, które w następnej kadencji sprawowania rządów przez te same siły polityczne na pewno przyniosą jeszcze bardziej widoczną dla wszystkich poprawę. Po czym opuścił pełną po brzegi salę obrad.

W panelu tym uczestniczyli jednak eksperci patrzący na system z innej perspektywy, wyrażono więc również odmienne opinie. Prof. Andrzej Matyja, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, i dr hab. Andrzej Fal z CSK MSWiA w Warszawie powtórzyli ocenę wygłoszoną już na pierwszym Forum Ochrony Zdrowia, 10 lat temu – publiczna ochrona zdrowia jest w kryzysie, jest jedną z najbardziej zaniedbanych dziedzin życia społecznego. Prezes NRL zauważył, że co prawda od lat wykonuje się jakieś kroki ku naprawie sytuacji, ale są to wyłącznie działania doraźne, niespójne i nie najistotniejsze dla naprawy systemu. Spytany o priorytety, wymienił: – *Najważniejsze dla ochrony zdrowia są finansowanie, organizacja i efektywność systemu oraz zasoby kadrowe. Wszystkie te elementy są ze sobą powiązane i równie ważne, natomiast reszta to ich pochodne.*

Komentując krótko wypowiedź nieobecnego już ministra, prof. Matyja zauważył, iż rząd nie powinien się chwalić np. tym, że ostatnio wydłużyła się lista leków dostępnych dla kobiet z rakiem piersi, skoro zanim to nastąpiło, w Polsce, w przeciwieństwie do reszty Europy, wzrosła śmiertelność z powodu tego nowotworu. A mówiąc o zwiększeniu naboru na uczelnie medyczne wypada zauważyć, że w optymistycznie wyglądającej liczbie przeszło 8000 miejsc aż 1900 to oferta dla studentów anglojęzycznych, którzy po studiach raczej nie zechcą ratować naszego systemu ochrony zdrowia.

O kryzysie kadrowym w ochronie zdrowia mówiono w Krynicy dużo, poświęcono mu nawet odrębną debatę pt. „Czy służba zdrowia może istnieć bez ludzi? O kadrach medycznych i ich kompetencjach”. Samorząd lekarski reprezentował w niej dr Jerzy Friediger, udział wzięli także prezesi Krajowej Izby Fizjoterapeutów, Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Izby Aptekarskiej i sekretarz stanu w MZ Józefa Szczurek-Żelazko. Wszyscy zgodzili się, że opieka nad pacjentem to gra zespołowa, która nie jest możliwa bez współpracy

10 przedstawicieli różnych zawodów medycznych. Zarówno diagnosta, pielęgniarka, fizjoterapeuta, jak i farmaceuta mogą w wielu sytuacjach wesprzeć, a niekiedy nawet zastąpić lekarza. Są do tego odpowiednio przygotowani i warto w większym stopniu wykorzystywać ich kompetencje. Migracja kompetencji jest potrzebna, jednak, jak podkreślił dr Friediger popierając pracę zespołową, problem tkwi przede wszystkim w granicach odpowiedzialności: – *Chcielibyśmy tylko, żeby wszyscy, którzy podejmują się leczenia – decydowania o postępowaniu wobec pacjenta, ponosili za to odpowiedzialność. I żeby precyzyjnie określić zakres tej decyzyjności.*

Przy okazji dr Friediger zauważył, że zarządzający ochroną zdrowia zamiast dążyć do lepszego wykorzystania kadr, mają raczej skłonność do tworzenia nowych bytów: – *Stworzenie dodatkowego zawodu medycznego do wypełniania dokumentów nie jest rozwiązaniem. Jest nim dokłada analiza tego, czy te papiery muszą być, czy są potrzebne.* Klasycznym przykładem rozpraszania potencjału jest też istnienie w Polsce aż 77 specjalizacji lekarskich, choć około 20–25 z nich można zlikwidować bez żadnej szkody dla pacjentów.

Wiceminister Szczurek-Żelazko poinformowała, że w ostatnich latach powstało wiele ciekawych projektów (niektóre są już prawie gotowe) lepszego wykorzystania kompetencji różnych zawodów medycznych. Przyznała jednak, że podstawą

muszą być dobre regulacje prawne. Ponadto jedną z istotnych barier jest zapóźnienie informatyczne ochrony zdrowia. Sporo więc jeszcze przed nami, choć cyfryzacja postępuje.

O cyfryzacji, nowych technologiach i innowacjach w ochronie zdrowia mówiono w tym roku szczególnie dużo. Eksperti podkreślali, że sposobem ograniczania wydatków w tym sektorze nie jest oszczędzanie na lekach, ale poszukiwanie nowoczesnych, skuteczniejszych i ostatecznie tańszych terapii. A Polska pod względem wydatków na badania i innowacje jest w Europie na podobnym miejscu jak cały nasz system opieki zdrowotnej.

Dlatego kolejnym szeroko dyskutowanym problemem była konieczność wprowadzenia modelu ochrony zdrowia ukierunkowanego na osiąganie jak najlepszych efektów terapeutycznych i jak najwyższej jakości świadczeń przy zachowaniu możliwie największej efektywności kosztowej. Bez informatyzacji, wdrażania innowacji, większego finansowania nowoczesnych technologii i leków raczej nie będzie to możliwe.

Tradycyjnie na Forum Ochrony Zdrowia w Krynicy nie zabrakło również debat o profilaktyce i chorobach cywilizacyjnych, polityce lekowej i modelach finansowania ochrony zdrowia. Czas pokaże, czy za 10 lat nadal powtarzane będą te same postulaty.

Jolanta Grzelak-Hodor



Rozmowa z doktor Ewą Svejda-Hutnikiewicz,
małopolską konsultant wojewódzką w dziedzinie balneologii
i medycyny fizykalnej

Leczenie uzdrowiskowe – renesans czy schyłek?

Ponad 30 miesięcy – tyle czasu przeciętny mieszkaniec Małopolski czeka w kolejce do sanatorium. Wydawałoby się, że leczenie uzdrowiskowe przeżywa renesans. Tymczasem, zdaniem wielu specjalistów, jego znaczenie jest niedoceniane przez pacjentów i nie do końca dobrze pojmowane przez lekarzy pierwszego kontaktu. Spora grupa Polaków traktuje pobyt w sanatorium jak tanię wczas, a że przy okazji można dostać masaż i borowinkę, to jeszcze lepiej. Historie typu „Sanatorium miłości”, choć wypaczają sens leczenia uzdrowiskowego, dodatkowo nakręcają koniunkturę. Ministerstwo Zdrowia dla skrócenia kolejek wprowadziło więc 19 lipca nowe zasady kierowania na leczenie i rehabilitację w uzdrowiskach.

O tych zmianach rozmawiamy z doktor Ewą Svejda-Hutnikiewicz, małopolskim konsultantem wojewódzkim w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, specjalistką praktykującą na co dzień w uzdrowisku Krynica-Zdrój.

Jak ocenia Pani Doktor nowe zasady kierowania do sanatorium? Czy poprawia sytuację w dostępie do leczenia i rehabilitacji uzdrowiskowej?

Jedną z wprowadzonych zmian jest zasada, że wniosek o leczenie uzdrowiskowe można złożyć najwcześniej po 12 miesiącach od powrotu z sanatorium. Uzasadnieniem ma być fakt,

że do tej pory co trzeci wniosek, z około pół miliona rocznie w całym kraju, wpływał od osób, które dopiero co zakończyły leczenie uzdrowiskowe. Taka regulacja może jednak zmniejszyć kolejkę tylko w najbliższych miesiącach. Ważniejsze powinno być to, że efekty dobrze przeprowadzonego leczenia uzdrowiskowego powinny się utrzymać przez co najmniej pół roku, rok po powro-

cie do domu, oczywiście, jeśli pacjent będzie o siebie dbał. Nie ma więc powodu – poza długim oczekiwaniem, by kierować kogoś na leczenie uzdrowiskowe wcześniej. Natomiast słusznie podkreślono, że o terminie i miejscu pobytu decyduje teraz tylko lekarz specjalista balneolog w NFZ. Lekarze rodzinni czy specjaliści innych dyscyplin, którzy wypełniają wnioski, nie mają czasu oraz potrzebnej do tego wiedzy, żeby z pacjentem porozmawiać o istocie leczenia uzdrowiskowego, uświadomić, że pora roku nie ma znaczenia dla jego efektów, a to, gdzie się pojedzie, zależy od rodzaju schorzenia i profilu danego uzdrowiska. Są schorzenia, przy których długi pobyt nad morzem jest przeciwwskazany i nie każdemu służyć będzie wyjazd w góry. Z nieco podobną sytuacją mamy do czynienia już w samych ośrodkach, kiedy pacjent domaga się konkretnego zabiegu albo skarży się, że ktoś tam dostał więcej. Decyduje o tym lekarz balneolog, a dwa dobrze dobrane zabiegi mogą przynieść więcej korzyści niż pięć nietrafionych.

Na internetowych forach można jednak przeczytać wiele uwag na temat „błędów” popełnianych przez lekarzy NFZ, na przykład o kierowaniu pacjentów poruszających się o kulach do ośrodka sanatoryjnego położonego na stoku góry. Oznacza to dla kuracjusza zamknięcie w czterech ścianach lub wydatki na taksówkę.

– Nie obarczałabym Funduszu winą, bowiem to lekarz pierwszego kontaktu lub specjalista wypełnia skierowanie na leczenie uzdrowiskowe. Jeśli informacja o kłopotach z poruszaniem się czy innych istotnych obciążeniach nie zostanie podana, może dojść do trudnych sytuacji. Niekiedy takie niedoinformowanie jest pacjentowi na rękę, bowiem z zasady w sanatorium nie przyjmuje się osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych. Pamiętajmy również, że wniosek leży w NFZ ponad dwa lata, a w tym czasie wiele może się wydarzyć, stan zdrowia pacjenta może się znacznie zmienić. Niestety, w ostatniej nowelizacji rozporządzenia zniesiono obowiązek weryfikacji wniosku po



Małopolskie uzdrowiska:

Kraków Swoszowice
Krynica-Zdrój
Muszyna-Złockie
Piwniczna-Zdrój
Rabka-Zdrój
Szczawnica
Wapienne
Sanatorium uzdrowiskowe w Kopalni Soli w Wieliczce
Wysowa-Zdrój
Żegiestów-Zdrój

Uzdrowiska w województwie podkarpackim:

Horyniec-Zdrój
Iwonicz-Zdrój
Polańczyk
Rymanów-Zdrój

Miejscowości posiadające status obszaru ochrony uzdrowiskowej:

w woj. małopolskim – Czarny Dunajec
w woj. podkarpackim – Latoszyn



180 dniach przez lekarza kierującego, więc może być jeszcze gorzej. Nie wiem, jak rozwiązać ten problem, to trudne, ale na pewno wszyscy powinni sobie uświadomić, czym właściwie jest leczenie uzdrowiskowe.

Czym więc jest lub powinno być leczenie uzdrowiskowe, jakie warunki muszą zostać spełnione, by pobyt w sanatorium przyniósł odczuwalną i długotrwałą poprawę stanu zdrowia?

– Mówiąc w dużym skrócie, leczenie uzdrowiskowe to kompleksowe leczenie za pomocą klimatu, naturalnych surowców



danego uzdrowiska, takich jak wody mineralne czy borowina, kinezyterapii – czyli leczenia ruchem, hydroterapii – czyli wodolecznictwa, i fizykoterapii – czyli za pomocą prądów, laserów, ultradźwięków. Do tego dochodzi leczenie dietetyczne i na samym końcu – jeśli jest konieczne – leczenie farmakologiczne. I jest to leczenie, któremu pacjent nie może poddawać się w domu, bo tam jest narażony na stres, zanieczyszczenie środowiska i wiele innych czynników. W uzdrowisku ma spędzić czas zajmując się sobą i swoim zdrowiem. Leczymy głównie choroby przewlekłe, ich spektrum jest bardzo szerokie, stosujemy także profilaktykę, choć może w mniejszym stopniu niż bym sobie marzyła. Taka terapia, aby dała trwalsze efekty, musi trwać przynajmniej te 21 dni, które finansuje NFZ. Rehabilitacja uzdrowiskowa, którą finansuje ZUS lub KRUS, trwa 24 dni. Trzytygodniowy pobyt w sanatorium wiąże z określonym reżimem i to właśnie jest prawdziwe, pełne leczenie uzdrowiskowe. Nie mówimy tu oczywiście o pobycie w szpitalu uzdrowiskowym oraz o leczeniu uzdrowiskowym dzieci, bo te rządzą się innymi prawami.

Jednak na tak długi pobyt „u wód” osoby aktywne zawodowo zwykle nie mogą sobie pozwolić. Może to jest przyczyna, że z leczenia uzdrowiskowego korzystają głównie ci, którzy mają na to czas.

– To prawda, że na leczenie uzdrowiskowe przyjeżdżają przede wszystkim emeryci, a szkoda, bowiem taka kuracja w młodszym wieku może być szczególnie efektywna – może zapobiec nasileniu różnych dolegliwości, powstrzymać postęp choroby, ma ogromne znaczenie dla profilaktyki, zwłaszcza chorób cywilizacyjnych, które są dziś największym zagrożeniem. Tymczasem młodszy, którzy przecież dziś chętnie wracają do naturalnych metod leczenia, jeśli już decydują się na wyjazd do sanatorium, to na krótki, komercyjny pobyt. Ale tydzień w sanatorium to tylko rekreacja. Podobnie jak „dochodzące” sanatorium, czyli korzystanie z zabiegów między pracą a domem

– daje poprawę stanu zdrowia, lecz wyłącznie doraźną. Lekarze powinni to uświadamiać swoim pacjentom.

Prawdopodobnie to jeden z ostatnich problemów w opiece zdrowotnej, nad którym się pochylają. System ochrony zdrowia jest skrajnie niedofinansowany. Na ile jest to odczuwalne w lecznictwie uzdrowiskowym?

– Finansowanie jest oczywiście za małe, jak wszędzie. Jeśli brakuje na leczenie onkologiczne, trudno, żeby leczenie uzdrowiskowe było właściwie finansowane. Warto jednak pamiętać, że leczenie uzdrowiskowe skutkuje choćby dłuższym okresem bez zażywania leków, mniejszą absencją w pracy. Powinno się wrócić do zasobów natury jako cennego uzupełnienia farmakoterapii, ponieważ są skuteczne i o wiele tańsze od antybiotyków czy insuliny. Ta terapia ma sens, jest przemyślana, więc powinno się i tu zwiększyć nakłady, bo one na pewno się zwrócą. Nawet 1-2-procentowy wzrost finansowania przyniosłby korzyść dla pacjentów. Umożliwiłby na przykład zwiększenie zatrudnienia fizjoterapeutów, rehabilitantów, których w uzdrowiskach brakuje.

Czy nie brakuje również lekarzy specjalistów balneologii i medycyny fizykalnej? Czy są w ogóle chętni do tej mało spektakularnej, zapewne też niezbyt dochodowej specjalizacji?

– Wbrew pozorom są. Co pół roku dostajemy w Małopolsce 5-6 miejsc specjalizacyjnych i wszystkie są wykorzystane. Problem w tym, że przez starszych lekarzy, specjalistów w innych dziedzinach, dla których jest to pomysł na drugą część życia – przeprowadzka do uzdrowiska i spokojna praca na emeryturze. Często są to chirurdzy, ginekolodzy, więc trudno się spodziewać, że wcześniej zrezygnują z takich specjalności na rzecz balneologii. Dlatego ogromna większość lekarzy zatrudnionych w uzdrowiskach, podobnie do pacjentów, dawno przekroczyła wiek emerytalny. Młodszy nie są zainteresowani, nie jest to zresztą dla młodego lekarza dziedziną atrakcyjną. Jest jeszcze jeden problem. Kiedyś można było już w trakcie specjalizacji pracować w uzdrowisku, dziś bez jej ukończenia czy bez ukończonego kursu z balneologii jest to niemożliwe. Kiedyś były też dodatkowe zachęty, na przykład w postaci mieszkania. To już nie te czasy, więc w małopolskich uzdrowiskach niedobór kadr jest ogromny. Myślę, że jeśli finansowanie się nie zmieni, liczba ośrodków sanatoryjnych, w większości przecież sprywatyzowanych, zacznie się zmniejszać. I nawet rosnący popyt na świadczenia uzdrowiskowe nie zatrzyma tego procesu.

*Rozmawiała
Jolanta Grzelak-Hodor
Fot. Archiwum rodzinne
Fot. Archiwum redakcji*

Kadencja doktor Ewy Svejdy-Hutnikiewicz na stanowisku małopolskiego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej zakończyła się 5 września. W chwili przygotowywania tego materiału do druku trwała procedura powoływania konsultanta na kolejną kadencję.

Uczmy się uczenia maszyn Jak oswoić sztuczną inteligencję

To rzecz zrozumiała: lekarze nie chcą, by pacjenci rozpoznawali swoje choroby na Facebooku, szukali porad w Wikipedii i dobierali sobie leki czytając internetowe blogi. Plotki, opinie znajomych, niesprawdzone teorie i legendy miejskie wydają się dokładnym przeciwieństwem tego, co uważamy za rzetelną i profesjonalną poradę medyczną.

Może jednak nadchodzą inne czasy. Przez ostatnie stulecia przyzwyczailiśmy się, że tylko wprawny lekarz mógł dobrze zbadać pacjenta i zebrać z nim wywiad, a postawienie trafnej diagnozy wymagało wielu lat studiów i doświadczenia. W zawodzie lekarza liczy się intuicja, która jest niczym innym jak zdolnością nieświadomego kojarzenia różnych obserwacji i zauważania reguł.

AI – Artificial Intelligence, czyli sztuczna inteligencja jest tym samym: to komputerowy model zdolny do symulowania inteligentnych zachowań, zapamiętania historii milionów pacjentów i nauczania się, nieświadomie, czym różnią się ludzie zdrowi od chorych, optymalizowania wyników czy zwracania uwagi na wyjątki. Uczenie takiego modelu nie przypomina jednak kształcenia specjalisty. Raczej można wyobrazić go sobie jak powtórzenie całego rozwoju danej dziedziny medycyny, począwszy od czasów Tukidydesa, Röntgena czy Huntingтона aż do chwili obecnej. I to w ciągu kilku godzin.

Dlatego systemy sztucznej inteligencji mogą sobie radzić z rozpoznawaniem niektórych chorób lepiej od doświadczonych lekarzy: popularne smartwatche zbierają dane kardiologiczne i są w stanie przewidzieć zaostrenie choroby niedokrwiennej serca, nowe modele rozpoznawania obrazów analizują MRI i CT szybciej niż lekarz, rozpoznanie nagłego zatrzymania krążenia przy pomocy sztucznej inteligencji działa ze skutecz-

nością 93%, w stosunku do 73% przez lekarzy (badania przeprowadzone przez Uniwersytet Kopenhaski). To jednak tylko początek. Skoro model komputerowy potrafi wytworzyć wiedzę kliniczną z typowych danych, takich jak obrazy medyczne, to może to zrobić również dla danych zupełnie osobliwych: smaku ulubionych potraw, sposobu chodzenia po schodach, słów używanych na Twitterze czy temperatury w domu.

Dziś prężnie rozwijającym się obszarem, gdzie sztuczna inteligencja gra główną rolę, są wszystkie narzędzia do monitorowania zdrowia za pomocą urządzeń diagnostycznych i sensorów – zarówno tych medycznych, jak i paramedycznych czy sportowych. Szybki dostęp do dużej ilości danych pozwala znajdować korelacje i związki przyczynowo-skutkowe między dietą, stylem życia, wynikami badań na przestrzeni miesięcy i ryzykiem zachorowania. Już nawet proste modele sztucznej inteligencji są w stanie szybko się nauczyć, że przykładowo gwałtowny wzrost wagi pacjenta może być związany z dysfunkcją pracy nerek. Do tego należałoby dodać tysiące różnych zbierających dane urządzeń z obszaru inteligentnego monitoringu domu, które na podstawie nauczonych wzorców zachowań domownika (lub pacjenta, jeśli infrastruktura powstanie w szpitalu lub domu opieki) są w stanie przewidzieć zagrożenia (np. upadki) lub nagle zaostrenia chorób (np. zawał). Proste informacje o zużyciu prądu, częstotliwości włączania światła, czajnika czy wychodzeniu z domu potrafią skorelować z symptomami na pozór nieoczywistymi jak np.: depresją, infekcją dróg oddechowych, chorobą układu sercowo-naczyniowego, zaburzeniami pamięci, chorobą Parkinsona itd.

Kolejnymi i bodaj najpowszechniejszymi rozwiązaniami, opartymi o sztuczną inteligencję, które już dziś sprawnie

- 14 wspomagają nielubianą pracę biurową, są wszystkie narzędzia przetwarzające mowę na tekst – podobne do znanych od kilku lat ze smartfonów asystentów, tj. Siri, Cortana, Google Now. Umożliwienie dyktowania długich tekstów, nawet z użyciem skomplikowanych nazw chorób, bez konieczności wpisywania ich ręcznie, znacząco usprawnia tworzenie wypisów, opisów chorób lub zaleceń dla pacjentów. Ponadto opcje uzupełniania dokumentacji w sposób spontaniczny w postaci notatek głosowych i bez konieczności używania komputera sprawiają, że ostateczny dokument tworzy się częściowo sam. Pytanie, czy konieczność tworzenia długich opisów choroby pacjenta nie zostanie niebawem całkowicie zastąpiona przez inteligentną analizę słów kluczowych pozwalającą na automatyczne tworzenie się dokumentacji medycznej pozostającej jedynie do akceptacji lub naniesienia zmian przez lekarza prowadzącego.

Inną, wspomnianą już wyżej gałęzią sztucznej inteligencji, dostępną dziś i opanowującą światową diagnostykę, jest szeroko rozumiane przetwarzanie obrazów – narzędzie powszechnie już znane i dostępne w smartfonach, gdzie opcja rozpoznawania twarzy stanowi jedynie prosty przykład możliwości znajdowania właściwych fragmentów obrazu. W podobny sposób wytrenowane modele sztucznej inteligencji znajdują w obrazach medycznych fragmenty czy obszary odstające od norm (guzy, zatory, złamania). Co więcej, stworzenie dziś prostego, podobnego narzędzia wspierającego staje się coraz łatwiejsze i robi to coraz więcej start-upów i firm współpracujących z ośrodkami medycznymi. Rzeczywistym wyzwaniem jest zdobycie odpowiedniego zbioru dobrze opisanych obrazów, gdyż możliwości sztucznej inteligencji zależą od obszerności bazy treningowej przeznaczonej do zaprojektowania automatycznego narzędzia diagnostycznego (co ośrodki nierzadko finansują z krajowych lub unijnych grantów). Innymi słowy, jeśli zestaw treningowy osiągnie kilkadziesiąt obrazów, ostatecznie narzędzie nie będzie lepsze niż student, ale jeśli dostarczy mu się milion albo kilka milionów danych, to jego możliwości dorównają lub przewyższą doświadczonego specjalistę. I odpierając często pojawiający się przy tym przykładzie zarzut – celem nie jest wykluczenie lekarza, lecz przede wszystkim umożliwienie eksperckiego wsparcia mniej doświadczonym ośrodkom, które z racji swojej specyfiki nie mają takiej wiedzy jak ośrodki o najwyższym stopniu referencyjności.

Jeszcze do niedawna większość programów komputerowych dla jednostek medycznych było dostarczanych przez duże firmy lub korporacje IT. Dzięki powiększającym się ogólnodostępnym zasobom obliczeniowym (chmury), specyfice projektowania modeli sztucznej inteligencji, w obszary zautomatyzowanej diagnostyki wchodzi też pasjonaci, małe firmy czy start-upy, które same zaczynają zbierać dane i wkraczać w obszary wcześniej dla nich niedostępne.

Aplikacje mobilne, które przez rosnącą popularność są coraz lepiej dostosowane do potrzeb użytkowników, stają się najpowszechniejszym narzędziem domowej diagnostyki. Posia-

dają one w zanadru możliwość wykorzystania ponadludzkich możliwości smartfonów takich jak aparat, który widzi lepiej niż człowiek, mikrofon, który potrafi nieprzerwanie słuchać, nieskończonej pamięci czy zdolności natychmiastowego kojarzenia faktów, wykonywania skomplikowanych obliczeń, nie mówiąc o opcji łączenia z dodatkowymi sensorami, np.: infrastrukturą inteligentnego domu. Aplikacje te są już teraz w stanie motywować do wykonania badań adekwatnych do potrzeb użytkownika smartfona, cyklicznie zadawać pytania z testów diagnostycznych lub same na nie odpowiadać sugerując konsultacje medyczne czy prowadzić czasochłonne lub niezrozumiałe dla pacjentów statystyki.

Nierzadko też narzędzia sztucznej inteligencji są implementowane do już istniejących aplikacji mobilnych lub gier, analizując tym samym progres czy regres m.in. chorób ośrodkowych lub zaburzeń pamięci i automatycznie dostosowujących ich poziom i skomplikowanie do potrzeb użytkownika. Pozwala to po pierwsze pełnić rolę aktywizującą i motywującą do treningu pamięci, jak również analizować i porównywać wyniki, które mogą być szybką sugestią koniecznych do podjęcia kroków medycznych. Przewagą aplikacji mobilnych jest możliwość automatycznego wymuszania na pacjentach rejestrowania swojego stanu zdrowia i zmniejszenie przez to ryzyka zapomnienia lub pominięcia jakiegoś faktu podczas wizyty. Tak działają np. aplikacje do rejestrowania poziomu bólu przez pacjentów onkologicznych, paliatywnych lub leczących się w klinikach leczenia bólu. Częste zapisywanie nasilającego się bólu, określanie miejsca występowania, skorelowanie go z zażywaniem lekami, nastrojem, dietą i pogodą umożliwia prowadzenie inteligentnego dziennika dostarczającego opiekunowi informacji, których manualna analiza wymagałaby poświęcenia wielu godzin.

Ludzie zostawiają dane o sobie dosłownie wszędzie, nie tylko podczas wywiadu i badań lekarskich, ale choćby używając smartfonów i przeglądając internet. I to jest istota zmian, które czekają medycynę przyszłości. Rozpoznanie choroby nie musi być ograniczone do gabinetu lekarza i wyników specjalistycznych badań, ale może wynikać z gigabajtów informacji opisujących całe życie pacjenta. Nie znaczy to bynajmniej, że sztuczna inteligencja zastąpi lekarzy, bo to, z czego nierzadko pacjenci nie zdają sobie sprawy i na co należy ich uczyć, to fakt, że lekarz przede wszystkim bierze odpowiedzialność za podjęte decyzje. Dlatego też medyk przyszłej dekady powinien łączyć sztukę lekarską ze znajomością metod analizy danych, uczenia maszynowego i programowania, znać ich mocne strony, ograniczenia i miejsca, gdzie ryzyko popełnienia błędu jest największe. I jest to, wbrew pozorom, bardzo atrakcyjna przyszłość i zarazem wielka szansa dla polskich lekarzy i polskiej służby zdrowia. Narzędzia sztucznej inteligencji są bowiem egalitarne i dostępne dla każdego za darmo, otwierają nowe możliwości, czego najlepszym przykładem są inne sektory gospodarki, w których taki zwrot w stronę sztucznej inteligencji się odbywa, jak choćby przemysł, transport czy finanse.

Najważniejszą jednak kwestią jest po prostu podjęcie decyzji o rozpoczęciu prac nad tworzeniem modeli sztucznej inteligencji i zbierania obszernych ilości danych. Dopiero umiejętne ich gromadzenie pozwoli wyciągać wnioski i automatyzować procesy, które dziś zabierają zbyt wiele czasu lub obciążone są dużym błędem. Dopiero na bazie zebranych danych rozpoczyna się proces analizy i modelowania, który może odpowiadać finalnie na pytania z cyklu: jaka będzie najlepsza terapia i szansa na przeżycie pacjenta, jakie jest prawdopodobieństwo powstania powikłań, jakich skutków ubocznych powinien się spodziewać konkretny pacjent, kiedy powinna mieć miejsce kolejna wizyta?

Nauka programowania bądź współpraca z branżą sztucznej inteligencji to dobra inwestycja i dla lekarza, i placówek medycznych. W zamian zyskuje się możliwość wytrenowania osobistego doradcy, który nie tylko pomoże postawić trafne rozpoznanie, ale także napisać poczytny artykuł naukowy, na przykład o innowacyjnym badaniu przesiewowym opartym na analizie zdjęć z wakacji. Bo przecież takich doniesień oczekują teraz często wydawcy naukowych, medycznych czasopism, przezuwając nadchodzące zmiany.

Łukasz Malicki, Random Forest Consulting

Konferencje

**W Krakowie obradowali specjaliści
w dziedzinie leczenia
najtrudniejszych przypadków**

Choroby rzadkie i ultrarzadkie

Choroby rzadkie, jak wynika z samej definicji, nie występują powszechnie – cierpi na nie od 6 do 8 procent populacji. W Polsce jest takich chorych ok. 2,3–3 mln, w tym wielu niezdiagnozowanych. Opieka nad pacjentami stanowi poważne wyzwanie, dlatego wręcz bezcenna jest wieloosrodkowa wymiana doświadczeń.

Problematyce chorób rzadkich poświęcono w połowie września konferencję zorganizowaną przez Szpital Uniwersytecki, przy współudziale klinik Collegium Medicum UJ. To w znacznej części efekt uczestnictwa Szpitala w Europejskich Sieciach Referencyjnych Rzadkich Chorób Metabolicznych oraz Europejskiej Sieci Referencyjnej Rzadkich Chorób Neurologicznych.

Jak zauważył podczas tego spotkania jeden z jego inicjatorów prof. Maciej Małecki, dziekan Wydziału Lekarskiego CM UJ, kierownik Oddziału Klinicznego Chorób Metabolicznych SU, walka z tymi schorzeniami to ogromne wyzwanie diagnostyczne, terapeutyczne i finansowe dla całego systemu ochrony zdrowia.

– Wedle różnych ocen jednostek chorobowych w postaci chorób rzadkich jest ok. 5 do 8 tysięcy – przypomniała, otwierając obrady, prof. Agnieszka Słowik, konsultant krajowy w dziedzinie neurologii i kierownik Oddziału Klinicznego Neurologii SU. To skala wyzwań tak dla specjalistów, jak i lekarzy pierwszego kontaktu.



– Jak jednak potrzebną wiedzę ująć w obrębie pięciu tysięcy godzin nauczania studenta medycyny? – to refleksja prof. Tomasa Grodzickiego, prorektora UJ ds. CM: – I kiedy kolejnemu lekarzowi, nawet specjalście, po kilku krokach terapeutycznych „zaświeci się lampka”, by zapytać ekspertów od chorób rzadkich o charakter przypadku? Nic więc dziwnego, że błędnych rozpoznań na pierwszym etapie diagnostyki jest u nas ponad 50 procent. To dane europejskiej agencji EURODIS. Niestety, ostateczne rozpoznanie osiąga się często po 5-7 latach.



Droga do rozpoznania – jak ujęła to prof. Dorota Hoffman-Zacharska z Instytutu Matki i Dziecka, wykładowca WUM i Université Paris-Est Marne-la-Vallée – to niekiedy prawdziwa „odyseja diagnostyczna”. Choroby rzadkie mają swoje „maski”. U dziecka na przykład łatwo niektóre z nich pomylić z posocznicą, urazem okołoporodowym, wadą serca czy mózgowym porażeniem dziecięcym, zwłaszcza że ponad 70 proc. tych chorób ma konsekwencje neurologiczne. W wieku dorosłym pierwszym ich objawem bywa śmierć z powodu obrzęku mózgu spowodowanego zatruciem amoniakiem czy przez zaburzenia oksydacji kwasów tłuszczowych!

Prof. Jolanta Sykut-Cegielska z Instytutu Matki i Dziecka, współzałożycielka Towarzystwa Wrodzonych Wad Metabolizmu, członkini-korespondent na Polskę, Węgry i Rosję w Towarzystwie Naukowym ds. Badań nad Wrodzonymi Wadami Metabolizmu (SSIEM), redaktor naczelna „Developmental Period Medicine”, a także konsultant krajowy ds. pediatrii metabolicznej, podkreśliła jednak, że dziś w Polsce, dzięki badaniom przesiewowym, około 400 tys. dzieci rocznie jest badanych genetycznie pod kątem właśnie tych zagrożeń. Niestety, dostęp do badań genetycznych jest dalece niewystarczający.

Oczywiście, nie wszystkie z chorób rzadkich czy ultrarzadkich (występujących nie częściej niż u jednej na 50 tysięcy osób) można tymi badaniami zidentyfikować. W dodatku rodzi się pytanie, czy natychmiast rozpoczynać terapię schorzenia, które choć genetycznie bardzo prawdopodobne, może się nigdy nie ujawnić. Czy może czekać, aż choroba się objawi, przy czym wówczas jej skutki mogą być dramatyczne. Taki problem postawiła przed zebranymi prof. Beata Kieć-Malecka (CM UJ).

Ma to związek nie tylko z etiologią chorób, ale też z ekonomicznymi aspektami leczenia chorób rzadkich – o czym mówili m.in. dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie Marcin Jędrzychowski, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia z posłanką i sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia Józefą Szczurek-Żelazko oraz prezesem Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dr. Romanem Topór-Mądrym.



Z kolei dr Zbigniew Król, pełnomocnik Ministra Zdrowia, przedstawił – zapowiadany od wielu lat – Narodowy Program dla Chorób Rzadkich. Tezy programu brzmią optymistycznie, problem jednak tkwi w realizacji założeń.

Oprócz specjalistów w debacie wziął udział także Michał Rutkowski, prezes jednej z polskich organizacji zrzeszających pacjentów, wiceprezydent międzynarodowej organizacji HAEi, która jednoczy wysiłki na rzecz rozwoju diagnostyki i terapii oraz upowszechniania wiedzy o chorobach rzadkich (np. na portalu HAEi-Connect). Platformą wymiany doświadczeń są także portale Orphanet czy MetabERN, na których każdy lekarz może zapoznać się bliżej z chorobami, o jakich wcześniej może nawet nie słyszał.

Prace konferencji były bardzo intensywne, wystąpiło 14 prelegentów – znakomitych znawców problematyki z kraju i zagranicy, m.in. prawnik Frank J. Sasiniowski, były zastępca dyrektora ds. polityki zdrowotnej w biurze komisarza Agencji Żywności i Leków USA, której decyzje są uznawane także poza Ameryką.

Filip Ratkowski
Fot. Jerzy Sawicz



Inhibitory pompy protonowej (PPI) – nie stosujemy bez wskazań

Prof. dr hab. Ryszard Korbut, dr Jarosław Woron

Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii UJ CM Kraków,
Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków
Szpital Uniwersytecki w Krakowie

PPI są jednymi z najczęściej przepisywanych leków, zarówno u pacjentów ambulatoryjnych, jak i pacjentów hospitalizowanych. Z dostępnych statystyk wynika jednoznacznie, że pomimo licznych publikacji precyzyjnie wskazujących, kiedy stosować PPI, nadal u ponad 60% pacjentów leczonych tą grupą leków trudno doszukać się racjonalnych przesłanek do ich użycia. Czyni to stosowaną farmakoterapię bezzasadną, a na dodatek wzrasta ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych indukowanych przez PPI.

Aktualnie uznaje się, że nie ma wskazań do stosowania PPI w następujących przypadkach:

- ostre i przewlekłe zapalenie trzustki;
- w prewencji krwawienia w gastropatii wrotnej u pacjentów z rozpoznaną marskością wątroby. Co więcej, należy pamiętać, że PPI mogą wręcz zwiększyć ryzyko zgonu u pacjentów z rozpoznaną marskością wątroby;
- podczas systemowego stosowania glikokortykosteroidów, gdy jednocześnie nie jest podawany inny lek mogący uszkodzić śluzówkę górnego odcinka przewodu pokarmowego. Dotyczy to w szczególności leków z grupy NLPZ.
- podczas stosowania NLPZ u pacjentów bez czynników ryzyka krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Należy przypomnieć, że wszystkie NLPZ, z wyjątkiem nabumetonu, są słabymi kwasami, a zatem podniesienie pH w żołądku podczas stosowania PPI zmniejsza ich wchłanianie, ogranicza biodostępność z przewodu pokarmowego. Ponadto skojarzenie PPI i NLPZ może być przyczyną wystąpienia polekowej enteropatii;
- jako „osłona” w przypadku stosowania polifarmakoterapii. Zmiana pH w górnym odcinku przewodu pokarmowego może mieć niekorzystny wpływ na biodostępność wielu leków i wpływać niekorzystnie na skuteczność i bezpieczeństwo stosowanej farmakoterapii;

- w profilaktyce owrzodzeń stresowych u chorych bez dużego ryzyka ich wystąpienia oraz ich powikłań;
- we wszystkich przypadkach krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W szczególności dotyczy to krwawień będących konsekwencją powikłań stosowanej farmakoterapii;
- podczas stosowania podwójnej terapii przeciwpeptykowej u pacjentów w wieku poniżej 65. roku życia, bez powiklanej choroby wrzodowej w wywiadzie, bez zakażenia *Helicobacter pylori* oraz nieprzyjmujących przewlekłe glikokortykosteroidów, NLPZ, leków przeciwzakrzepowych oraz leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI, a także SNRI.

Podwójna terapia przeciwpeptykowa jest przeciwwskazaniem do stosowania leków i suplementów diety zawierających w swoim składzie wyciągi z miłorzębu japońskiego oraz żeńszenia.

Warto także przypomnieć, że ryzyko powikłań ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego nie jest identyczne dla wszystkich leków z grupy NLPZ. Nakazuje to indywidualizację wyboru leków oraz rzetelną ocenę ryzyka wystąpienia krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

W przypadku stosowania polifarmakoterapii zawsze musimy pamiętać o interakcjach farmakokinetycznych nie tylko wynikających ze zmiany wartości pH w górnym odcinku przewodu pokarmowego, ale także wynikających z wpływu PPI na izoenzymy cytochromu P450. Ryzyko interakcji na tym etapie powinno być szczególnie brane pod uwagę w przypadku stosowania omeprazolu. Uwaga: omeprazol powinien być wykluczony u pacjentów przyjmujących warfarynę.

**Trudny w diagnozie, nieuleczalny,
ale można mu w 100 procentach
zapobiegać...**

FASD

Intensywnie prowadzone leczenie czteroletniego Jasia nie przynosiło rezultatów. Odwiedził wiele gabinetów specjalistycznych, a jego mama starała się skrupulatnie wypełniać polecenia lekarzy. Stwierdzono u niego mnóstwo zaburzeń rozwojowych i do każdej z tych diagnoz dobierana była odpowiednia terapia, która jednak ostatecznie okazywała się nie w pełni skuteczna. – Jaś znalazł się w diagnostycznej pułapce – opowiadała dr Agata Cichoń-Chojnacka, kierownik Gdyńskiego Centrum Diagnozy i Terapii FASD: – Interwencja powinna być adekwatna i spersonalizowana, a to się nie uda, jeśli nie mamy trafnej diagnozy. Bo Jaś miał FASD, które należało właściwie rozpoznać.

9 września obchodziliśmy Światowy Dzień Świadomości FASD, czyli Spektrum Poalkoholowych Zaburzeń Rozwojowych. Był to też pierwszy dzień ogólnopolskiej konferencji naukowej „FASD – wiele aspektów, wielu specjalistów, wspólne cele”, której organizatorem był Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie.

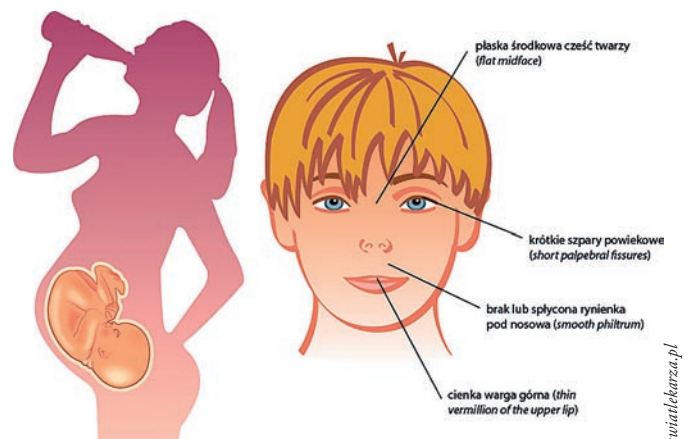
Terapia FASD jest z pewnością dużym wyzwaniem, a sukcesy nie bywają spektakularne, tym bardziej że mówimy o uszkodzeniu nieodwracalnym. Niemniej jednak jest wiele metod, które pozwalają takim dzieciom w bardzo dużym stopniu pomóc, pod warunkiem że odpowiednio wcześnie postawiona zostanie właściwa diagnoza. – Wczesna diagnoza jest narzędziem prewencyjnym – podkreśla dr Małgorzata Klecka, dyrektor Pracowni Diagnostyki i Terapii Zaburzeń Rozwojowych w Łędzinach. – Chroni przed zaburzeniami wtórnymi, takimi jak: dysfunkcje zachowania, ucieczki z domu, nieradzenie sobie w dorosłym życiu. Diagnoza musi być precyzyjna i powtarzalna. Niestety, zetknęłam się już z diagnozami stawianymi bez podstaw oraz z bardzo

FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder*) – Spektrum Poalkoholowych Zaburzeń Rozwojowych – szerokie pojęcie, obejmujące cały szereg nieprawidłowości i zaburzeń rozwojowych, jakie mogą wystąpić u dzieci kobiet, które w ciąży spożywały alkohol. Nie jest to termin kliniczny.

FAS (*Fetal Alcohol Syndrom*) – Płodowy Zespół Alkoholowy, określany czasem jako FAS dysmorficzny, najcięższa postać wad rozwojowych. Jest terminem klinicznym, występuje w klasyfikacji ICD-10.

pFAS (*partial Fetal Alcohol Syndrom*) – Częściowy Płodowy Zespół Alkoholowy, występuje część zaburzeń, głównie problemy z zachowaniem, wynikające z uszkodzeń centralnego systemu nerwowego.

ARND (*alcohol-related neurodevelopmental disorder*) – Poalkoholowe Zaburzenia Układu Nerwowego, zaburzenia neurobehawioralne związane z działaniem alkoholu w okresie prenatalnym.



różnymi interpretacjami dysmorfii. Dysmorfia to nie brak urody – cechy dysmorficzne są charakterystyczne i szczegółowo opisane, i tylko na takiej podstawie możemy mówić o rzetelnej diagnozie.

W swoich wystąpieniach większość specjalistów zwracała uwagę na to, że postawienie właściwej diagnozy to jeden z największych problemów, z jakimi borykają się mali pacjenci, ale też ich rodzice. Trzeba też pamiętać, że w wielu przypadkach nie są to rodzice biologiczni, lecz adopcyjni bądź zastępczy, którzy najczęściej nie mają wiedzy na temat wcześniejszych etapów rozwoju dziecka, nie mówiąc już o informacjach o przebiegu ciąży.

FASD to całe spektrum zaburzeń, które są efektem wpływu alkoholu na płód. Najbardziej charakterystyczne i zauważalne są, oczywiście, cechy dysmorficzne twarzy, a także małogłowie, za którym kryją się też zaburzenia rozwojowe mózgu. Alkohol w trakcie ciąży powoduje również wady rozwojowe serca i stawów. W miarę postępu badań nad FASD dowiadujemy się o kolejnych obszarach, które u płodu ulegają uszkodzeniom w związku ze spożywaniem przez matkę alkoholem. Jak wynika

z nowego badania przedstawionego na konferencji przez Agatę Migas-Majoch i Katarzynę Dyląg z Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie, wady układu moczowego (np. wodonercze) występują częściej u dzieci z FASD niż w populacji ogólnej. Mają też one mniejsze nerki, co może wskazywać na predyspozycje do nadciśnienia tętniczego w przyszłości.

Na poważne zaburzenia układu neuroendokrynnego wskazują natomiast badania Michała Jurczyka i Katarzyny Dyląg, którzy przeprowadzili analizę zmienności rytmu zatokowego u dzieci z FAS. Jak wskazują autorzy, badanie to umożliwia ocenę aktywności lub oszacowanie stopnia uszkodzenia układu autonomicznego. W ich ocenie ekspozycja na alkohol znacząco wpływa na układ autonomiczny oraz prowadzi do poważnych zmian i zaburzeń – od pogorszenia uwagi, zaburzeń orientacji, zmian zachowania, a nawet do śmierci.

Dziecko z FASD cierpi z powodu zasadniczo zaburzonego rozwoju zarówno funkcji poznawczych, jak i rozwoju społeczno-emocjonalnego. Jest impulsywne, nadruchliwe, nie radzi sobie w szkole. – Zdarza się, że pomimo obecności istotnych nieprawidłowości w rozwoju psychicznym obecne są umiejętności kompensacyjne i zaburzenia nie powodują widocznych trudności w funkcjonowaniu – zwracała uwagę dr Zofia Szepczyńska z WSSD im. św. Ludwika w Krakowie. – Takie dzieci trafiają wtedy do diagnostyki np. z podejrzeniem zespołu Aspergera.

Zaburzenia percepcji słuchowej i wzrokowej, zaburzenia koordynacji ruchowej, opóźnienie rozwoju mowy, deficyty uwagowe, hiperaktywność – to wszystko przyczynia się do nieprawidłowego rozwoju umiejętności szkolnych. – To działa jak kostki domina – podkreśla dr Szepczyńska. – Nieprawidłowy rozwój szkolny ma swoje konsekwencje w postaci wtórnych problemów, takich jak częste niepowodzenia i związana z tym frustracja, poczucie „gorszości”, które się niestety utrwała i wyzwała poczucie bezsilności i niekompetencji, pojawia się pesymistyczny obraz przyszłości. Wzrasta wtedy ryzyko depresji.

Dzieci, u których stwierdzono płodowe zaburzenia alkoholowe, bardzo często dotknięte są innymi problemami towarzyszącymi, spośród których na pierwsze miejsce wysuwa się ACE (Adverse Childhood Experiences), określane po polsku jako Negatywne Doświadczenia z Dzieciństwa (NDD). – To również jest bardzo duży problem diagnostyczny, zarówno dla lekarzy, jak i dla rodziców adopcyjnych, którzy mogą nie znać szczegółowo przeszłości dziecka – tłumaczyła dr Iwona Sawionek. Do niedawna jeszcze panowało przekonanie, że nawet jeśli pierwsze dni czy miesiące życia dziecka obarczone są traumą albo

zaniedbaniami, nie ma to dużego wpływu na jego dalszy rozwój, jeśli później otoczone jest właściwą opieką. Okazuje się jednak, że przemoc, zarówno fizyczna, jak i psychiczna, a nawet „jedynie” zaniedbanie emocjonalne oraz wszelkie trudne, traumatyczne sytuacje rodzinne jak choroba czy pobyt rodzica w więzieniu pozostawiają trwałe, psychiczne, biochemiczne i anatomiczne ślady. – Toksyczny stres degraduje rozwijający się mózg dziecka, modeluje funkcje genów i wpływa na zdrowie dziecka – podkreślała dr Sawionek. – Efekty te dotyczą osób już dorosłych w postaci uzależnień, depresji i prób samobójczych, chorób serca, wątroby, otyłości i nowotworów. Pozostawanie w stanie ciągłej podwyższonej aktywności osi podwzgórze-przysadka-nadnercze i narażenie na długotrwałe działanie hormonów stresu jest dla niemowląt i dzieci szkodliwe.

FASD można zapobiec w 100 procentach!

Zaburzenia FASD są jednoznacznie związane z piciem alkoholu przez przyszłą matkę i nigdy nie występują, jeśli kobieta w ciąży nie spożywała alkoholu.

Zmiany wynikające z ACE zaobserwowane zostały w obrazach rezonansu magnetycznego mózgu w postaci zmniejszonej objętości hipokampa, ciała migdałowatego oraz niektórych stref kory mózgowej, co objawiało się w formie problemów z pamięcią, samokontrolą i emocjami, nieumiejętnością radzenia sobie w trudnych sytuacjach czy kłopotów z podejmowaniem decyzji. U dzieci i dorosłych z ACE następuje szybsza erozja telomerów, czego skutkiem jest słabsza ochrona genomu, większa podatność na choroby i wcześniejsze starzenie się komórek.

Pacjentów z FASD nie możemy wyleczyć, ale zawsze są duże szanse na podniesienie jakości ich życia. Aby jednak podjąć próbę terapii, niezbędne jest postawienie szybkiej i właściwej diagnozy. Obecne trwają intensywne prace nad stworzeniem polskich standardów diagnostycznych FASD. – Szacujemy, że około dwa procent dzieci w Polsce ma FASD, ale wiemy też, że te szacunki są zaniżone – zauważa dr Katarzyna Okulicz-Kozaryn z Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. – Tak naprawdę nie do końca wiemy, co i jak diagnozujemy, a diagnoza postawiona w jednym ośrodku, może zostać podważona w innym. Dlatego w naszym projekcie Agree.pl staramy się stworzyć jednolite, powtarzalne i funkcjonujące w całym kraju bardzo precyzyjne kryteria diagnostyczne.

Joanna Sieradzka



Fot. Jerzy Sawicz

U progu kariery



Fot. Jerzy Sawicz

– Życzę wam łatwości w podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji, ale też pokory wobec opinii odmiennych niż nasze własne. Życzę wam także, abyście pracując z pacjentem, potrafili spojrzeć na niego szerzej niż jedynie przez pryzmat diagnozy i terapii. Abyście umieli dostrzec w nim człowieka z emocjami i uczuciami – powiedział dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Maciej Małecki. Żegnając tegorocznych absolwentów kierunków medycznych CM UJ.

Uroczystość absolutoryjna odbyła się 4 lipca w Centrum Konferencyjnym ICE w Krakowie. Natomiast dwa miesiące później, dokładnie 10 września br. absolwenci zjawili się w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie, by odebrać Prawa Wykonywania Zawodu Lekarza w celu odbycia stażu.

W pierwszej z uroczystości wzięły udział także rodziny studentów, a wystąpienia mieli również pełnomocnik rektora UJ prof. Krystyna Sztefko, a także prodziekani ds. studenckich prof. Jolanta Pytko-Polończyk oraz dr hab. Grzegorz Kopeć. Padły ważne słowa do zapamiętania na przyszłość. Natomiast zaproszony prezes ORL Robert Stępień przedstawił pokrótce działalność Izby, w której szeregi młodzież lekarska właśnie wstępuje. W imieniu studentów wystąpił Sebastian Janiec, starosta roku na kierunku lekarskim WL UJ CM. Częścią programu był także wykład prof. Bogdana de Barbaro, pt. „Żeby Inny nie był Obcy...” – o radzeniu sobie z tzw. trudnym pacjentem. Wręczone zostały wyróżnienia za działalność studencką; nagrody dla najaktywniejszego młodego naukowca i najlepszych sportowców; nagrody Dziekana Wydziału Lekarskiego za najwyższą średnią ocen i najlepszą publikację (pełna lista nagrodzonych osób na stronie CM UJ).



...powitanie w Izbie



Fot. Jerzy Sawitz



Fot. Jerzy Sawitz

Swoje wyróżnienia przyznali także studenci. Za najlepsze przedkliniczne jednostki dydaktyczne absolwenci kierunku lekarskiego uznali Katedrę Anatomii i Katedrę Histologii, a za najlepsze kliniczne jednostki dydaktyczne – Katedrę Neurologii, Klinikę Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej oraz Katedrę Medycyny Sądowej. Spośród nauczycieli akademickich najbardziej doceniona została dr hab. Agnieszka Olszanecka z I Kliniki Kardiologii i Elektrokardiologii Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego.

Głosami studentów kierunku lekarsko-dentystycznego najlepszymi jednostkami dydaktycznymi zostały Zakład Chirurgii Stomatologicznej Instytutu Stomatologii oraz Zakład Stomatologii Zintegrowanej Instytutu Stomatologii, a najlepszymi asystentami: dr hab. Grażyna Wyszyńska-Pawelec, dr hab. Tomasz Kaczmarzyk, lek. dent. Patryk Kałuża oraz lek. dent. Patryk Stępień.

Po wręczeniu nagród studenci otrzymali z rąk władz uczelni karty absolutoryjne. Na kierunku lekarskim (stacjonarnym i niestacjonarnym) odebrały je 252 osoby, a na lekarsko-dentystycznym – 68. Na koniec absolwenci tradycyjnie złożyli przyrzeczenia lekarskie.

* * *

Natomiast zorganizowana 10 września przez Okręgową Izbę Lekarską uroczystość wręczenia Praw Wykonywania Zawodu miała charakter bardziej kameralny, inaugurując jednocześnie działalność sali konferencyjnej w odnowionej i wy-



remontowanej siedzibie Izby. W spotkaniu ze strony organizatorów wzięli udział prezes ORL Robert Stępień oraz wiceprezesi Lech Kucharski i Dariusz Kościelniak.

Wprowadzając młodych lekarzy w historię Okręgowej Izby Lekarskiej oraz sprawy związane z jej funkcjonowaniem prezes Stępień zaznaczył: – Nasza przyjaźń będzie trwała przez długie lata, bo przynależność do samorządu jest ustawowo obowiązkowa. Czy samorząd jest potrzebny? – zapytał prowokacyjnie. W tej kwestii każdy lekarz może mieć własne zdanie, ale ci dopiero wstępujący w szeregi jego członków powinni pamiętać, że to dzięki niemu lekarze posiadają własne, niezależne sądy oraz rzeczników odpowiedzialności zawodowej; że mogą tu skorzystać z pomocy radców prawnych; uzyskać wsparcie finansowe w trudnych życiowo sytuacjach; a także wziąć udział w licznych kursach i szkoleniach prowadzonych przez Komisję Kształcenia Medycznego ORL, bowiem obowiązek stałego doskonalenia zawodowego nie opuszcza lekarza do końca kariery zawodowej. Jest zresztą wymogiem ustawowym.

Funkcjonowanie Izby nie sprowadza się jednak wyłącznie do działalności edukacyjnej i formalnoprawnej. W piwnicach, któ-

rych remont i adaptacja właśnie dobiegają końca, kontynuować będzie swą działalność Klub Lekarza. Własna siedziba będzie miejscem integracji, rozrywki oraz rozwoju artystycznych pasji, m.in. w chórze lekarskim. – Kalendarz imprez dotrze do was mailem lub za pośrednictwem „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej” – zapewnił młodych lekarzy prezes Stępień. Zwrócił także uwagę na potrzebę wykupienia ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej, bez których – w czasach coraz większej roszczeniowości pacjentów – wykonywanie zawodu po zakończeniu stażu byłoby mocno ryzykowne.

Prawa Wykonywania Zawodu z rąk prezesów ORL odebrało 190 osób. Grono młodych lekarzy, którzy zasilili naszą Izbę, jest jednak dużo większe. Łączna liczba absolwentów, nie tylko krakowskiej uczelni, ale też z regionów sąsiedzkich, nowo zarejestrowanych w naszej Izbie jako stażyści sięgnęła 465 osób.

Tekst i fot. Katarzyna Domin

Poniżej ważniejsze wydarzenia trzeciego kwartału 2019 roku na terenie Delegatur.

Krosno

● W czerwcu br. w Delegaturze Krośnieńskiej odbyły się trzy kursy medyczne dla lekarzy nt.:

- Wiek to stan umysłu – psychogeriatrya, czyli jak rozmawiać ze starszym pacjentem;
 - Jak uwolnić się od nieustannej walki z lękiem i niepokojem? Zarządzanie emocjami w pracy lekarza i lekarza dentysty;
 - Nadciśnienie, cukrzyca, nerki – po nitce do kłębka.
- Za udział w kursach lekarze otrzymali certyfikaty i punkty edukacyjne.

● Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny wprowadził nowe metody leczenia. Blok Operacyjny został wyposażony w pełen zestaw do laparoskopii oraz w wielofunkcyjny zestaw do diagnostyki endoskopowej, a także dwie kolumny laparoskopowe. Dzięki temu możliwy będzie rozwój technik małoinwazyjnych, zabiegi laparoskopowe będą stosowane m.in. w leczeniu nowotworów jelita grubego i odbytnicy, których przypadki są diagnozowane w Polsce coraz częściej i stanowią rosnące wyzwanie dla onkologów. Np. klasyczne leczenie operacyjne w przypadkach nisko zlokalizowanego raka odbytnicy kończyło się zwykle koniecznością wyłonienia stomii. Laparoskopowe zabiegi przezojbytnicze pozwalają na radykalne leczenie wczesnych zmian nowotworów miejscowo zaawansowanych (w wybranych przypadkach) z zaoszczędzeniem zwieraczy odbytu. Inną nową metodą dostępną w szpitalu jest dootrzewnowa chemioterapia perfuzyjna w hipertermii (HIPEC), stosowana u pacjentów z nowotworami otrzewnej oraz u chorych z przerzutami do otrzewnej w przebiegu innych nowotworów. Metodę HIPEC można zastosować u chorych z ograniczonym rozsiewem wewnątrzotrzewnowym i przy braku innych przerzutów u pacjentów z przerzutami do jamy otrzewnej w przebiegu raka jelita grubego, raka żołądka, raka jelita cienkiego, raka jajnika oraz pierwotnych nowotworów otrzewnej. Z kolei ECPW to metoda diagnostyczna łącząca technikę endoskopową i radiologiczną, pozwalająca na dokładną ocenę dróg żółciowych i przewodów trzustkowych. ECPW umożliwia także usuwanie złożeń czy pobieranie wycinków.

● 27 czerwca dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie podpisała umowę partnerską z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym w ramach projektu Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR). Jego założeniem jest wdrożenie w SOR „systemu kolejkowego”, zakup kardiomonitatorów oraz przeszkolenie personelu

medycznego, przez co m.in. segregacja medyczna pacjentów ma się stać bardziej precyzyjna.

● W dniach 28-30 czerwca na kortach tenisowych MOSiR w Krośnie po raz kolejny odbył się Turniej Tenisowy o Puchar Prezesa OIL w Krakowie. Rozgrywki przeprowadzono w trzech kategoriach wiekowych. W najmłodszej zwyciężył dr Rafał Galik z Sanoka, w kategorii 50+ najlepszy okazał się dr Paweł Łysikowski z Krosna, a w kategorii 60+ Puchar Prezesa zdobył dr Janusz Ejsmond z Ustrzyk Dolnych.



● 30 sierpnia, z inicjatywy OIL w Krakowie i Delegatury Krośnieńskiej, w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie odbyło się szkolenie z e-recept, przeprowadzone przez przedstawiciela Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Szkolenie to spotkało się z bardzo dużym zainteresowaniem lekarzy.

● 3 września w Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko podpisała umowę, na podstawie której Szpital Specjalistyczny w Brzozowie POO otrzyma 7 mln zł na zakup nowego akceleratora (w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych – „Doposażenie zakładów radioterapii”).

● Józefa Szczurek-Żelazko uczestniczyła także w CPR w Rzeszowie w podpisaniu umów partnerskich z 13 placówkami medycznymi, w których zaczął obowiązywać TOPSOR. W uroczystości udział wzięli także wojewoda podkarpacki Ewa Leniart, z-ca dyrektora LPR Marcin Podgórski, członek Zarządu Województwa Podkarpackiego Stanisław Kruczek.

*Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Krosno*

Nowy Sącz

● Lek. Andrzej Gwiazdowski został w wyniku konkursu powołany na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa Szpitala Powiatowego w Limanowej.

● 18 lipca w Delegaturze Nowosądeckiej odbyło się bezpłatne szkolenie dotyczące wdrażania w podmiotach leczniczych systemu informatycznego e-recepty. Kurs prowadzony przez pracownika Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia był skierowany do lekarzy i lekarzy dentyków, ale również do osób odpowiadających za techniczno-informatyczną obsługę placówek medycznych. Z uwagi na duże zainteresowanie tematyką oraz wejściem w życie obowiązku wystawiania recept w postaci elektronicznej od 1 stycznia 2020 roku szkolenie zostanie powtórzone jesienią bieżącego roku, o czym zostaną Państwo poinformowani na stronie internetowej OIL w Krakowie.

● Dzięki staraniom pełnomocnika OIL lek. Krzysztof Wróblewski lekarze Delegatury Nowosądeckiej otrzymali z Komisji Kultury oraz Komisji ds. Lekarzy Seniorów OIL w Krakowie dofinansowanie do biletów na 53. Festiwal im. Jana Kiepury w Krynicy-Zdroju. To największe, sierpniowe wydarzenie kulturalne odbywające się w tym mieście od 1967 roku przyciąga do uzdrowiska coraz liczniejszą rzeszę melomanów.

● Od 25 sierpnia do 1 września lekarze Seniorzy naszej Delegatury przebywali na turnusie leczniczo-wypoczynkowym w Sanatorium Karpaty w Truskawcu, nieopodal malowniczego jeziora u podnóża Beskidów Skolskich na Ukrainie.



● W ramach XXIX Forum Ekonomicznego w Krynicy-Zdroju (3-5.09) odbyła się dziesiąta, jubileuszowa edycja Forum Ochrony Zdrowia. Problem tak obszerny i wielowątkowy, że zasłużył na odrębne wydarzenie, z roku na rok przyciąga coraz liczniejszą grupę polskich i zagranicznych ekspertów ds. zdrowia.

Partnerami instytucjonalnymi Forum Ochrony Zdrowia były m.in. Naczelna Izba Lekarska w Warszawie oraz Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie.

*Lek. Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Nowym Sączu*

Przemyśl

● 11 czerwca w Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim odbyła się konferencja nt. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Celem spotkania była ocena aktualnej sytuacji w zakresie leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży, omówienie najważniejszych problemów oraz próba podjęcia działań prowadzących do osiągnięcia pożądanego kształtu lecznictwa psychiatrycznego w województwie podkarpackim. W dyskusji uczestniczyli dr n. med. Dariusz Mazurkiewicz – konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, Stanisław Kruczek – członek Zarządu Województwa Podkarpackiego, Robert Bugaj – dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Rzeszowie, dr hab. Maciej Pilecki – kierownik Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży SU w Krakowie, prof. Artur Mazur – dziekan Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego, dr n. o zdrowiu Barbara Stawarz – dyr. Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego w Żurawicy, lek. Małgorzata Sułkowska-Włodek – kierownik Oddziału Dziennego dla Osób z Autyzmem Dziecięcym WPSP w Żurawicy, lekarze zajmujący się leczeniem dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami psychicznymi, eksperci w dziedzinie opieki psychiatrycznej.

● 14 czerwca w Państwowej Wyższej Szkole Wschodnioeuropejskiej w Przemyślu odbyła się III Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Psychiatria i terapia uzależnień w świetle współczesnych wyzwań”, zorganizowana przez Woj. Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. E. Brzezickiego w Żurawicy. Wykłady prowadzone były przez prelegentów z Lublina, Rzeszowa, Jarosławia, Przemyśla i Słowacji.

● Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu 1 września zaczęło przyjmować pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, oddanym do użytku po gruntownym remoncie i restrukturyzacji. W nowym SOR odnowiono poczekalnię, a pomieszczenie, w którym przyjmowano do tej pory wszystkich pacjentów, stało się salą resuscytacyjną. Ponadto oddział wyposażony został w szereg sal obserwacyjnych i zabiegowych. Nowy SOR ma też sale intensywnej terapii, salę z rentgenem przyłóżkowym oraz oddzielne pomieszczenie do zakładania opatrunków gipsowych. Oddział ma wsparcie zaplecza diagnostycznego oraz dostęp do tomografu, rezonansu oraz całodobowo do aparatury USG.



15 czerwca nasi Seniorzy uczestniczyli w wycieczce do woj. świętokrzyskiego. W Szydłowie zwiedzali zamek, kościół św. Władysława i Bramę Krakowską, natomiast w Kurozwękach odwiedzili pałac oraz jedyną w Polsce hodowlę bizonów amerykańskich.

7 września odbyła się wycieczka do Sandomierza – zwiedzano Rynek, Bramę Opatowską, Zamek, Wąwóz Królowej Jadwigi, synagogę. Odwiedzono także winnicę św. Jakuba i pracownię krzemienia pasiastego.

*Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Przemysł*

Wyjątkowa atrakcja w Krynicy-Zdroju Wyżej tylko niebo



19 sierpnia udostępniono mieszkańcom i turystom, a 21 sierpnia oficjalnie otwarto Wieżę Widokową i ścieżkę edukacyjną w koronach drzew, na szczycie stacji narciarskiej Słotwiny Arena w Krynicy-Zdroju.

Drewniana wieża ma 49,5 m wysokości, a jej podstawa posadowiona jest na poziomie 895 m n.p.m. Akacjowe, a właściwie z robinii akacjowej belki, połączone w przemysłny sposób tworzą solidną i efektowną konstrukcję. Również drewniana, stosunkowo szeroka ścieżka prowadząca na szczyt ma 1030 m długości. Idąc w górę nie odczuwa się pokonywanego dystansu.



Przed wszystkim dlatego, że roztaczający się po horyzont widok całkowicie absorbuje turystów. Podziwiać można panoramę Beskidu Sądeckiego i Niskiego oraz dalszych pasm górskich, także w Słowacji.

Dodatkową atrakcją będzie dla niektórych 60-metrowa zjeżdżalnia w rurze, którą odważni szybciej pokonają zejście z dolnej części konstrukcji.

Do wieży dotrzeć można pieszo z dolnej stacji wyciągu krzesełkowego w Słotwinach lub też tą kolejką wyjechać. Warto jednak dodać, że choć wrażenia są fantastyczne, osoby z lękiem wysokości powinny przemyśleć, czy na pewno chcą z tej atrakcji skorzystać. Liczba docierających na sam szczyt jest znacznie mniejsza od liczby turystów rozpoczynających wspinaczkę na wieżę...

Krynica-Zdrój zaprasza...

*Krzysztof Wróblewski
Fot. Jolanta Hodor*



Kolejny Piknik Rodzinny za nami, niech żałują nieobecni...

Integracja w cieniu kasztanowców

W pierwszy powakacyjny weekend, 7 września, w parku Strzeleckim odbył się 5. Integracyjny Piknik Rodzinny Zawodów Zaufania Publicznego w Krakowie – zorganizowany przez Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie wspólnie z aż siedmioma zaprzyjaźnionymi okręgowymi Izbami: adwokacką, aptekarską, biegłych rewidentów, doradców podatkowych, inżynierów budownictwa, notarialną oraz radców prawnych. Pomysł na wspólną imprezę okazał się jak najbardziej trafiony, bo zarówno liczba piknikowiczów, jak i przewidzianych dla nich atrakcji była naprawdę imponująca. Luźna atmosfera, stoły rozstawione w cieniu dorodnych kasztanowców, muzyka dobiegająca ze sceny sprzyjały nie tylko odpoczynkowi, lecz także nawiązywaniu niezobowiązujących kontaktów z przedstawicielami innych niż lekarski zawodów zaufania publicznego. Podczas oficjalnego

powitania do większej integracji zachęcał prezes ORL Robert Stępień, a udanej zabawy i bezchmurnego nieba życzyli również prezesi pozostałych samorządów.

Prócz władz samorządów na scenie gościli także: Krakowska Orkiestra Staromiejska, Orkiestra Straussowska Obligato pod batutą Jerzego Sobieńki, Studio Baletowe Opery Krakowskiej „Pszczółki”, Studio Ruchu „Simple”, Chór Absolwentów I LO im. Nowodworskiego „Kanon” oraz karatecy z Krakowskiego Klubu Karate Tradycyjnego.

Atrakcji dla najmłodszych było tak dużo, że trudno je tu wszystkie wymienić: nauka żonglerki i chodzenia po linie z cyrkowcami z firmy Famiga, stanowisko „szalonych naukowców”, malowanie twarzy i tworzenie przeróżnych stworów z baloników, to tylko niektóre z nich. Dla lubiących aktywność przygotowano też „dmuchańce” do skakania, pneumatyczne trampoliny, na których można było wywijać powietrzne koziołki, dmuchaną ścianę wspinaczkową oraz specjalną bramkę piłkarską mierzącą siłę strzału. Tej ostatniej atrakcji, ćwiczącej też celność, w parku udostępnionym nam przez Towarzystwo Strzeleckie – Bractwo Kurkowe w Krakowie, nie mogło zabraknąć. Natomiast historię Bractwa oraz obronności Krakowa przez cały dzień można było nieodpłatnie poznawać w Celestacie.

Dla nieco starszych piknikowiczów – ale nie za dużych, bo wejście do dmuchanego planetarium było dość wąskie – bardzo oryginalną atrakcją był pokaz gwiazdnych konstelacji połączony z wykładem oraz liczne warsztaty: plastyczne, florystyczne oraz recyklingowe, podczas których pozornie bezużyteczne śmieci przemieniały się w małe dzieła sztuki.



Fot. Stefan Czapły



Szczególne podziękowania należą się policjantom z Wydziału Ruchu Drogowego Komendy Miejskiej Policji w Krakowie za organizację miasteczka rowerowego i udostępnienie policyjnego motocykla oraz Krakowskiemu Pogotowiu Ratunkowemu za pokaz sprzętu medycznego i naukę pierwszej pomocy. Maluchom zaś panie ratowniczkę w przyjazny sposób pomagały przełamać lęk przed wejściem do karetki dzięki prezentowaniu jej wnętrza i zainstalowanej tam aparatury.

Impreza nie udałaby się bez zaangażowania wielu osób – ze strony OIL pań Anny Chuchmacz i Agnieszki Żylińskiej-Fularz, oraz wsparcia sponsorów i fundatorów słodkości, których listę publikujemy poniżej.

*Tekst i zdjęcia: Katarzyna Domin
Fot. Stefan Cieplý*

Partnerzy wydarzenia:

- M-CARS Sp. z o.o. Sp.k.
- Kraków Airport im. Jana Pawła II

Sponsorzy:

- Miejskie Przedsiębiorstwo Energetyki Ciepłej SA z Krakowie
- Relaksmisja
- Farmina Sp. z o.o.
- Wawel SA
- EkaMedica
- Good Snack – Tadeusz Nowak
- PPL Koral
- Dr Irena Eris
- FoodCare Sp. z o.o.







Szanowne Koleżanki i Koledzy!



Zbliżają się wybory. Czas obietnic i programów, toteż niemal wszystkie ugrupowania startujące w wyborach prześcigają się w obietnicach.

Ponieważ ok. 60% ankietowanych wyborców uznało ochronę zdrowia za priorytet, więc w tym zakresie padło najwięcej deklaracji. Jedna lepsza od drugiej, a niemal wszystkie brzmią jeżeli nie identycznie, to co najmniej bardzo podobnie.

Każdy komitet wyborczy obiecuje skrócenie kolejek do lekarzy, a zwłaszcza do specjalistów. Kolejki mają zmaleć i to natychmiast po wygranych wyborach. To obiecują wszyscy, ale żaden z komitetów wyborczych nie zająknął się, jak to zamierza zrobić. Nikt nie powiedział, skąd weźmie lekarzy specjalistów, skąd weźmie pozostały personel medyczny. Wszyscy chyba liczą na cud i na to, że elektorat znowu da się nabrać. Tymczasem nie będę przypominał, na którym miejscu jesteśmy od końca w liczbie lekarzy i pielęgniarek, którzy i tak pracują ponad siły walcząc z narastającą ilością obowiązków administracyjnych i sprawozdawczych. Zamiast dążyć do ich zmniejszenia i uproszczenia, proponuje się kształcenie (i to na poziomie wyższych studiów) ludzi do ich wypełnienia. Nie wiadomo skąd ich wziąć i z czego im zapłacić. Ale „stworzymy nowe zawody medyczne” w sytuacji, kiedy nie ma wystarczającej ilości fachowców, aby zabezpieczyć już istniejące. Zatem nadal będziemy rozpraszać kadrę medyczną i na pewno będzie lepiej.

Wszyscy skrócą czas oczekiwania na SOR-ach w sytuacji, kiedy nie ma ratowników, pielęgniarek i lekarzy chętnych do dyżurowania w tych najtrudniejszych, najbardziej niebezpiecznych i przeciążonych pracą oddziałach. Nikt nie powiedział, jak to zamierza zrobić. „Skrócimy” i już. Znalazł się nawet jeden, co oświadczył, że do pół godziny.

Już teraz większość szpitali nie jest w stanie sprostać wymogom NFZ. Ale my je „zmusimy”. Będziemy skracać czas i zwiększać wymagania do ostatniego ratownika, pielęgniarki, lekarza na SOR. I „nakładać będziemy kary na szpitale, które nie spełniają norm zatrudnienia pielęgniarek”, choć doskonale wiemy, że pielęgniarek nie ma i nie będzie, bo ich nie kształciliśmy i lekceważyliśmy ich potrzeby przez 20 lat.

„Skrócimy kolejki do specjalistów” tworząc coraz więcej specjalizacji. Już ich mamy 77. „Skrócimy kolejki do łóżek szpi-

talnych”, likwidując je. Zamienimy wszystko na domy opieki i domy dla przewlekle chorych. Mamy najniższe w Europie nakłady na ochronę zdrowia, ale będziemy jeszcze oszczędzać. Niemal wszystkie szpitale zwiększają swoje zadłużenie, lecz nikt nie deklaruje zwiększania tych nakładów.

„Uzdrowimy polską służbę zdrowia”, (choć służba to była u pana hrabiego). Bez kadry, bez organizacji i bez pieniędzy. Damy radę! Polak potrafi. Tylko dajcie mu władzę!

I tym optymistycznym akcentem mógłbym zakończyć. Jednak pracując ponad 45 lat mogę służyć kilkoma radami.

Należy:

1. zmniejszyć ilość specjalizacji lekarskich do ok. 50, jak to jest w większości krajów, wystarczy,
2. wrócić do specjalizacji podstawowych i szczegółowych, a może nawet dwustopniowych,
3. wprowadzić umiejętności lekarskie,
4. zmniejszyć ilość dokumentacji i ograniczyć rozpasanie biurokratyczne NFZ,
5. zrewidować normy zatrudnienia na liczbę chorych, a nie nominalną ilość łóżek,
6. likwidować finansowanie ryczałtowe szpitali, które się nie sprawdziło, co widać gołym okiem – wystarczy spojrzeć na rosnące zobowiązania szpitali,
7. zwiększyć nakłady na ochronę zdrowia do poziomu porównywalnego z innymi krajami europejskimi,
8. nie atakować i nie poniżać szpitali, lekarzy, personelu medycznego za własne błędy w zarządzaniu,
9. słuchać ludzi, którzy znają się na pracy, a nie wymyślnych ekspertów.

Mógłbym jeszcze długo wyliczać proste rozwiązania, lecz trochę szkoda czasu. Władza ma swoich ekspertów. Jak wychodzimy na ich słuchaniu, każdy widzi. Król jest nagi.

Zawsze z rozrzewnieniem wspominam mojego pierwszego szefa i nauczyciela, który mówił: „Jurek, pamiętaj, szukaj zawsze rozwiązań najprostszych, bo te są najlepsze”. Choć minęły dziesiątki lat, tę radę zawsze pamiętam, bo zawsze się sprawdza.

Jerzy Friediger



Zawód lekarza

– regulacja, wolność, zaufanie publiczne

Wielu autorów publikacji czy prelegentów definiując „zawód lekarza” objawia skłonność do swobodnego, czasami wręcz zamiennego posługiwania się pojęciami zawód regulowany, wolny czy zawód zaufania publicznego. Tymczasem równoznaczne traktowanie tych pojęć wydaje się nieuprawnione, bowiem – jak przedstawię poniżej – każde z nich ma nieco inne znaczenie.

Zawód regulowany

Chyba najbardziej precyzyjnie, od strony prawnej, da się zdefiniować pojęcie zawodu regulowanego, czyli zawodu, którego wykonywanie wymaga uzyskania zezwolenia, poprzedzonego spełnieniem określonych wymogów (odbycie kształcenia lub wymaganej praktyki zawodowej, uzyskanie wpisu na listę uprawnionych itd.).

Podstawowe regulacje dotyczące możliwości i warunków wykonywania zawodu przez lekarza zawarte są w Ustawie z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Ustawa ta w szczególności określa generalne zasady; precyzuje warunki, które trzeba spełnić, by uzyskać prawo wykonywania zawodu, wskazuje organy upoważnione do jego przyznania oraz sytuacje, w jakich mogą one ingerować administracyjnie w sferę wykonywania zawodu (m.in. niedostateczne przygotowanie zawodowe, niezdolność do wykonywania zawodu); reguluje również kwestie związane z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych.

Oprócz wyżej wymienionej ustawy istnieje także szereg innych aktów prawnych określających zasady wykonywania zawodu lekarza, zarówno na poziomie ogólnym, np. Ustawa o działalności leczniczej (m.in. wykonywanie praktyki zawodowej) czy Ustawa o izbach lekarskich (zagadnienia odpowiedzialności zawodowej), jak również przepisów szczegółowych, określających np. zasady wykonywania zawodu w ramach określonych dziedzin medycyny (np. psychiatrii, anestezjologii czy medycyny ratunkowej).

Zawód wolny

Brak jest formalnoprawnej definicji zawodu wolnego. O zawodach wolnych wspominają jednakże niektóre akty prawne, np. Kodeks spółek handlowych, który mówi o nich w regulacjach dotyczących spółki partnerskiej, uznając za „wolne” m.in. zawód adwokata, radcy prawnego, lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki i położnej, architekta czy rzecznika patentowego.

Można przyjąć, że wykonywanie wolnego zawodu przede wszystkim wymaga legitymowania się bardzo wy-

sokimi kwalifikacjami. Często niezależnie od formalnego wykształcenia akademickiego koniecznym jest wykazanie się odpowiednim przygotowaniem praktycznym. Jest to zawód niezależny decyzyjnie, wykonywany samodzielnie oraz na własną odpowiedzialność. Cechami charakterystycznymi dla jego praktykowania jest również szczególna więź pomiędzy wykonawcą a odbiorcą świadczenia – oparta na zaufaniu, a nie tylko na wiedzy i kompetencjach, oraz wymóg przestrzegania reguł etycznych czy deontologicznych i standard tajemnicy zawodowej.

W odniesieniu do zawodów wolnych warto zwrócić uwagę na wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 19 października 1999 r. (sygn. akt SK 4/99), który wskazał, że treścią wolności wykonywania zawodu jest stworzenie sytuacji prawnej, w której: po pierwsze, każdy mieć będzie swobodny dostęp do wykonywania zawodu, warunkowany tylko talentami i kwalifikacjami; po drugie, mieć będzie rzeczywistą możliwość wykonywania swojego zawodu oraz – po trzecie – nie będzie przy wykonywaniu zawodu poddany rygorom podporządkowania, które charakteryzują świadczenie pracy. Trybunał jednocześnie podkreślił, że wolność wykonywania zawodu nie może mieć charakteru absolutnego i że musi być poddana reglamentacji prawnej, w szczególności gdy chodzi o uzyskanie prawa wykonywania określonego zawodu, wyznaczenie sposobów i metod (ram) jego wykonywania, a także określenie powinności wobec państwa czy samorządu zawodowego.

Zawód zaufania publicznego

Zgodnie z art. 17 ust. 1 Konstytucji „W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”.

Biorąc pod uwagę powyższą regulację można jednoznacznie przyjąć, że szczególna cecha zaufania publicznego przysługuje tylko wybranym grupom zawodowym. Tak jak w przypadku zawodów wolnych nie ma jednej definicji formalnoprawnej zawodu zaufania publicznego. Dość powszechnie jednak przyjmuje się, że do tego katalogu można zaliczyć m.in. zawody prawnicze (adwokata, radcy prawnego, notariusza) oraz zawody medyczne (lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki i położnej).

Identyfikacja zawodów zaufania publicznego następuje poprzez wyodrębnienie takich cech, jak:

- powierzanie uprawiającym taki zawód informacji doty-

- 32 czących życia prywatnego (intymnego) osób korzystających z ich usług,
- uznawanie tych informacji za tajemnicę zawodową,
 - korzystanie ze świadczeń tych zawodów następuje często w razie wystąpienia realnego albo chociażby potencjalnego niebezpieczeństwa dla dóbr jednostki o szczególnym charakterze (życie, zdrowie, wolność, godność, dobre imię), w związku z czym efekt działania tych zawodów ma szczególne znaczenie nie tylko dla obywatela, ale także dla społeczeństwa.
- Osobom wykonującym zawód zaufania publicznego stawia się wymóg posiadania bardzo wysokich kwalifikacji fachowych, nakłada się na nie obowiązek ustawicznego

doskonalenia zawodowego, a także zobowiązanie do przestrzegania wysokich standardów etycznych, często skodyfikowanych przez właściwe korporacje zawodowe (np. Kodeks Etyki Lekarskiej).

Kończąc powyższy krótki wywód można stwierdzić, że wszystkie trzy omawiane pojęcia (zawód regulowany, wolny, zaufania publicznego) mogą w sposób uzasadniony być stosowane przy próbach zdefiniowania istoty czy zakresu wykonywania zawodu lekarza, jednak warto pamiętać, iż charakteryzują się one odrębnym pojęciowo znaczeniem.

Mgr Dariusz Dziubina

CM UJ

Doktorzy habilitowani

Rada Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego nadała stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych

w dniu 27 czerwca 2019 r.

dr. n. med. Rafałowi Januszkowi

Wykaz osób, którym Rada Wydziału Lekarskiego CM UJ nadała stopień naukowy doktora nauk medycznych

w dniu 27 czerwca 2019 roku

mgr inż. Agnieszka Baranowska

Zmiany żywotności i aktywności sekrecyjnej szczurzych komórek macierzystych izolowanych z tkanki tłuszczowej w hodowli in vitro stymulowanych pulsacyjnym polem elektromagnetycznym.

Promotor: dr hab. Jolanta Kaszuba-Zwoińska

lek. Zofia Guła

Interakcja układu immunologicznego z tkanką kostną – związek pomiędzy procesami zapalnymi a osteogenezą i osteoporozą w spondyloartropatiach

Promotor: dr hab. Mariusz Korkosz, prof. UJ

lek. Roksana Kisiel

Wartość prognostyczna klasycznych i nowych parametrów elektrokardiograficznych w terapii synchronizującej serca

Promotor: dr hab. Marek Jastrzębski, prof. UJ

lek. Witold Kolber

Nowe biomarkery ciężkości przebiegu ostrego zapalenia trzustki.

Promotor: prof. dr hab. Beata Kuśnierz-Cabala

lek. Maria Lelakowska

Analiza szerokości załamka P i jego dyspersji oraz ocena jakości życia u pacjentów po przezskórnym zamknięciu ubytku przegrody międzyprzedsionkowej oraz przetrwałego otworu owalnego.

Promotor: prof. dr hab. Maria Olszowska

mgr Agnieszka Magiera

Uwarunkowania jakości życia młodzieży w Małopolsce.

Promotor: dr hab. Agnieszka Pac

lek. dent. Ewa Michalak

Wpływ niechirurgicznego leczenia chorób przyzębia na poziom neopteryny w ślinie osób palących i niepalących tytoń.

Promotor: prof. dr hab. Maria Chomyszyn-Gajewska

lek. Mikołaj Michno

Zakażenia układu moczowego w materiale szpitala Wojewódzkiego oraz ich wpływ na funkcje nerek i rokowanie.

Promotor: prof. dr hab. Władysław Sułowicz

lek. Małgorzata Miller

Wpływ średniej objętości płytki krwi i jej markerów genetycznych na rokowanie

u chorych po udarze niedokrwinnym mózgu w populacji polskiej.

Promotor: prof. dr hab. Agnieszka Słowik

lek. Tomasz Tokarek

Przezskórna implantacja zastawki aortalnej i mało inwazyjne techniki leczenia stenoz aortalnej – wyniki odległe, powikłania, czynniki rokownicze i ocena jakości życia.

Promotor: prof. dr hab. Dariusz Dudek

lek. Agata Wasilewska

Ocena wpływu leczenia żywieniowego, indukującego remisję na zmianę stężenia wybranych adipokin oraz skład masy ciała w nowo rozpoznanej chorobie Leśniowskiego-Crohna o początku pediatrycznym.

Promotor: dr hab. Małgorzata Śladek, prof. UJ

**Program szkoleń podyplomowych organizowanych przez
Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ
październik – listopad 2019**

Szanowni Państwo,

uprzejmie informujemy, iż od dnia 1 stycznia 2018 roku rekrutacja na wszystkie kursy specjalizacyjne (w tym organizowane przez UJ – Collegium Medicum) prowadzona jest centralnie przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie zgodnie z informacją zamieszczoną na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl

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

Kursy dla specjalizacji lekarskich

październik – listopad 2019

anestezjologia i intensywna terapia

Anestezjologia w onkologii
28-30.10.2019

Kierownictwo naukowe: dr Małgorzata Zając

chirurgia ogólna

Endoskopia przewodu pokarmowego
18-22.11.2019

Kierownictwo naukowe: dr Marek Winiarski

choroby wewnętrzne

Geriatrya 10-11.10.2019

Kierownictwo naukowe:

dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ

diabetologia

Postępy w zakresie patogenezy,
rozpoznawania, zapobiegania
i leczenia powikłań cukrzycy
18-19.11.2019

Kierownictwo naukowe: prof. Maciej Małecki

geriatria

Zaburzenia odporności, infekcje i choroby
hematologiczne w wieku podeszłym
14.11.2019

Kierownictwo naukowe:
dr Małgorzata Fedyk-Łukasik

Choroby układu kostno-stawowego
i problemy ortopedyczne
u osób w wieku podeszłym
15.11.2019

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Anna Skalska, prof. UJ

hipertensjologia

Nadciśnienie tętnicze u dzieci, młodzieży
i kobiet
5-6.11.2019

Kierownictwo naukowe:
Kierownictwo naukowe:
prof. Danuta Czarnecka

kardiologia

Nadciśnienie tętnicze
7.10.2019

Kierownictwo naukowe:
prof. Danuta Czarnecka

Elektrofizjologia i elektroterapia
7-11.10.2019

Kierownictwo naukowe:
prof. Jacek Lelakowski

Ostre zespoły wieńcowe
11-12.10.2019

Kierownictwo naukowe:
prof. Tadeusz Przewłocki

Nabyte zastawkowe wady serca
14-16.10.2019

Kierownictwo naukowe:
prof. Maria Olszowska

Diagnostyka inwazyjna
i leczenie interwencyjne
14-18.10.2019

Kierownictwo naukowe: prof. Jacek Legutko

Nieinwazyjna
diagnostyka elektrokardiograficzna
18-22.11.2019

Kierownictwo naukowe: prof. Jadwiga Nessler

Diagnostyka obrazowa — echokardiografia
18-22.11.2019

Kierownictwo naukowe:
prof. Anna Kabłak-Ziembicka

Elektrofizjologia i elektroterapia
18-22.11.2019

Kierownictwo naukowe:
prof. Jacek Lelakowski

medycyna rodzinna

Opieka nad szczególnymi grupami pacjentów
21-22.10.2019

Kierownictwo naukowe: prof. Adam Windak

otorynolaryngologia

Podstawy opieki geriatrycznej
18.11.2019

Kierownictwo naukowe: prof. Jacek Składzień

położnictwo i ginekologia

Diagnostyka i terapia płodu
7-11.10.2019

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia
— kurs praktyczny indywidualny
14-18.10.2019
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia
— kurs praktyczny indywidualny
14-18.10.2019
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia
— kurs praktyczny indywidualny
4-8.11.2019
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia
— kurs praktyczny indywidualny
4-8.11.2019
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

psychiatria

Wprowadzenie do psychoterapii
14-18.10.2019
Kierownictwo naukowe:
prof. Krzysztof Rutkowski

urologia dziecięca

Laparoskopia w urologii dziecięcej
20-22.11.2019
Kierownictwo naukowe:
prof. Rafał Chrzan

kursy wspólne

Ratownictwo medyczne
25-29.11.2019
Kierownictwo naukowe:
dr Arkadiusz Trzos

Kursy specjalizacyjne

organizowane przez MCKP UJ w ramach projektu „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demo-

graficznych kraju” współfinansowanego przez Unię Europejską, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020:

chirurgia onkologiczna

Kurs wprowadzający
Wprowadzenie do specjalizacji
w chirurgii onkologicznej
14-15.10.2019
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Marek Sierzęga

Rekrutację na kurs prowadzi CMKP w Warszawie, przez elektroniczny formularz zgłoszenia dostępny na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl, tel. 22 569 38 02

Nowotwory piersi
4-5.11.2019
Kierownictwo naukowe:
prof. Piotr Richter

Rekrutację na kurs prowadzi CMKP w Warszawie, przez elektroniczny formularz zgłoszenia dostępny na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl, tel. 22 569 38 02

Kursy doskonalące dla specjalizacji lekarskich

październik – listopad 2019

Rekrutację na kursy doskonalące prowadzi MCKP UJ w Krakowie przez formularz dostępny na stronie internetowej <http://www.mckp.uj.edu.pl>

chirurgia ogólna

Praktyczny kurs endoskopii
przewodu pokarmowego
25-29.11.2019
Kierownictwo naukowe:
dr Marek Winiarski

pediatria

Podstawy elektrokardiografii
wieku dziecięcego
14-16.10.2019
Kierownictwo naukowe:
dr Piotr Weryński

wszystkie specjalizacje

Szpitalny oddział ratunkowy
w zdarzeniu masowym
8-9.11.2019
Kierownictwo naukowe:
dr Arkadiusz Trzos

Stany nagłe w położnictwie i ginekologii
w praktyce pracowników
systemu ratownictwa medycznego
15-16.11.2019
Kierownictwo naukowe:
dr Arkadiusz Trzos

Leczenie bólu w praktyce lekarza POZ
21.11.2019
Kierownictwo naukowe:
dr Magdalena Kocot-Kępska

Działania ratunkowe w zagrożeniach CBRNiE
22-23.11.2019
Kierownictwo naukowe:
dr Arkadiusz Trzos

Jak to drzewiej bywało

– to tytuł nawiązujący do powieści baśni Władysława Orkana, w której autor opisuje zmiany, jakie zaszły w życiu ludu polskiego od czasów legendarnych po XX wiek. Ten właśnie pomysł pisarza głośnego w latach 30. XX w. wykorzystam do ukazania niektórych spraw ze świata historycznej już medycyny. Będzie więc mowa o dawnych szpitalach, o dochodach lekarzy i pierwszych formach samorządności lekarzy.

Od początków naszej państwowości, przez długie wieki głównymi lecznicami były chaty różnych zielarzy, babek, zaklinaczek, szepturnów, wiedźm pochodzących z ludu. Całe to środowisko miało sporą wiedzę zielarską wyrosłą z obserwacji przyrody. Po przyjęciu chrześcijaństwa i przybyciu do Polski zakonów lecznicami stawały się budowane przez nich klasztory, niekiedy o profilu szpitalnym, często mocno zróżnicowanym w zależności od szerzących się chorób szczególnie o charakterze epidemicznym, np. dla trędowatych, zapowietrzonych, syfilityków. W czasie nasilania się epidemii w rodzaju dżumy czy cholery zakładano szpitale polowe – takie jak choleryczny na Wawelu – czy stawiano specjalne budy odosobnienia dla chorych na dżumę, np. na Dąbiu. Szpitale były praktycznie zwykłymi przytułkami dla biedaków, kalek, brzemiennych kobiet z ulicy, porzuconych dzieci i sierot. Dawano im strawę i dach nad głową, ale o poważniejszym leczeniu nie było tam mowy.

Leczeniem zajmowano się też w łaźniach, golarniach, na ulicznych straganach, w budach jarmarcznych i na odpustach. Wędrowni cyrulicy mieli lecznice ze sobą. Nosili puzdra podróżne z narzędziami i specyfikami, mieli specjalne opończe z dużą ilością wewnętrznych kieszeni, w których mieściło się wszystko, co potrzebne do leczenia. Do miejsc uzdrawiających należały też kościoły, do których przynoszono chorych pod cudowne obrazy i posągi świętych na tzw. sen świątynny, znany już w starożytności, podczas którego przychodził do chorego święty i uzdrawiał. Często zdrowie powracało też dzięki cudownej wodzie z pobliskich studzienek czy źródełek. Nieco później dołączyły do tych wszystkich miejsc cechowe oficyny chirurgiczne oznaczane wiszącymi miednicami.

Szpitale mogły działać dzięki tzw. uposażeniom, czyli zapewnieniu im dochodów na utrzymanie. O najważniejszych decydowali królowie, przyznając im zyski z żup solnych, np. Bochni i Wieliczki. Zakonom prowadzącym szpitale darowywano także grunta pod budowę szpitali. Pewne dochody przynosiły też prowadzone przez zakony gospodarstwa, np. duchacy mieli trzy młyny, kilka jatek mięsnych, trzy słodownie i łąki. Bardzo często donatorami szpitali byli prywatnie biskupi, np. bp Michał Szembek, który w swojej kamienicy przy ulicy św. Jana 8 założył szpital i sprowadził do opieki nad chorymi szarytki z Warszawy. Hojnością odznaczali się także niektórzy profesorowie Akademii, zwłaszcza jej rektorzy. Trzeba tu

wymienić przede wszystkim Macieja Miechowitę, fundatora wielu przytułków, organizatora drugiej katedry medycyny na Akademii Krakowskiej. Szpitale wspierali również rajcy, np. Szpital św. Rocha i Sebastiana, na który „dali kawał gruntu nad brzegiem starej Wisły i kamienie na zmurowanie nowego szpitala”. W XIV i XV wieku szpitale były przejmowane pod zarząd władz miejskich. Niestety, obojętnie od statusu donatorów i datków miłosiernych ludzi dochody były nieregularne, często ustawały, wskutek czego szpitale tak podupadały, że je rozbierano, kasowano i rozkradano.

Posługę medyczną sprawowali obok guślarzy lekarze z Akademii, ale szpitale i inne przytuliska w ogóle ich nie obchodziły. Nie pokazywali się w tych placówkach prowadząc praktyki prywatne i zajęcia na uczelni, od których byli często odrywani, by odbyć podróże do możliwych pacjentów, którzy zapewniali im dobrobyt. Byli jednymi z najlepiej zarabiających ludzi w Krakowie. Jako profesorowie otrzymywali uposażenie w wysokości 20 grzywien rocznie, do których dochodziły zarobki za leczenie prywatne. Za wizytę pacjent płacił ok. 5 grzywien. Licząc tylko jednego chorego na tydzień, rocznie przynosiło to ok. 300 grzywien. Zarobki powiększało jeszcze bycie promotorem. Za jednego doktoranta profesor otrzymywał 12 grzywien i tyleż samo za prowadzenie egzaminów. Lekarze otrzymywali również zapłatę w naturze – lisie szuby, sukno na stroje, kosztowności. W przybliżeniu dochody roczne wynosiły ok. 400 grzywien. Aby porównać te zarobki z dzisiejszymi, można skorzystać z danych, które znalazły się w „Medycynie na Uniwersytecie” Józefa Rostafińskiego. Podaje on niektóre ceny, np. wóz czterokonny z przykryciem kosztował 2 grzywny, drewniany dom w Krakowie 20-100, a kamienica 250-375 grzywien. Przelicza także grzywny na srebrne grosze praskie, i tak: cielę kosztowało 6 groszy, więc lekarz mógł sobie kupić za swój roczny zarobek 1600 cieląt. Przykładem, jaki majątek mieli lekarze akademicki, niech będzie dobytek rektora UJ Jana z Regul: „Do rodzinnych Regulic dokupił wieś Koralów, dom w Krakowie niedaleko Kościoła Mariackiego, kamienicę przy ul. św. Anny, którą zamienił na czynszowe mieszkania. Jeździł białym powozem wyściełanym czerwoną skórą, ciągniętym przez 4 białe konie z na czerwono pofarbowanymi ogonami”. Zyski ciągnął także z pełnienia funkcji burmistrza.

Lekarze akademicki nie byli zrzeszeni w żadne bractwa czy organizacje. Było ich niewielu i podlegali głównie władzom Akademii, przede wszystkim rektorom i ich zarządzeniom. Z powodu niewielkiej liczby lekarzy coraz większą rolę w medycynie zaczęli odgrywać chirurdzy cyrulicy. Traktowani byli jako „gorsi”, ze względu na brak akademickiego wykształcenia. Ale jako rzemieślnicy zrzeszali się w cechy. Działały one w oparciu o własne statuty, które broniły ich interesów, stawiając jednakże członkom

36 pewne wymagania. Do prowadzenia samodzielnych warsztatów cyrulicznych i kształcenia uczniów mieli prawo tylko mistrzowie. Wyodrębnienie i usamodzielnienie cechu chirurgów nastąpiło w 1477 roku nadaniem statutu przez Kazimierza Jagiellończyka. Statut ten potwierdzali kolejni królowie. Otrzymanie go legalizowało organizację jako korporację zawodową, podnosiło prestiż zawodu (kaplica na Wawelu pw. świętych Kosmy i Damiana).

Organizacja ta, podobnie jak dzisiaj izba lekarska, miała charakter samorządowy. Chirurdzy stworzyli sobie system podnoszenia kwalifikacji i weryfikacji umiejętności. Uczeń kształcił się w zawodzie cyrulickim u mistrza, który uczył nie tylko zawodu, ale też czytania i pisania, dbał o poziom moralny i wychowywał w posłuszeństwie w stosunku do cechu. Terminowanie trwało ok. 3 lat i kończyło się egzaminem teoretycznym i praktycznym. Potem następowało wyzwolenie na czeladnika, który miał obowiązek odbycia 2-letniej wędrówki, także za granicę, by poznać inne warsztaty, lecz także po to, by nie zagrażać w zarobkach mistrzowi. Po jakimś czasie mógł sam zostać mistrzem i założyć własną oficynę cyrulicką. Cechy zrzeszały wyłącznie mężczyzn, jednak w przy-

padku śmierci mistrza wdowa po nim mogła przejąć warsztat i prowadzić oficynę. Takim zatwierdzonym przywilejem królewskim cyrulikiem żupnym była w Wieliczce Magdalena Bendziszawska. Do obowiązków cechowych należała obrona miasta i powinności sądowo-lekarskie. Cechy organizowały także życie religijne, kulturalne i towarzyskie swoich członków. To była pierwsza lekarska organizacja samorządowa, mimo że zrzeszała tylko chirurgów.

Po pewnym czasie nastąpiło zbliżenie chirurgów z medycyną uniwersytecką, aż w końcu ich wchłonięcie. Bezsprzecznie była to jednak pionierska organizacja lekarska.

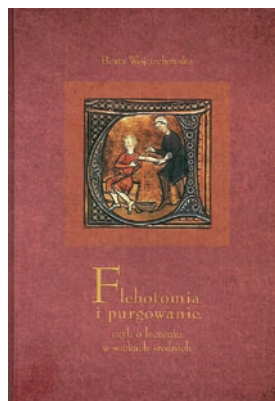
Porównywanie nowych form funkcjonowania lekarzy z dawnymi laty ma charakter głównie anegdotyczny. Na koniec przytoczmy słowa Sebastiana Petrycego żyjącego w XVI wieku, profesora na Wydziale Sztuk Wyzwolonych Akademii Krakowskiej, aby pamiętać, jak ważna jest medycyna w życiu społecznym: „Sam Pan Bóg kazał lekarza szanować dla wielkiego pożytku, czego ani o teologu, ani o juryście, ani o różnych innych profesjach ludzi tak znacznie w Piśmie Świętym nie powiedziano”.

Barbara Kaczkowska



Zapraszamy jak co roku. Niestety, liczba miejsc ograniczona, prosimy zatem o jak najszybsze zgłoszenia. Części naukowej patronują prof. Jolanta Pytko-Polończyk; dr Witold Jurczyński i dr Katarzyna Szczeklik. Części samorządowej patronuje Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie lek. dent. Robert Stępień. W programie także wręczenie nagrody im. Andrzeja Fortuny oraz Wieczór z Gwiazdą.

Szczegółowe informacje na stronie: www.oilkrakstom.pl, www.oilkrakstom.eu lub w Biurze OIL Kraków przy ul. Krupniczej 11a – Komisja Stomatologiczna, mgr Krystyna Trela: e-mail: k.trela@hipokrates.org; tel. +48 12 619 17 18, +48 502 382 051



Beata Wojciechowska Flebotomia i purgowanie, czyli o leczeniu w wiekach średnich

Oczyszczanie lub samooczyszczanie się organizmu brzmi dla współczesnego człowieka znajomo, podobnie jak detoksykacja czy przywrócenie wewnętrznej równowagi — homeostazy. Nie zawsze jednak jesteśmy świadomi, że sama idea puryfikacji jako drogi wiodącej nas ku utraconemu zdrowiu sięga jeszcze czasów prehistorycznych. Upusty krwi, prowokowanie wymiotów, spożywanie specjalnych diet, okłady, stawianie baniek czy też enemy należą bowiem do historycznego kanonu terapii lekarskiej, danego już dawno różnym kulturom i cywilizacjom. Zatarło się już w naszej świadomości, że jeszcze w połowie XIX wieku flebotomia była czymś oczywistym w postępowaniu lekarskim. Jedną z najbardziej rozpoznawalnych postaci francuskiej medycyny François Broussais zalecał w terapii klinicznej przystawianie pijawek. Miał je ponoć zużywać w takich ilościach, że aby zaspokoić potrzeby nieprzejednanego w swym programie leczniczym profesora, trzeba je było sprowadzać zza granicy.

Upusty krwi były powszechnie akceptowane, będąc nie tylko częścią nauki i sztuki medycznej, lecz stając się częścią szeroko pojętej kultury. Na przełomie XVIII i XIX wieku swoisty kult upustów krwi był na tyle utrwalony, że można wręcz mówić o terapeutycznym wampiryzmie. Jak ciężko było podważać dogmat flebotomii, dowodzi praca innego francuskiego lekarza Pierra Louisa, jednego z prekursorów wykorzystania metod statystycznych w medycynie. W latach 20. XIX wieku Louis, opierając się na stworzonej przez siebie tzw. metodzie numerycznej dowodził, iż upusty krwi w zapaleniu płuc nie wykazują pozytywnego skutku terapeutycznego. Ustalenia Louisa nie wzbudziły wówczas większego zainteresowania. Dopiero gdy w dwie dekady później, opierając się o obserwacje kliniczne i materiał anatomopatologiczny Józef Dietl dowiódł, że flebotomia stosowana w zapaleniu płuc nie tylko nie wspomaga leczenia, ale wręcz przyspiesza degenerację tkanki płucnej, trudno było rzecz całą zignorować, jakkolwiek upusty krwi ustępowały pola niechętnie, z wyraźnym ociąganiem. I o ile lekarze stopniowo ograniczali przestrzeń dla flebotomii w praktyce lekarskiej, to wielu zwykłych ludzi było i jest nadal przekonanych o zdrowotnym wpływie zabiegu przystawiania pijawek.

Książka Beaty Wojciechowskiej „Flebotomia i purgowanie, czyli o leczeniu w wiekach średnich” odnosi się tylko do jednej, jak to wyraźnie zaznaczono w tytule, epoki w dziejach historii medycyny. Autorka podzieliła omawiany przez siebie materiał na trzy części. Pierwszą poświęciła przybliżeniu czytelnikowi źródeł i charakteru teorii humoralnej, która stanowiła podstawę zarówno dla praktyki flebotomii, jak i zabiegów purygacji. Tym pierwszym, a zatem upustem krwi autorka dedykowała drugą część książki, zaś działaniom oczyszczającym organizm część trzecią.

Powstanie teorii humoralnej jest tradycyjnie związane z osobą Hipokratesa z Kos. Służyła ona w równym stopniu objaśnianiu procesów prawidłowych (fizjologicznych), jaki i nieprawidłowych oraz zaburzonych (patologicznych). Wiele wskazuje na to, że jej źródła należy szukać w rozważaniach pitagorejczyków, Alkmeona z Krotonu oraz Epedoklesa. Można jeszcze dodać możliwy wpływ filozofii Talesa z Miletu, który wskazując na wodę jako element podstawowy mógł wpłynąć na przyjęcie przez Hipokratesa cieczy dla swojego układu. Teoria humoralna została ujęta w rozważaniach Platona i Arystotelesa i, jak podkreśla Wojciechowska, przenikała do medycyny późnego antyku, później średniowiecza, w dużej mierze za pośrednictwem prac rzymskiego lekarza Galena. Ten łącząc ze sobą korpuskularno-mechanistyczną patologię solidarną szkoły metodyków z modelem humoralnym ugruntował i wzmocnił pozycję medycyny hipokratejskiej. Jednak największe „zasługi” w asymilacji teorii czterech cieczy jako podstawy diagnostyki i prognostyki lekarskiej, a także źródła dla kształtowania się terapii miał lekarz z kręgu kultury islamu — Awicenna. Jego „Kanon medycyny” był w dobie wypraw krzyżowych stopniowo asymilowany i wszedł w skład europejskiej medycyny. Można powiedzieć, że to właśnie medycyna wieków średnich, potwierdzając dogmat modelu humoralnego ugruntowała równocześnie upust krwi i purygację.

W klasycznym, rzecz można, hipokratejskim modelu humoralnym cztery cieczy — krew, flegma, żółć i czarna żółć pozostają w nieustannej interakcji, która opiera się o zasady równowagi i proporcji. Właściwe zrównoważenie i zachowanie proporcji (eukrazja) było utożsamiane ze stanem zdrowia, podczas gdy ich zaburzenie ze stanem choroby (dyskrazja). Życie zatem toczyło się pomiędzy eukrazją a dyskrazją, będąc w istocie dynamicznym i o zmiennym charakterze procesem. Dlatego też środki mające zaradzić stanom patologicznym musiały nosić takie właśnie cechy. Upust krwi (jednego z czterech humorów), którego intensywność można było stosunkowo łatwo kontrolować, wydawał się tym celom dobrze służyć. Pozwalał również na rozbudowę planów diagnostycznych i terapeutycznych, tak jak czynił to Awicenna, a co zostało przez autorkę recenzowanej książki ze szczegółami zaprezentowane.

W części drugiej zatytułowanej „Flebotomia” wyłożony został charakter wykonywanych upustów zarówno na tętnicach, jak i żyłach, wskazując na złożony charakter uzasadniający wybór konkretnych miejsc i sposoby przeprowadzenia nacięć, a także wskazania do takich zabiegów. Prócz Awicenny autorka odwołuje się do innych autorów średniowiecznej medycyny, w tym m. in. Arnolda de Villanova, Bernarda de Gordona czy Tomasza z Wrocławia.

W części trzeciej zatytułowanej „Purgowanie i inne środki lecznicze” Beata Wojciechowska podjęła się omówienia postępowania polegającego na stosowaniu leków, diet i metod nakierowanych na oczyszczenie organizmu z substancji szkodliwych oraz podkreśliła istnienie ścisłych związków ówczesnej medycyny z astronomią i astrologią.

Całość wykładu została dobrze przemyślana i jasno zaprezentowana. Dodatkową wartością omawianej pracy jest pokaźna bibliografia. Książka została również zaopatrzona w indeks osobowy i rzeczowy. Rzeczowa i oparta o liczne źródła może stać się pożyteczną lekturą dla każdego, kogo interesuje historia, nauka i kultura wieków średnich. Jest również dobrym uzupełnieniem wiedzy z zakresu historii medycyny.

Ryszard W. Gryglewski

Beata Wojciechowska, „Flebotomia i purgowanie, czyli o leczeniu w wiekach średnich”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2019, s. 187



Mistrz Polski po raz trzeci!

I to nie wśród lekarzy, lecz w wielkiej społeczności pasjonatów z całej Polski, ogarniętych manią motoryzacji. Ale nie tej czerpiącej emocje z wyścigów Roberta Kubicy, tylko wręcz przeciwnie – z zainteresowań pojazdami, którymi przekraczanie 50 km na godzinę grozi dyskwalifikacją. Liczy się natomiast gust, umiar, elegancja i parę innych cech niekoniecznie dostępnych każdemu.

Nim przejdę do przedstawienia dzisiejszego bohatera, z krwi i kości lekarza, krakowianina i znanego biznesmena, jedno zdanie o ludziach z pasją. Korzenie ich zainteresowań sięgają zazwyczaj dzieciństwa. Ale reguły nie ma. Można też zacząć, jak w opisywanym przypadku, mijając sześćdziesiątkę. Dopiero wówczas bowiem – jak to sam bohater określił – pojawiła mu się pewna „nadpłynność finansowa” sprzyjająca nowej pasji.

Przedstawiam Państwu poniżej znanego w środowisku lekarskim prezesa Centrum Diagnostyczno-Zabiegowego „Medicina”, z wy-

kształcenia anestezjologa, z pasji miłośnika pojazdów zabytkowych, wiceprezesa krakowskiego oddziału PZMot – Jerzego Kękusia.

Człowiek bezspornego sukcesu wychował się w samym centrum Krakowa, na Garbarskiej. Jak wszyscy rówieśnicy gonił za piłką, niemniej z całą rodziną (w tym dwoma braćmi) pasjonował się wtedy pływaniem. A ich chlubą był Włodzimierz Kękuś, wielokrotny medalista mistrzostw Polski w latach powojennych, trener Wisły Kraków.

– Natomiast do pięknych samochodów zamiłowanie miałem zawsze, jak zresztą większość chłopców – mówi Kękuś. Jednak dopiero gdy ukończyłem 60 lat, doszedłem do wniosku, że mam potencjał, wiedzę i niezłe doświadczenie w jeździe szybkimi samochodami. Spróbowaliśmy swoich sił najpierw w rajdach typowo turystycznych, a dopiero później w Mistrzostwach Polski Pojazdów Zabytkowych.



I tak w 2003 roku kupiłem swój pierwszy stary samochód, Fiat 850 coupe sport. Kupiłem go w Szczawnicy, od wróżki. Ten fiat jest nadal w posiadaniu i jest kolejny raz restaurowany. Pojawiły się wtedy zresztą stosunkowo liczne samochody niezwyklej urody, zazwyczaj kabriolety w bardzo rozsądnych cenach. Zapewne sprzedawano je, bo nie nadawały się do wożenia nowożeńców do ślubu. Ale tak na serio zająłem się tym w 2010 roku. Jestem rocznik 1951, a więc ta pasja trwa już blisko 20 lat.

■ W naszym kraju zrujnowanym przez wojnę nie było zapewne w ogóle takich samochodów?

– Rzeczywiście, bardzo dużo samochodów przyjechało do nas ze Stanów Zjednoczonych. One są zdecydowanie w lepszym stanie ze względu na klimat, np. w Kalifornii. Kupiłem z USA dwa mercedesy. Jeden miał wypaloną słońcem tapicerkę (jest zresztą na zdjęciu), była tylko karoseria, fotele poniszczone, natomiast mechanicznie był do zaakceptowania. W Polsce robią takie naprawy ludzie z pasją, o dużym doświadczeniu.

■ A teraz co się składa na Pański park samochodowy?

– Panie redaktorze, ta rozmowa nie może być przewodnikiem dla złodziei. Mamy kilka samochodów, których właścicielami jestem ja i moje dzieci.

■ Niemniej jeden Pański pojazd jest znany, rywale mówią, że dzięki niemu wygrywa Pan różne zawody. Mowa o jakimś Jaguarze.

– Ten samochód, sprowadzony ze Stanów, został kupiony przez pośrednika w Londynie. Jest to Jaguar typ e V12 z 1971 roku (patrz zdjęcie). Tym samochodem jeździmy na własnych kołach (nie korzystając z platform – dop. red.), na wszystkie rajdy i spotkania, jest całkowicie sprawny w normalnym ruchu drogowym. Dysponuje mocą ok. 270 koni mechanicznych. Teoretyczna szybkość maksymalna to 240 km na godzinę. Ja osiągnąłem nim



170 km, bo potem już jest niestabilny. My go potrzebujemy nie do wyścigów, tylko do tego cyklu rajdów. Najważniejsze jest przyspieszenie, zwrotność, trzymanie się drogi...

■ Mówi Pan cały czas w liczbie mnogiej...

– Bo nasza załoga składa się z kierowcy i pilota. Na początku piloci się zmieniali, natomiast od trzech lat startuję z Rafałem Chronowskim, który od dawna jest pilotem asystentem w rajdach samochodowych. Trzecią osobą, którą muszę tu wymienić, jest nasz mechanik elektronik Artur Lew, dbający o te samochody. Nie mamy się czego wstydzić, jeżdżąc tymi samochodami zarówno w ruchu miejskim, jak i w zawodach.

■ Może zechce Pan kilka zdań powiedzieć o charakterze zawodów, w których uczestniczą pojazdy zabytkowe?

– To nie takie proste, całokształtem przedsięwzięć związanych z motoryzacją w Polsce zajmuje się założony w 1950 roku Polski Związek Motorowy, członek m.in. pięciu europejskich federacji





automobilowych. Sam Kalendarz PZM na każdy rok, uzupełniany szczegółowymi regulaminami, zajmuje kilkadziesiąt stron. Ukazuje się też kilkanaście kolorowych magazynów motoryzacyjnych. Właśnie nasz samochód **Lancia Fulvia coupe** jest szeroko opisywany w czerwcowym numerze „Automobilisty”.

Ograniczę się zatem do króciutkiego omówienia Mistrzostw Polski Pojazdów Zabytkowych, które odbywają się rocznie w 4 klasach (pre-1945; post-1945; post-1960; i post-1970). Datą graniczną, kwalifikującą pojazd do zabytków, jest rok 1988. W dorocznych zawodach wyłaniany jest Mistrz Polski oraz pierwszy i drugi wicemistrz.

Zawody są 2- 3-dniowe. Nie liczy się szybkość przejazdu, trasa długości 60-120 km podzielona jest na 3 do 5 etapów. M.in. oceniana jest technika jazdy, zdolność pojazdu i załogi do manewrów (hamowanie, zakręty, utrzymywanie stabilnej prędkości itp.), regularność jazdy, odbywa się test BRD, test z historii motoryzacji, konkurs elegancji pojazdów, test z zakresu prawa drogowego – łącznie kilkanaście kryteriów, z precyzyjną punktacją negatywną za każdy błąd. Decyduje o wszystkim wiedza i doświadczenie, które jest połączeniem wysiłku kierowcy, pilota i mechanika.

W tej chwili bardzo popularne są rajdy na regularność – z wyznaczoną prędkością. Np. mamy do przejechania 150 km, gdzie średnia prędkość jest wyznaczona na 40,5 km na godzinę. I w takim czasie należy zmieścić się na trasie niezależnie od ilości zakrętów, przejazdów kolejowych itp. Po drodze są utajnione punkty pomiaru prędkości, ale gdzie, nikt nie wie. Samochody są śledzone za pomocą GPS. Nie będę opisywał dalszych szczegółów, tylko na koniec dodam, że całokształt zawodów skrupulatnie ocenia kompetentne, parosobowe jury, z komandorem imprezy na czele.

■ No to powiedzmy na koniec coś o sukcesach Pańskiej załogi.

W 2015 roku zdobyliśmy po raz pierwszy tytuł Mistrza Polski Pojazdów Zabytkowych, a nasz **Jaguar** zdobył tytuł **Automobila Roku PZM 2015**. W roku 2016 zajęliśmy trzecie miejsce w Mistrzostwach Polski. W 2017 roku zostaliśmy drugim wicemistrzem Polski. A w 2018 i 2019 roku udało się nam dwukrotnie zdobyć tytuł mistrza. W tym roku pokonaliśmy 59 rywalizujących załóg.

■ Coś jeszcze poza mistrzostwami planujecie?

– W 2008 roku założono w Krakowie Europejską Asocjację Automobilistów, której jestem wiceprezesem. Jest to stowarzyszenie grupujące miłośników starej motoryzacji, którego hasłem przewodnim jest turystyka motoryzacyjna w starym stylu (tzn. połączona ze zwiedzaniem). Jeździmy więc starymi samochodami w ciekawe miejsca w Polsce lub do krajów przyległych. Np. od 10 października planowana jest Wielka Eskapada Beskidzka, z Krakowa jedziemy do Ustronia, a potem do Czech zwiedzić fabrykę Hyundaia.

■ Jeśli poruszacie się takimi pojazdami, to załatwiacie z zarządzającym ruchem drogowym jakiś specjalny przejazd?

– Nie, jedzie zazwyczaj 5, 6 takich samochodów, z nikim się nie ścigamy, za to pięknie wyglądamy. To są kabriolety, mają ponad 30 lat, ale nie są jakąś zawalidrogą. Gdyby była konieczność, osiągną nawet 200 km na godzinę.

■ Wróćmy jeszcze do punktu wyjścia. Ma Pan jeszcze jakiś kontakt z zawodem lekarza?

– Poniekąd, ale polega to głównie na ocenie pracy innych lekarzy i kierowaniu zespołem Centrum Medicina. Wcześniej pracowałem jako anestezjolog na „Białej Chirurgii” u Popieli. A mój wybór medycyny dokonał się pod wpływem ojca. Po ukończeniu Liceum im. Sobieskiego w 1968 roku miałem możliwość dostania się na AWF, ponieważ miałem klasę mistrzowską w pływaniu. Tymczasem Tatuś, który teraz ma 91 lat, powiedział: „Synu, skoro lubisz się uczyć, to idź na medycynę!” Posłuchałem.

■ A pasję motoryzacyjną jak Pan godzi z „Mediciną”?

– To bywa skomplikowane, acz nie przesadnie. Mamy dziś 400 pracowników, w tym 220 lekarzy. Ordynujemy w czterech placówkach. Na marginesie, ktoś nas chce wyprowadzić z ulicy Rogozińskiego, ale chyba się nie damy. Wie pan, przede wszystkim moją pasją jest praca. Mając kompetentnych i mądrych współników, nie ma tutaj wielkich problemów. Natomiast samochody to jest rodzaj spędzania wolnego czasu. Oczywiście bardzo mnie to emocjonuje. Każde zawody przeżywam. Syn zresztą także uległ urokowi zabytkowych pojazdów.

■ No to się Panu powiodło. Dziękuję za rozmowę. Bakcyl przeszedł na kolejne pokolenie.

*Rozmawiał: Stefan Cieplý
Fot. Archiwum rodzinne*





W obronie szczepień...

Nie sposób przeczytać i analizować projekty dziesiątek regulacji prawnych przesyłanych do konsultacji. Osobiście mam jednak szczególną wrażliwość na inicjatywy poselskie, które „troszczą się” o pacjenta i służbę zdrowia. Zawsze odczuwam niepokój. Z tego powodu przeczytałem „Projekt zmiany Ustawy o prawach pacjenta...”. Tytuł okazuje się mylący, bo w istocie jest sposobem wejścia przeciwników szczepień do obrad Sejmu, przez kilkunastu posłów jednego z klubów, popierających program ruchu antyszczepionkowego. Tym razem w okresie wakacyjnym i przedwyborczym wybrano metodę „troski” o pacjenta. Kilkanaście stron uzasadnienia jest właściwie programem tego ruchu.

Nasze środowisko lekarskie bardzo konsekwentnie, często kosztem osobistych przykrości, jasno sprzeciwiło się propagowaniu, jak niektórzy publicyści nazwali, terroryzmu biologicznego, „narracji aktywistów ruchu antyszczepionkowego”. Co się zatem proponuje w Ustawie o prawach pacjenta...? – powołanie kilkunastoosobowych komisji wojewódzkich do spraw orzekania o powikłaniach poszczepiennych i utworzenie specjalnego Funduszu odszkodowań (forma podatku od producentów szczepionek, czyli szczepionki będą droższe).

Co to znaczy? Nie mówimy obecnie, że chcemy dobrovolności szczepień, ale tworząc taką szczególną strukturę administracyjną jasno mówimy społeczeństwu – szczepienia szkodzą, macie prawo do odszkodowań i rekompensat. W tekście uzasadnienia (cytuję jedno ze zdań): „Korzyści dla zdrowia publicznego osiągane dzięki szczepionkom są oczywiste. Jednakże nieodłącznym elementem stosowania szczepionek jest ryzyko, bez względu na to, czy zostały odpowiednio zaprojektowane, wyprodukowane i dostarczone, pojawienia się powikłania poszczepiennego, które rzadko, ale jednak występują”.

Jasno stwierdzam, że każde zdarzenie niepożądane powinno być zbadane i w przypadku uzasadnionym wypłacone odszkodowanie, mamy prawną procedurę postępowania w takich sytuacjach. Jeśli jednak taką szczególną troskę chcemy wyrazić, można nadać istniejącym wojewódzkim komisjom ds. zdarzeń niepożądanych takie uprawnienie. Tworzenie nowych bytów administracyjnych jest tylko propagandą dla ruchu antyszczepionkowego. Utworzenie takich komisji wywoła u lekarzy szczepiących dzieci obawy przed postępowaniami administracyjnymi, a to jest także cel ruchu.

Bez uszczypliwości, ale wołałbym, aby przewodniczący Komisji Rolnictwa – poseł Jarosław Sachajko, przedstawiciel wnioskodawców, pochylił się nad problemami rolnictwa, a problemy zdrowia publicznego pozostawił światowym ekspertom.

Pozdrawiam – zaszczepiłem wnuki...

Artur Hartwich
Kraków, 20.08.2019



Problemy z e-receptami...

W obliczu zbliżającego się terminu obowiązywania programu e-recept z początkiem 2020 r. budzi niepokój jego niedo-
skonałość, a czasem wręcz wadliwość działania. Poniżej przedstawię parę moich uwag – z punktu widzenia lekarza praktyka.

1. Co w sytuacji, kiedy pacjent nie posiada przy sobie nr. PESEL, bo program nie przepuści wystawienia e-recepty, nawet pełnopłatnej? Niestety, taka sytuacja zdarza się, a ja mam obecnie możliwość dokonania adnotacji „brak nr PESEL” na blankiecie tradycyjnej, papierowej wersji i apteka realizuje ją jako pełnopłatną.

2. Pacjent z uprawnieniami do wystawienia e-recepty, gdyż posiada nr EKU (inne kraje) – nie można wprowadzić w rubryce kodu innego państwa, a tym samym zaordynować leki, ponieważ program odrzuca taką możliwość.

3. Czy to byłby duży problem, by zintegrować wygenerowanie danych adresowych pacjenta wraz z wprowadzonym nr. PESEL? Tak jest w programie ZUS-owskim e-zwolnień.

4. Również po wprowadzeniu nr. PESEL powinien lekarz uzyskać informację o statusie ubezpieczenia pacjenta, a wymagałoby to jedynie zintegrowania z programem e-WUŚ. Obecnie muszą tracić czas na obsługę obu systemów.

5. W programie są pozycje leków, których system nie uwzględnił, np. syrop dla dzieci Petit Drill, probiotyk Dicoflor. Wpisany w rubrykę leków gotowych zostaje odrzucony.

6. Lek stosowany w astmie oskrzelowej Berodual sol 20 ml do inhalacji jest akceptowany przez program jedynie jako pełnopłatny, a przysługuje na niego refundacja i odpłatność ryczałtowa.

7. Wystawienie e-recepty na lek recepturowy raz program akceptuje, a na drugi dzień już nie i pojawia się komunikat o jakimś błędzie, a konsultanci z infolinii nie mają zielonego pojęcia, o co chodzi.

8. Program podaje też nieprawdziwe dane do wyboru, np. ilość tabletek w opakowaniu (np. Cetix – jest wybór 5, 7, 10 tabl., a dostępne jest jedynie opakowanie po 7 tabl.)

9. Czas, jaki pochłania wystawienie jednej e-recepty, to 5 minut z zegarkiem w rękę, doliczając jeszcze podgląd w system e-WUŚ to dodatkowe 3 min. Po zakończeniu wizyty jednego pacjenta całą procedurę logowania się do systemu należy powtórzyć przy przyjmowaniu następnego.

Tyle moich uwag po zaledwie kilkudniowym zmaganiu się z e-receptami, a przypuszczam, że z upływem czasu pojawi się więcej problemów i wątpliwości.

PS. Swoje uwagi przedstawione powyżej przesłałem drogą mailową na adres: e-recepta@csioz.gov.pl, niestety, nie otrzymałem żadnej odpowiedzi.

Juliusz Praczyński
lekarz chorób dziecięcych
Przemyśl, 1.08.2019 r.

Aktualizacja – 5.09.2019:

Od tego czasu wprowadzono pewne poprawki w systemie. Nadeszła też odpowiedź z informacją, że twórcy programu pracują nieustannie nad poprawkami.

Co się zmieniło? Berodual jest już z refundacją, Cetix nadal dostępny nieprawidłowo w op. po 5 i 10 tabl. Uwaga programistów, że leki dostępne bez recepty nie są uwzględnione w systemie, nie do końca satysfakcjonuje, bo nie uwalnia od dodatkowej pracy z kartką i długopisem. Pozostałe uwagi nadal aktualne. Natomiast kwestia wystawienia e-recepty na lek recepturowy pozostaje nierozwiązana od paru tygodni. Na nic zdaje się wymiana informacji jedyną dostępną drogą – w formie elektronicznej. Jedyne raz udało się wystawić przedmiotową e-receptę w dniu 26.08.2019. Skład recepty jest zgodny z normami FP XI i dodatkowo uzgodniony i zaakceptowany przez Podkarpackiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego. Przy realizacji e-recepty farmaceuci informują o braku informacji o NFZ, pomimo że generując e-receptę taka informacja jest zamieszczona.

(JP)



O antybiotykach raz jeszcze...

Po przeczytaniu wywiadu z p. dr. hab. T. Kaczmarzykiem („GGL” nr 2/170 z 2019) na temat antybiotykoterapii i aktualnych rekomendacji dla lekarzy stomatologów nasunęły się pewne refleksje. W generalnym spojrzeniu lekarskim na kwestię nadużywania leków – każdego rodzaju leku – panuje chyba pełna zgoda. Nie powinniśmy ich nadużywać. Ale już z poszczególnymi, wycinkowymi kwestiami przedstawionymi w artykule można dyskutować.

Po pierwsze, odniosłem wrażenie – mam nadzieję, że mylne – że mamy lekarzy stomatologów, którzy są może gorzej wykształceni i stąd lekkomyślnie, zbyt często wypisują recepty na antybiotyki. Bez uzasadnionego powodu. Dla mnie to bardzo kontrowersyjny pogląd. Po drugie, zdziwiłem się, że należy „chronić antybiotyk”. Rozumiem sens tego zwrotu tak, że chciałoby się „chronić antybiotyki” na przyszłość, aby były skuteczne w działaniu. Jednym z takich środków miałyby być blokada czy mocne ograniczenie stosowania (ordynacji) tych leków teraz.

Jednak jako lekarze powołani jesteśmy i kształceni zgodnie z obecnym poziomem wiedzy w celu ochrony życia i zdrowia tych chorych, którzy dziś zgłaszają się do nas i naszych gabinetów po pomoc. I to jest nasz cel kluczowy w postępowaniu medycznym – leczenie teraźniejszego pacjenta, tu i teraz; maksymalnie szybkie doprowadzanie go do pełnej sprawności, unikanie powikłań, włączenie odpowiedniej profilaktyki. To są zasadne cele leczenia i farmakoterapii. (...) Czy moim celem, jako lekarza, jest „ochrona antybiotyku”? (...) czy zdrowie pacjenta? To, co czytamy w artykule, streścić można tak: nie używajmy świadomie środków i narzędzi, które daje nam współczesna medycyna lub róbmy to w bardzo ograniczonym zakresie po to, że te środki mogą nam przydać się w jakiejś odległej przyszłości. Pozostawiamy obecnego pacjenta i jego chorobę np. do obserwacji, ufajmy w to, że nie ma deficytów odpornościowych, że jego organizm sam sobie poradzi z infekcją, a także wiara w to, że będąc chorym

nie będzie miał powikłań ogólnozdrowotnych bez antybiotykoterapii. Tylko dlatego, że zgłosił się do lekarza w gabinecie stomatologicznym. Przyznam, że dla mnie są to bardzo kontrowersyjne poglądy – trudne do akceptacji.

Kwestia nadużywania antybiotyków jest poruszana szeroko. Oporności biota na chemioterapeutyki także. Nadal brakuje jednak przekrojowych analiz całości tematu. Wszyscy musimy odpowiedzieć sobie na podstawowe pytania: czy w leczeniu jesteśmy skuteczni (jak)?, czy używamy leków dobranych indywidualnie do pacjenta i jego problemu zdrowotnego?, czy pacjent akceptuje proponowany przez nas sposób leczenia? Ten ostatni punkt jest także niezmiernie ważny!

Nie jest chyba dobrze, aby temat antybiotykooporności i rekomendacji w użyciu poszczególnych leków analizować wycinkowo, w oderwaniu od życia społecznego, postępowania i protokołów medycznych. Aby zalecać coś w oderwaniu od pytań, dlaczego oporność na poszczególne grupy antybiotyków czy poszczególne preparaty powstaje? Jak zachodzi ten proces? Jaki jest sposób i droga nabywania tej oporności przez mikrobiota? Przez które gatunki i szczepy? Epidemiologowie i mikrobiolodzy zwracają uwagę nie tylko na nadużywanie antybiotyków (w ogóle), ale także pokazują niektóre drogi przenoszenia (transmisji) szczepów opornych, analizują mechanizmy w powstawaniu oporności. (...) Tu szczególnie podkreślana jest droga wziewna (nosogardziel), sprawa braku nawyku mycia rąk przez pacjentów, ale i zwraca się uwagę na lekceważenie przez personel medyczny dezynfekcji rąk po badaniu pacjenta! (z raportu European Centre Disease Control). Ponadto, opierając się na raporcie ECDC – w Europie najczęściej nadużywane są antybiotyki z grup: cefalosporyn, fluorochinolonów i aminoglikozydów. Z obserwacji wynika, że nie są to grupy antybiotyków szczególnie upodobane przez lekarzy stomatologów w Polsce. (...)

Źródeł nadużyć w stosowaniu antybiotyków jest wiele. Są nimi nie tylko gabinety lekarskie, bo gdzie np. rolnictwo? (...) A w medycynie? Koncentrujemy się głównie na antybiotykoterapii systemowej czy ogólnej i ustalamy tu rekomendacje. A co z antybiotykoterapią miejscową? W stomatologii – przykładem np. endodoncja i zakładane pasty antybiotykowe (często wieloskładnikowe), implantologia – prawie każde założenie śruby gojącej to maść z antybiotykiem. Inne specjalności, np. dermatologia – małe dawki antybiotyków w leczeniu choćby trądziku. Czy biota mając kontakt z antybiotykiem użytym miejscowo nie nabywają oporności?

Z przykrością odnotować trzeba też fakt pewnych braków w kształceniu studentów medycyny (traktuję tożsamo, z jakiego są wydziału), a potem także podyplomowego kształcenia młodych lekarzy. Myślę, że istnieje pewne oderwanie programu kształcenia od realiów pracy. Zwłaszcza z mikrobiologii. (...)

Jeśli propozycje ograniczenia nadużywania antybiotyków i antybiotykooporności mają być racjonalne i skuteczne, trzeba, byśmy mieli przekrojowe spojrzenie na cały problem. Zasady powinny obowiązywać wszędzie tam, gdzie antybiotyki są stosowane, niezależnie od tego, czy to gabinet stomatologiczny, ogólnomedyczny czy weterynaryjny. Pytaniem

zasadnym jest, dlaczego w gabinetach nie można bezpłatnie wykonać pacjentowi testów, czy dana infekcja jest bakteryjną, czy nie? Co w sumie jest droższe?

Za mało dyskutujemy o tym, jak ordynować antybiotyki, aby był skuteczny w tej podstawowej ordynacji. Czy mamy różnice w wynikach leczenia w zależności od drogi podania leku? Dlaczego w stomatologii tak mało stosuje się antybiotyków w iniekcjach?

(...) Teoria użycia antybiotyku w procedurze przed, a nie po zabiegu ma wielu zwolenników. Ale pogląd „jeśli już, to użyjmy go w protokole 1 dawki” (ang. one shot) jest dyskusyjny. (...) Może lekkomyślnie podany antybiotyk to ten podawany za krótko? Wielu naukowców na świecie zwraca już na to uwagę. Ponadto, lekarze praktycy (...) stosują często, i to już od wielu lat, inne antybiotyki niż zalecają rekomendacje. Może też jest powód? Może pora spytać, dlaczego od lat uporczywie rekomenduje się w Polsce używanie penicyliny półsyntetycznej jako antybiotyku 1. rzutu w stomatologii, jeśli ogromna liczba lekarzy praktyków od lat widzi co najmniej niewystarczające efekty lecznicze po jej stosowaniu? Czy to racjonalne założenie, że w stomatologii ordynujemy tylko np. amoksylicynę bez kwasu klawulonowego i przez pierwsze

48–72h obserwujemy, czy lek działa, a potem, gdy nie widzimy efektów, ewentualnie zmieniamy go na inny, kolejny?

(...) Przypadki zgonów, sepsy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, których punktem wyjścia były ogniska w jamie ustnej, są coraz częstsze – potwierdzane dokumentacją medyczną. Nie można bagatelizować stomatologii i problemów ogólnozdrowotnych, które mogą wystąpić po niewłaściwym leczeniu. Nie tędy droga.

(...)

Często rozejście się wskazań rekomendacji i ordynacji przez lekarzy leczących wynika z niskich ocen skuteczności. Wielka szkoda, że przy opracowywaniu wskazań grono ekspertów uniwersyteckich tak skromnie korzysta z doświadczenia i uwag szerokiej grupy lekarzy praktyków.

Maciej Miczek

lek. medycyny, lek. stomatolog
ordynator kliniki NZOZ M-Dent w Krośnie
Krosno, 25.05.2019

(Szereg wątków pobocznych ograniczyłem usuwając je z tekstu na prośbę Redakcji)



VIII Międzynarodowa Konferencja Szpiczak i Chłoniak w 2019 roku

7 września 2019 r. w Collegium Medicum UJ w Krakowie odbyła się VIII Międzynarodowa Konferencja „Szpiczak i Chłoniak w 2019 roku”. Uroczystego otwarcia debaty dokonali jej organizatorzy dr hab. Artur Jurczyszyn, prof. UJ oraz prof. dr hab. Wojciech Jurczak. Konferencję poprzedziło spotkanie robocze Prezydium Polskiej Grupy Szpiczakowej Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów.

Poruszano zagadnienia dotyczące wielospecjalistycznej terapii u chorych ze szpiczakiem plazmocytowym, amyloidozą, indolentnymi chłoniakami oraz chorobą Hodgkina w 2019



roku. Patologia w szpiczaku plazmocytowym obejmuje wiele tkanek i narządów, tj.: układ krwiotwórczy, kostny, endokrynny, nerkowy, nerwowy oraz inne. Kompleksowa opieka u chorych ze szpiczakami i chłoniakami stwarza szansę wysokiej skuteczności i poprawy jakości życia oraz jego wydłużenia w dobrym komforcie. Ostatnie lata przyniosły rejestrację kilkunastu nowych leków w szpiczaku i widzimy znaczące wydłużenie życia chorych do obecnie średnio 10 lat.

Podczas konferencji wystąpili m.in. światowej sławy eksperci z USA, Turcji, Niemiec, Włoch, Anglii, a wzięło w niej też udział ponad 80 specjalistów z polskich ośrodków hematologicznych.

www.szpiczak.org

Dr hab. Artur Jurczyszyn, prof. UJ,
Katedra Hematologii UJ CM,
Fot. Jerzy Sawicz

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum zaprasza

do udziału w darmowych kursach organizowanych w ramach projektu pn. „Podnoszenie Kompetencji Lekarskich (POKOLEnia) – interdyscyplinarna i holistyczna opieka nad pacjentem geriatrycznym z problemami psychicznymi, reumatologicznymi oraz w opiece okołozabiegowej”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Europejskiego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Szkolenia są skierowane do lekarzy wszystkich specjalności, także rezydentów. Możliwość zdobycia 16 pkt edukacyjnych.

Najbliższe szkolenia:

18-19 października – moduł reumatologiczny

25-26 października – moduł psychiatryczny

Rejestracja online na stronie projektu:

<https://pokolenia.cm-uj.krakow.pl>

Kontakt z Biurem Projektu: tel. 12 619 97 09,

e-mail: pokolenia@cm-uj.krakow.pl

Nowy Szpital w Olkuszu

podejmie współpracę z lekarzami specjalistami lub z lekarzami w trakcie specjalizacji w zakresie: endokrynologii, chorób wewnętrznych, kardiologii, pediatrii, ginekologii i położnictwa, neonatologii, chirurgii, ortopedii, radiologii, z lekarzami systemu do pracy w SOR oraz z lekarzami do POZNIŚ.

Oferujemy atrakcyjne i stabilne warunki zatrudnienia.

Kontakt: tel. 502 375 935

lub e-mail: HR@nowyszpital.pl

Uzdrowisko Rabka SA

poszukuje lekarzy specjalistów w dziedzinie: kardiologii,

balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, rehabilitacji medycznej, chorób wewnętrznych. Bardzo dobre warunki pracy i płacy, możliwość wynajęcia mieszkania.

Kontakt: tel. 18 26 77 246, 18 26 92 678,

e-mail: kjurczak@uzdrowisko-rabka.pl

Duża Przychodnia w Krakowie

o ugruntowanej pozycji na rynku zatrudni lekarza ze specjalizacją z okulistyki. Oferujemy: elastyczny czas pracy, atrakcyjne warunki płacy.

Kontakt: tel. 600 877 929

lub e-mail: md@pronomed.pl

Med file® Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

tel: 731 030 629

www.medfile.pl

Kompleksowy program dla gabinetu

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

- + e-Recepty
- + Powiadomienia SMS
- + Rejestracja Online
- + Promocja Gabinetu
- + e-ZLA
- + Strona WWW

Załącz **DARMOWE** konto

Gabinet w Internecie | Pozyskuj Pacjentów | Realizuj wizyty

Kup licencję roczną od 490 zł brutto/rok za Plus lub od 850 zł brutto/rok za Premium używając kodu: „GGL09” (oferta do 31.12.2019)

Stomatolog – współpraca / zatrudnienie

Nowo otwarty gabinet stomatologiczny w Krakowie (osiedle obok Szpitala Rydygiera)

nawiąże współpracę / zatrudni lekarza specjalizującego się w leczeniu zachowawczym i endodoncji.

Możliwość rozwoju zawodowego.

Wynagrodzenie: 50 proc. przychodów.

Kontakt: tel. 604 869 488

e-mail: elmedspzoo@pl

NZOZ pilnie zatrudni

do pracy stomatologa na 15 godzin tygodniowo w Przegini (gmina Jerzmanowice-Przeginia).

Gabinet bardzo dobrze wyposażony, działający od 20 lat.

Warunki pracy do uzgodnienia.

Kontakt: tel. 604 168 873

lub e-mail: janzal@interia.pl

Zatrudnię lekarza dentystę

do pracy w Nowym Sączu w ramach kontraktu NFZ oraz prywatnie.

Kontakt: tel. 506 755 035

Praktyczne Kursy doskonalące

Pracować w POZ... **i przetrwać!**

dla lekarzy POZ oraz lekarzy Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej

16-17 listopada 2019, Kraków



Pracować w SOR... **i przetrwać!**

15-16 lutego 2020, Kraków

dla lekarzy SOR oraz izb przyjęć

*Wspólnie zbudujemy
twoją pewność
i samodzielność.*

Praktyczna wiedza

Niezbędne umiejętności

Minimum teorii

| 2 dni intensywnego
kursu (z wyżywieniem)

| materiały dla
uczestników

| punkty
edukacyjne!

Na Śląsku zaufało nam już ponad 2000 lekarzy!

www.praktycznekursymedyczne.pl

 [praktycznekursymedyczne](https://www.facebook.com/praktycznekursymedyczne)



115. rocznica urodzin prof. Józefa Bogusza

W 115. rocznicę urodzin swego wieloletniego prezesa, prof. Józefa Bogusza Towarzystwo Lekarskie Krakowskie wspólnie z Krakowskim Oddziałem Towarzystwa Chirurgów Polskich i Katedrą Historii Medycyny UJ CM zorganizowało uroczystość poświęconą Jego osobie. Patronat nad nią objęli prezydent Miasta Krakowa prof. Jacek Majchrowski, prorektor UJ ds. Collegium Medicum prof. Tomasz Grodzicki i dziekan Wydziału Lekarskiego UJ CM prof. Maciej Małecki.

W ramach uroczystości w Nowej Hucie na osiedlu Józefa Strusia przy ul. Józefa Bogusza 14 odsłonięto marmurową tablicę pamiątkową poświęconą Profesorowi, z przypomnieniem dat jego życia (1904-1993); osobowości (chirurg, etyk, humanista); niektórych epizodów z życia (powstaniec warszawski; kierownik I Kliniki Chirurgicznej AM w Krakowie; prezes Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego 1959-1993; redaktor „Zeszytów Oświęcimskich” Przeglądu Lekarskiego).

Symbolicznego odsłonięcia tablicy dokonali: córka Profesora Elżbieta Bogusz-Kahl i prof. Igor Gościński, w obecności m.in. doktora Roberta Stępnia, prezesa ORL w Krakowie, prof. Piotra Richtera, kierownika I Kliniki Chirurgii UJ CM, i ostatniego asystenta Profesora Bogusza, prezesa Krak. Oddz. TChP dr. n. med. Czesława Osucha, syna prof. Macieja Bogusza z małżonką oraz dzieci Elżbiety Bogusz-Kahl: Justyny Muesch i Bartka Kahla.

Wieczorem w Domu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego odbyło się spotkanie, które otworzył prof. Igor Gościński referatem zatytułowanym „Prof. dr hab. med. Józef Bogusz, prezes Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego najdłuższej kadencji”. W drugim referacie prof. Maciej J. Bogusz przedstawił trzy etapy życia, swoich losów i pracy w Zakładzie Medycyny Sądowej, w Instytucie Ekspertyz Sądowych i Klinice Toksykologii w Krakowie; w Niemieckiej Republice Federalnej i w Zjednoczonych Emiratach Arabskich.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie uhonorowało medalem 150-lecia Towarzystwa: prof. Macieja Bogusza, dr Elżbietę Bogusz-Kahl i Ritę Pagacz-Moczarską – redaktor naczelną „Alma Mater”, a medalem im. Józefa Bogusza – prof. Piotra Richtera i dr. Czesława Osucha. W okolicznościowym mini-recitalu wystąpili Marta Polańska – fortepian, i Marek Polański – skrzypce. W siedzibie TLK pokazano też pamiątki po prof. Józefie Boguszu ze zbiorów Muzeum Wydziału Lekarskiego UJ CM. Zebranie zakończono przy lampce wina.

Adam Wiernikowski



Fot. Jerzy Sawicz



RECEPTA NA FINANSOWANIE

KREDYTY DLA FIRM Z SEKTORA MEDYCZNEGO

- nawet do 500 000 zł ■ uproszczona procedura
- szybka decyzja ■ bez zabezpieczeń i poręczycieli

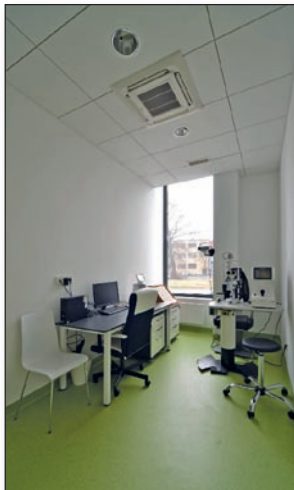
 Kraków: 510 997 977 | Nowy Sącz: 571 293 629 | Tarnów: 518 013 684



BNP PARIBAS

**Bank
zmieniającego się
świata**

Kredyty przeznaczone są dla Klientów firmowych mikro, Profesjonalistów, prowadzących działalność gospodarczą od min. 12 miesięcy i niepodlegających ustawie o rachunkowości. Zawody uznawane jako Profesjonaliści to m.in. lekarz, protetyk, stomatolog, aptekarz, farmaceuta, fizjoterapeuta, weterynarz i inni. Decyzja o udzieleniu kredytu i warunkach kredytowania uzależniona jest od przepisów Banku oraz wyniku przeprowadzonej przez Bank analizy zdolności kredytowej Klienta. Informacje o produktach i usługach bankowych, w tym wysokość opłat i prowizji, znajdują się w Taryfie Prowizji i Opłat i regulaminach, dostępnych w oddziałach Banku oraz na stronie www.bnpparibas.pl. Materiał ma charakter reklamowy i informacyjny, nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. BNP Paribas Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Kasprzaka 10/16, 01-211 Warszawa, zarejestrowany w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000011571, posiadający NIP 526-10-08-546 oraz kapitał zakładowy w wysokości 147 418 918 zł, w całości wpłacony.



WYNAJEM GABINETÓW LEKARSKICH

ul. Rogozińskiego 6, lok. 5-6 (parter), 31-559 Kraków, budynek GRAFFIT HOUSE

ul. Szuwarowa 1/12, 30-384 Kraków



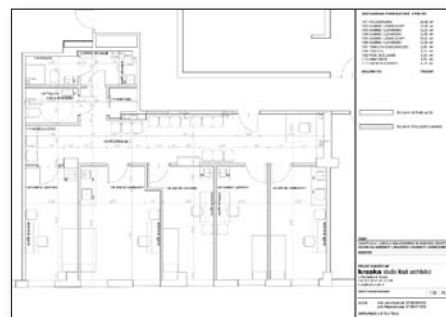
Oferujemy:

- ❖ Wynajem nowych gabinetów konsultacyjnych na stałe godziny przyjęć
- ❖ Wynajem gabinetów zabiegowych
- ❖ Szeroki zakres obsługi w nowoczesnym miejscu

W ramach pakietu oferujemy:

- ❖ obsługę recepcji
- ❖ osobistą elektroniczną bazę pacjentów z dokumentacją medyczną
- ❖ rejestrację pacjentów

Gabinety Sport Medicum powstały jako działalność otwarta na potrzeby pacjenta, dająca jednocześnie możliwość pełnej realizacji reprezentantom zawodów medycznych.



Cena:

od 150 zł netto gabinet lekarski / dzień

od 200 zł netto gabinet zabiegowo-lekarski / dzień

Więcej informacji:

tel. +48 690 040 903

e-mail: biuro@sportmedicum.pl

www.sportmedicum.pl





Fot. Wojciech Kożuch



Świat w obiektywie lekarzy

Przed nami wiele wydań „GGL”, dlatego zachęcamy do przysyłania na adres mailowy redakcji kolejnych, także jesiennych fotografii. Konkurs trwa.

SPZOZ w Liskach

pilnie nawiąże współpracę z lekarzami specjalistami: medycyny rodzinnej lub pediatrii w poradni dla dzieci ginekologii i położnictwa w poradni
Praca w ramach kontraktu z NFZ.

Warunki do uzgodnienia. Oferujemy pracę w miłym zespole, atrakcyjne wynagrodzenie.

Kontakt: tel. 12 280 62 83, 517 851 151
lub e-mail: sgzoz@przychodnia.liski.pl

Centrum Onkologii Oddział w Krakowie

zatrudni lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej.

Kontakt: Dział Spraw Pracowniczych,
tel. 12 634 82 84

NZOZ Stomatologia ComlexDent

w Miechowie zatrudni lekarzy stomatologów.

Gabinety w pełni wyposażone, posiadamy pracownię RTG.

Więcej informacji: tel. 504 180 541,
e-mail: mon.syg@wp.pl



www.awaria.info
tel. 791 915 585

Kompleksowe wykończenia wnętrz

SZOZ Multimed Oświęcim Sp. z o.o. PZU Zdrowie

Oświęcim, ul. Chemików 5,
zatrudni lekarzy ze specjalizacją
z medycyny rodzinnej, pediatrów, internistów oraz
lekarzy ze specjalizacją I lub II stopnia w dziedzinie:
radiologii, laryngologii, stomatologii, diabetologii,
kardiologii, rehabilitacji, urologii, okulistyki.
Kontakt: Magdalena Hanczar, tel. 663 184 633
lub e-mail: mhanczar@multimed.oswiecim.pl

Centrum stomatologiczne DentiMedical w Lubniu

poszukuje stomatologów.

Zapewniamy wysokie zarobki, dużą liczbę pacjentów,
najwyższej klasy sprzęt i materiały, możliwość
realizacji kompleksowych planów leczenia,
bardzo dobre warunki pracy.

Mile widziane doświadczenie w protetyce
i pracy z mikroskopem.

Prosimy o przesłanie CV
na adres e-mail: biuro@dentimedical.pl
www.dentimedical.pl

ŚWIAT MISTRZA BEKSIŃSKIEGO

ALFRED SCHNITKE
REQUIEM
PIANO QUINTET: MODERATO

KONCERT Z MULTIMEDIALNYM POKAZEM
WYSTAWA OBRAZÓW W FOYER

AUDITORIUM MAXIMUM, KRAKÓW

10 LISTOPADA
2019



Bilety na:



Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Nowym Sączu

zatrudni:

– lekarzy orzeczników Zakładu

Wymagania: lekarz medycyny z tytułem specjalisty,
min. 4 lata czynnego wykonywania zawodu lekarza.

Praca na umowę o pracę, zatrudnienie w pełnym
lub niepełnym wymiarze, wynagrodzenie
od 8,5 tys. na całym etacie.

– zastępcę głównego lekarza orzecznika

Wymagania: lekarz medycyny z tytułem specjalisty,
min. 4 lata czynnego wykonywania zawodu lekarza,
powyżej 4 lat doświadczenia
w orzecznictwie lekarskim.

Praca na umowę o pracę, zatrudnienie w wymiarze
0,5 etatu, wynagrodzenie od 4,5 tys. na pół etatu.

Informacje dodatkowe:
możliwość ustalenia indywidualnego czasu pracy
oraz rozwoju zawodowego.

Kontakt: Wydział Kadrowo-Płacowy,
tel.: 18 449 82 75

ZOZ „Medycyna Pracy” Sp. z o.o.,

ul. Centralna 51 w Krakowie,
poszukuje lekarza medycyny pracy i lekarza okulisty.
Forma zatrudnienia i wynagrodzenia do uzgodnienia.

Kontakt: tel. 508 790 132
lub 12 686 16 64

Sprzedam dwa lokale

o powierzchni 42,5 m kw. oraz 60 m kw.
przy ul. Rydygiera w Krakowie, w sąsiedztwie
nowego Szpitala Uniwersyteckiego w Prokocimiu.

Lokale znajdują się w nowo wybudowanych
blokach mieszkalnych, na parterze

– wejście prosto z chodnika.

Kontakt: tel. 730 026 040

e-mail: arturg065@onet.pl

Sprzedam niedrogo lokal

o powierzchni 25 m kw. na terenie
Szpitala Powiatowego w Limanowej.

Kontakt: tel. 730 026 040

e-mail: arturg065@onet.pl

Dr

..... dnia

.....

.....

dokładny adres zamieszkania

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

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

.....

.....

imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby wskazanej

.....

podpis i pieczęć

Profesor
Stanisław Jan Konturek
(1931–2019)

Odszedł uczony światowej sławy



„Prawdziwa wiedza to znajomość przyczyn”
Arystoteles

Świat nauki i środowisko akademickie naszego kraju poniosły stratę i okryły się smutkiem wraz z odejściem Profesora Stanisława Jana Konturka, wybitnego naukowca w dziedzinie fizjologii i gastroenterologii, byłego wieloletniego kierownika Katedry Fizjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. W czasie swojego życia zawodowego profesor Konturek pełnił funkcje m.in. prorektora Uniwersytetu Jagiellońskiego i dziekana Wydziału Lekarskiego UJ CM, otrzymał doktoraty honoris causa uczelni w Warszawie, Białymstoku, Łodzi i we Wrocławiu, był członkiem rzeczywistym Polskiej Akademii Nauk i Polskiej Akademii Umiejętności oraz wielu polskich i zagranicznych towarzystw naukowych.

Stanisław Konturek urodził się 8 października 1931 roku w Zakliczynie nad Dunajcem, ukończył I Liceum Ogólnokształcące w Tarnowie i z wyróżnieniem Wydział Lekarski ówczesnej Akademii Medycznej im. M. Kopernika w Krakowie w 1955 roku. Po studiach odbył staż podyplomowy w I Katedrze Chorób Wewnętrznych, gdzie objął obowiązki asystenta naukowo-technicznego u boku wielkiego polskiego fizjologa i nauczyciela prof. Jerzego Kaulbersza, wieloletniego kierownika ówczesnej Katedry Fizjologii AM w Krakowie. Zawsze powtarzał, że to profesor Kaulbersz wzbudził w nim zamiłowanie do fizjologii, powierzając prowadzenie studenckich zajęć z tego przedmiotu. Po uzyskaniu doktoratu z fizjologii przeniósł się do Kliniki Chorób Wewnętrznych, kierowanej przez znanego kardiologa i humanistę prof. Leona Tochowicza, uzyskując specjalizację I i II stopnia. Jego główne badania naukowe dotyczyły wydzielania żołądkowego i patogenezy wrzodów trawiennych u ludzi i zwierząt doświadczalnych. Na tej podstawie obronił pracę habilitacyjną.

Następnie został stypendystą Amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia (NIH) w Uniwersytecie Kalifornijskim UCLA i w CURE, kierowanym wówczas przez znanego w świecie fizjologa i gastroenterologa dr. Mortona I. Grossmana (ucznia słynnego prof. A.C. Ivyego z Chicago). Pobyt w tym ośrodku nadał kształt i wyrazistość dalszej działalności naukowej dr. Konturka, który przyjął zasadę upowszechniania wyników badań w postaci publikacji. Czynił to najpierw z zespołem CURE, a następnie samodzielnie, cały czas utrzymując kontakt z ośrodkami w USA, a później w Europie Zachodniej, głównie w Niemczech i Anglii.

Prof. Konturek odznaczał się nieprawdopodobnym wręcz zmysłem edytorskim i wyobraźnią naukową oraz wybitnymi zdolnościami manualnymi. Owocowało to publikacjami w prestiżowych czasopismach, m.in. „Gastroenterology” czy „Gut”. Prace te dotyczyły szeroko pojętej neurohormonalnej kontroli wydzielania żołądkowego, wydzielania trzustkowego i żółciowego w odpowiedzi na pokarm i różne czynniki hormonalne. Badania w tym zakresie prof. Konturek prowadził u zwierząt doświadczalnych, jak również u ludzi. Weszły one do kanonów współczesnej literatury fizjologicznej i gastrologicznej, wspierając współczesne koncepcje w zakresie fizjologicznych czynności wydzielniczych żołądka, jelit i trzustki, przyczyniając się do poznania funkcji i zakresu czynności fizjologicznych głównych enterogastronów, takich jak gastryna, cholecystokinina, wazoaktywny peptyd jelitowy (VIP), żołądkowy peptyd hamujący (GIP), somatostatyna i inne, w regulacji procesów trawienia.

Liczba oryginalnych prac naukowych w zakresie doświadczalnej i klinicznej gastroenterologii autorstwa prof. Konturka, osiągnięta w latach 1958–2019, przekracza 1000, w tym 870 publikowanych było w języku angielskim, w czasopismach krajowych i zagranicznych o najwyższych standardach naukowych i wysokim wskaźniku IF. Pod tym względem Profesor był absolutnym rekordzistą w skali kraju. Bazą doświadczalną badań była Katedra Fizjologii UJ CM.

Dzięki pozycji Profesora w zachodnich kręgach naukowych Katedra uzyskała finansowanie z Narodowego Instytutu Zdrowia Stanów Zjednoczonych (NIH), do Polski sprowadzono szereg nowoczesnych urządzeń w postaci pomp infuzyjnych, gastroskopów z weryfikacją RTG, chloridometru czy nowoczesnych wówczas spektrofotometrów. Profesor, dzięki kontaktom osobistym, sprowadzał nawet odczynniki chemiczne. W rezultacie powstał całkowicie nowy warsztat naukowo-badawczy Katedry Fizjologii, tworząc szerokie możliwości rozwoju jej pracownikom.

Kierując się ideą szeroko pojętej integracji badań doświadczalnych i klinicznych Profesor wydatnie poszerzył

52 panel wymiany poglądów pomiędzy przedstawicielami nauk podstawowych i klinicznych. W ten sposób, także w późniejszym okresie rozwoju biologii molekularnej, kierowana przez Niego placówka stawała się przedpolem do wyjaśniania złożonych zagadnień z fizjologii klinicznej i gastroenterologii praktycznej.

W swoich staraniach prof. Konturek zawsze wymagał najwięcej od siebie. Jego entuzjazm, wyobraźnia i angażowanie się w poszczególne etapy działań naukowych udzielały się zespołowi Katedry. Jako piszący te słowa, który swoje życie związał z Katedrą Fizjologii pod kierunkiem i naukową opieką prof. Konturka, potwierdzam autorytet swojego Mistrza i Mentora.

Prof. Konturek ma także niepodważalne zasługi w dziejach macierzystej uczelni. Uniwersytet Jagielloński był dla Niego ogromną wartością, a przyczynił się przede wszystkim do utworzenia na Wydziale Lekarskim naszej Alma Mater Szkoły Medycznej dla Obcokrajowców. Był jej kreatorem i pomysłodawcą. Swoje działania w tym względzie rozpoczął od kształcenia małej grupy studentów amerykańskich (8-10 osób), która była załącznikiem szkoły anglojęzycznej, przyjmującej dzisiaj na I rok nauczania medycyny ok. 140 studentów.

Ceniąc dorobek naukowy profesora krajowi fizjolodzy podkreślają też zdolności edytorskie prof. Konturka i jego sukcesy jako prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego (PTF) w trakcie trzech 3-letnich kadencji. Dzięki jego staraniom czasopismo „Journal of Physiology and Pharmacology”, z wcześniejszego „Acta Physiologica Polonica” o raczej krajowym zasięgu, stało się periodykiem rozpoznawalnym za granicą. Jego osobiste starania i gwarancje poparte własnym autorytetem naukowym, udzielone w biurach indeksacyjnych Filadelfii, dotyczące wysokiego poziomu pisma, doprowadziły do pełnego sukcesu jego miejsca na liście filadelfijskiej. Dzięki Jego zaproszeniu w skład Rady Redakcyjnej weszli najbardziej znani na świecie fizjolodzy, w tym czterech laureatów Nagrody Nobla (!). Do dzisiaj „Journal of Physiology and Pharmacology” znajduje się w czołówce krajowych czasopism o uznanej międzynarodowej renomie, spełniając niejako przesłanie i wizję Profesora, utworzenia w naszym kraju platformy propagowania interdyscyplinarnej nauki nie tylko fizjologów, farmakologów, patologów o zainteresowaniach podstawowych i klinicznych, ale również dla pokrewnych specjalności biomedycznych, w tym m.in. biologów molekularnych, biotechnologów i genetyków.

Całe swoje życie naukowe profesor Stanisław Konturek łączył z wytrwałą pracą dydaktyczną, kształcąc kolejne pokolenia lekarzy. Dla nich przygotował najpierw samodzielnie, a później wraz z zespołem pracowników Katedry Fizjologii

podręczniki do nauki fizjologii. Jako egzaminator uchodził za wymagającego, ale też lubianego uczestnika – wspólnie ze studentami i kadrą dydaktyczną Katedry – wycieczek i zawodów narciarskich w ukochanych Tatrach.

Profesor Stanisław Konturek został odznaczony m.in. Krzyżem Komandorskim, Krzyżem Oficerskim i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Nagrodą im. Alfreda Jurzykowskiego, Laurem Jagiellońskim, Nagrodą Miasta Krakowa i szeregiem wyróżnień indywidualnych i zespołowych Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Polskiej Akademii Umiejętności oraz Polskiej Akademii Nauk.

Profesor Stanisław Jan Konturek pozostaje w naszej pamięci na zawsze jako wspaniały Człowiek, wybitny Lekarz, uznany Naukowiec i Wychowawca.

Tomasz Brzozowski
Fot. arch. CM UJ



Zygmunt Wiśniewski
(1938–2019)

Wspomnienie o nieznanym

Zmarł Zygmunt Wiśniewski, dziennikarz telewizyjny, dokumentalista, historyk. Samorząd lekarski w całej Polsce ma wobec Niego ogromny dług. Nikt, jak On, nie sporządził z całą pieczołowitością historii izb lekarskich, poczynając od uzyskania niepodległości. Przypomnijmy tutaj tytuły tomów Jego autorstwa, wydanych nakładem Naczelnej Izby Lekarskiej w minionych niedawno latach (w nawiasie data wydań):

- *Lekarze i izby lekarskie w drugiej Rzeczypospolitej* (2007);
- *Lekarzy losy wojenne* (szkice 2010);
- *Kronika izb lekarskich w Polsce w latach 1945-2005* (2005);
- *Zniewolenie i odrodzenie stanu lekarskiego. Wiodąca rola Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego w reaktywacji samorządu lekarskiego w latach 1951-1989* (2017);
- *Kronika Izb lekarskich w Polsce. Kontynuacja 2005-2009* (2013).

Wszystkie one stanowią wyjątkowo rzetelne źródło o dziejach samorządu, nie tylko w skali kraju, ale też poszczególnych izb. Daty, decyzje, uchwały, stanowiska, funkcje, nazwiska dzia-

łączy, struktury wewnętrzne izb, wiodące tematy – wszystko to w sposób znakomicie udokumentowany znaleźć można w tych tomach. Patronował im zresztą wytrwale przez wszystkie swoje kadencje i funkcje Konstanty Radziwiłł, i chwala mu za to, niezależnie od ocen w roli polityka.

Nie znałem osobiście Zygmunta Wiśniewskiego. Kontaktowaliśmy się wyłącznie telefonicznie bądź za pośrednictwem poczty mailowej. Ale redagując tom pierwszy dziejów samorządu w Galicji, a potem w niepodległej Polsce (od 1893), zwróciłem się do Niego z propozycją napisania szkicu dotyczącego dylematów ochrony zdrowia w Polsce międzywojennej. Otrzymałem go wkrótce pt. „Spory o status zawodowy w latach międzywojennych”. Autor znakomicie oddał klimat tamtych lat. Nic więc dziwnego, że redagując tom trzeci o dziejach odrodzonego samorządu lekarskiego w Krakowie w dwudziestopięciolecie (1989-2015), który ukaże się wkrótce, zwróciłem się do Pana Zygmunta z prośbą o przedstawienie ogólnopolskiego tła przemian. I znów otrzymałem znakomity szkic pt. „Odrodzenie samorządu lekarskiego w Polsce”, autoryzowany w ostatnim tygodniu życia. Opublikujemy go w jednym z najbliższych wydań.

A w ślad za listem córki (pani doktor Olgi Kucharczyk) uzupełniam to wspomnienie o kilka szczegółów biograficznych.

Zygmunt Wiśniewski, urodzony w 1938 roku, wojnę i okupację niemiecką przeżył w Działdowie, gdzie uczęszczał do miejscowych szkół. Po maturze zdanej w 1956 roku studiował na Wydziale Filologii Polskiej Uniwersytetu Warszawskiego. Następnie ukończył 2-letnie Studium Dziennikarskie na Uniwersytecie.

Osiadł i pracował w Warszawie, początkowo w prasie dla młodzieży, następnie w Redakcji Publicystyki Telewizji Polskiej. Specjalizował się w publicystyce kulturalnej, realizował programy o książkach i filmie. Przez jakiś czas kierował nawet redakcją telewizyjnych filmów dokumentalnych. Realizował także sam filmy dokumentalne oraz prowadził dystrybucję filmów na kasetach wideo.

Od 2003 roku na emeryturze, zaproszony przez ówczesnego prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej dr. Konstantego Radziwiłła do współpracy z odrodzonymi izbami lekarskimi napisał pięć książek z ich dziejów (o których wspomniałem na wstępie). Był też autorem szeregu felietonów i artykułów o problematyce ochrony zdrowia, m.in. w „Gazecie Lekarskiej”.

Zawsze rzetelny, z klasą, elegancki, honorowy, szanujący dane słowo – napisała córka. Rzadko się zdarza człowiek takiego formatu. Tytan pracy. O ile Go poznałem, podpisuję się całkowicie.

Zmarł po długotrwałej walce z ciężką chorobą w Warszawie 12 lipca 2019 roku, w wieku 81 lat. Pochowany na Cmentarzu Bródnowskim.

Stefan Cieplý
Fot. M. Kucharczyk

Dr n. med.

Andrzej Kohmann

ur. 4 grudnia 1948 r. w Krakowie

zm. 3 lipca 2019 r. w Nowym Sączu



Doktor Andrzej Kohman – emerytowany, wieloletni ordynator Oddziału Chirurgii Dziecięcej Szpitala Specjalistycznego w Nowym Sączu, specjalista chirurgii ogólnej oraz chirurgii dziecięcej, wykładowca sądeckiej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej, nauczyciel wielu pokoleń pielęgniarek i ratowników medycznych, zmarł 3 lipca.

Andrzej, dla najbliższych po prostu Jędrus, choć urodzony w Krakowie przed 70 laty, całą swoją młodość spędził na Śląsku. Po studiach, wraz z żoną, przyjechał do Nowego Sącza, by tutaj budować rodowe gniazdo i podjąć pracę w miejscowym szpitalu. Myślał o chirurgii – żadna inna specjalność dla niego się nie liczyła. Konsekwentnie, mimo wielu utrudnień, osiągnął swój cel. Chirurgia była Jego największą miłością, praca Jego pasją, która pochłonęła Go całkowicie.

Był głęboko religijny i ufający Bogu. Jako dziecko ministrant, do końca życia pozostawał blisko ołtarza. Powtarzał często: „Jeśli Bóg jest na pierwszym miejscu, wszystko inne jest też na swoim miejscu”. Cierpiał, kiedy nie zawsze tak było.

Zdystansowany do spraw banalnych, nieistotnych, oddany temu, co uważał za ważne. Znany był z dokładności i solidności, wymagający w stosunku do innych, ale i do siebie. Wybierał zawsze drogę prostą i uczciwą, choć niekoniecznie popularną. W pracy zasadniczy – nie uznawał bylekości, układania się i tanich kompromisów.

W żartach powtarzał czasem, że jest „marnego” wzrostu. Jednak był człowiekiem niezwykłym, wielkiego formatu, obdarzonym wieloma talentami. Uwielbialiśmy słuchać, jak opowiadał dowcipy, zwłaszcza te śląskie, mówione piękną gwarą. Fascynujący rozmówca i gawędziarz, o szerokich horyzontach, ze świetną znajomością Pisma św. i historii ogólnie pojętej. Wielki pasjonat kolejnictwa – o lokomotywach mógł mówić bez końca. Świetny obserwator przyrody – imponował znajomością ptaków, studiował albumy z ich zdjęciami, ale też potrafił je rozróżnić po śpiewie. Cieszył Go każdy rozkwitły w ogrodzie kwiat, choć, jak mawiał, był w tej materii wybitnym teoretykiem. Kochał muzykę, jako samouk grał na gitarze i śpiewał, przez co często był duszą towarzystwa. Marzyły Mu się dalekie podróże, był fanem zwiedzania. Nie udało się jednak zrealizować Jego największego marzenia – wyjechać do Afryki i zobaczyć wodospady Wiktorii, gdyż było już za późno na tak daleką, wyczerpującą wyprawę.

54 Z pokorą przyjmował wyroki losu, zwłaszcza choroby, które prześladowały Go od dzieciństwa. Z tego powodu był dzieckiem, a potem mężem specjalnej troski. Wynagradzał nam to jednak swoją dobrocią, szlachetnością i bezinteresowną uczynnością.

Przed 10 laty ciężko zachorował. Wydawało się, że zabierze Go wtedy złośliwy nowotwór żołądka. Przeżył i lubił powtarzać, że Bóg najwyraźniej przewidział dla Niego jeszcze coś do zrobienia na tym świecie. Okrutnym żartem losu jest to, że pokonała Go, podstępnie, marskość wątroby, następstwo zakażenia wirusem B i C i przebytej przed 30 laty wszczepiennej żółtaczki – choroby zawodowej wielu pracowników służby zdrowia, zwłaszcza chirurgów.

Mimo częstych problemów ze zdrowiem pracował do ostatniej chwili. Jako emeryt dyżurował w swoim ukochanym Oddziale Chirurgii Dzieci, a także prowadził zajęcia w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej. Nauczał anatomii, chirurgii i genetyki wiele pokoleń pielęgniarek i ratowników medycznych. Uwielbiał tę pracę, a miał prawdziwy talent dydaktyczny. Odziedziczył go po swoim wielkim Ojcu, również lekarzu, profesorze anatomii Śląskiej AM.

Żadne słowa nie są w stanie oddać bólu i żalu po stracie kochanego Męża, Ojca i Przyjaciela, Człowieka wielkiego serca i wielkich zasług. Za św. Pawłem może teraz powiedzieć: „Chwila mojej rozłąki nadeszła, bieg ukończyłem, wiary ustrzegłem. Na ostatek odłożono dla mnie wieniec sprawiedliwy, który mi w owym dniu odda Pan, Sprawiedliwy Sędzia...”

Cześć Twojej Pamięci Andrzej! Spoczywaj w pokoju!

Żona i Synowie



Lek. med.

Ewa Wieteska

ur. 30 kwietnia 1968 r. w Jasle
zm. 6 listopada 2019 r. w Jasle

6 listopada 2018 roku odeszła od nas doktor Ewa Wieteska, charyzmatyczny lekarz, wyjątkowy Człowiek. Z właściwą dla siebie wrażliwością i poświęceniem koła cierpienia chorych, wspierała ich bliskich, służąc wiedzą lekarską pacjentom będącym pod opieką hospicjum. Z całym oddaniem angażowała się w pomoc odchodzącym, zawsze gotowa na wezwanie cierpiącego człowieka. Była osobą, od której emanował spokój i ciepło.

Doktor Ewa Wieteska urodziła się 30 kwietnia 1968 roku w Jasle. Po maturze podjęła studia na Wydziale Biologii UJ, na kierunku biologia molekularna, które ukończyła w 1992 roku. Po nich, w 1993 roku rozpoczęła studia medyczne w Collegium Medicum UJ. Dyplom lekarski uzyskała 22 czerwca 1999 roku. W latach 2002-2007 odbyła szkolenie specjalistyczne zakończone uzyskaniem tytułu specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych. W 2008 roku rozpoczęła specjalizację z medycyny paliatywnej w Klinice Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej CM UJ i w tym czasie związała się z Hospicjum św. Łazarza w Krakowie.

Kochała muzykę, sama śpiewała i grała na gitarze. W pamięci naszej pozostanie koncert kolęd w Jej wykonaniu w Hospicjum oraz udział w koncercie dla Pól Nadziei w Teatrze Ludowym. Cztery lata przed śmiercią przeszła Drogę św. Jakuba do Santiago de Compostela. Po powrocie z pielgrzymki przeprowadziła się z Krakowa do Jasła i podjęła pracę w Hospicjum Domowym w Nowym Sączu.

Przez ostatnie dwa lata zmagająca się z chorobą nowotworową, jednocześnie kontynuując pracę lekarza w POZ i odwiedzając chorych w ramach Hospicjum Domowego. Tak wspominają ją pracownicy:

„Nigdy nie narzekała, zawsze była uśmiechnięta, promienna, nawet mimo postępującej choroby jeździła do pacjentów. Choć na ostatnich wizytach, tydzień przed śmiercią, brakowało Jej tchu, mówiła: dam radę, muszę, oni mnie potrzebują. Potrafiła w każdej sytuacji znaleźć dobro, w każdym człowieku widziała Boga. Jej głos dawał ukojenie, Jej śpiew dodawał nam skrzydeł. Tak mądra, a tak skromna, tak wielka, a tak pokorna”.

Kilka miesięcy przed śmiercią została wyróżniona tytułem Miłosiernego Samarytanina Roku 2017.

W liście do swoich przyjaciół, z właściwą sobie pokorą i ogromną wiarą, napisała: „Jestem pogodzona z chorobą na obecnym etapie. Bo kocham to życie, które jest darem otrzymanym za darmo i na pewien czas. To życie tu na ziemi, ale myślę, że po drugiej stronie też jest fajnie. I tylu znajomych! Dziękuję za modlitwę. Myślę, że w tajemny, niezrozumiały sposób ona pomaga...”.

*Elżbieta Krawczyk
Jolanta Życzkowska*

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

w sprawie wysokości składki członkowskiej

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

§1

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

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

§2

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

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

2) utracił prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

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

1) na konto bankowe okręgowej lub wojkowej izby lekarskiej lub

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

3) w kasie okręgowej lub wojkowej izby lekarskiej.

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

§3

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

1) ukończył 75 lat;

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

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

(...)

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

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

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

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

§4

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

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

§5

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

§6

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

Prezes Maciej Hamankiewicz
Sekretarz Konstanty Radziwiłł

Załączniki do Uchwały znajdują się na stronie:

www.nil.org.pl

Przypominamy

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

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

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

W wypadku wątpliwości prosimy o kontakt z Izbą Lekarską w Krakowie

tel: 12 619 17 32

e-mail: skladki@oilkrakow.org.pl

Opłaty z tytułu rejestracji
gabinetów prywatnych
należy wpłacać na konto OIL:

Bank PEKAO SA

25 1240 4650 1111 0000 5149 2553



Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

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

Sekretariat:

tel. 12 619 17 20, fax 12 619 17 30

e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

Numery wewnętrzne:

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

Komisje:

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

Biuro OIL w Krakowie – przyjmowanie stron:

poniedziałek – czwartek godz. 8.00 do 16.00
piątek godz. 8.00 do 14.00

w Krośnie:

ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno

tel. 13 432 18 59; e-mail: krosno@hipokrates.org

poniedziałek, środa godz. 8.00 do 17.00
wtorek, czwartek godz. 8.00 do 16.00
piątek godz. 9.00 do 15.00

w Nowym Sączu:

ul. Kopernika 18, 33-300 Nowy Sącz

tel. 18 442 16 47; e-mail: nowy.sacz@hipokrates.org

poniedziałek, środa godz. 8.00 do 17.00
wtorek, czwartek godz. 8.00 do 16.00
piątek godz. 9.00 do 15.00

w Przemyślu:

Rynek 5, 37-700 Przemyśl

tel. 16 678 26 70, fax 16 678 33 24

e-mail: przemysl@hipokrates.org

poniedziałek, środa godz. 8.00 do 17.00
wtorek, czwartek godz. 8.00 do 16.00
piątek godz. 9.00 do 15.00

Dyżury Radców Prawnych:

mec. Anna Gut tel. 12 619 17 24
koordynator radców prawnych
wtorek godz. 12.00 do 14.00
środa godz. 14.00 do 16.00

mec. Tomasz Pęcherz tel. 12 619 17 31
wtorek godz. 12.00 do 15.00
czwartek godz. 12.00 do 15.00

mec. Tomasz Huber tel. 12 619 17 19
poniedziałek, środa godz. 13.00 do 16.00
piątek godz. 11.00 do 13.00

Kancelaria Okręgowego Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

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

Ubezpieczenia

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



Galicyjska Gazeta Lekarska – Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie • nakład 15 950 egz.

ul. Krupnicza 11a, 31-542 Kraków; tel. 12 619 17 27; fax: 12 422 57 55; e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl

Redaguje kolegium w składzie: Redaktor Naczelny – Janusz Legutko; Sekretarz Redakcji – Jolanta Grzelak-Hodor

Członkowie: Henryk Gaertner (redaktor senior), Stefan Cieplý, Jerzy Friediger, Artur Hartwich, Mariusz Janikowski, Bożena Kozanecka, Małgorzata Popławska, Filip Ratkowski, Jacek Tętnowski, Katarzyna Turek-Fornelska, Andrzej Urbanik, Krzysztof Zgłobicki (grafika), Katarzyna Domin (korekta). Przygotowanie do druku: Globic; e-mail: globic@gmail.com

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